Region Kalmar län

KALLELSE

Datum
2019-01-23

Regionstyrelsen
Johan Jarl

Till regionstyrelsens ledamöter
Till ersättare för kännedom

Regionstyrelsen den 30 januari 2019

Datum	Onsdag den 30 januari 2019
Tid	17.00
Plats	Gränsö slott, Västervik

Föredragningslista

1. **Godkännande av föredragningslista**
2. **Val av justerare och tid för justering**

Beslutsärende till regionfullmäktige

3. **Verksamhetsförändring vid den medicinska intensivvårdsenheten vid Oskarshamns sjukhus**

   Förslag till beslut
   Regionfullmäktige beslutar att verksamheten vid den medicinska intensivvårdsenheten vid Oskarshamns sjukhus ska ändras på följande sätt: De två platserna för medicinsk intensivvård (MIVA-platser) ska upphöra. Enheten ska istället inriktas på vård och omvårdnad av patienter som har ett ökat vårdbehov men som inte är i behov av respiratorvård, vilket i förlängningen möjliggör en utveckling av observationsplatser (AVA-platser).

   Regiondirektören får i uppdrag att tillsammans med hälso- och sjukvårdsdirektören genomföra verksamhetsförändringen.

Anders Henriksson (S)
Ordförande

Region Kalmar län

Regionstab

Datum
2019-01-16

Regionfullmäktige

Verksamhetsförändring vid den medicinska intensivvårdsenheten vid Oskarshamns sjukhus

Förslag till beslut

Regionfullmäktige beslutar att verksamheten vid den medicinska intensivvårdsenheten vid Oskarshamns sjukhus ska ändras på följande sätt: De två platserna för medicinsk intensvivvård (MIVA-platser) ska upphöra. Enheten ska istället inriktas på vård och omvårdnad av patienter som har ett ökat vårdbehov men som inte är i behov av respiratorvård, vilket i förlängningen möjliggör en utveckling av observationsplatser (AVA-platser).

Regiondirektören får i uppdrag att tillsammans med hälso- och sjukvårdsdirektören genomföra verksamhetsförändringen.

Bakgrund

Oskarshamns sjukhus har under 2018 genomfört en utredning om en eventuell verksamhetsförändring vid den medicinska intensivvårdsenheten vid Oskarshamns sjukhus. Utredningen har tagits fram mot bakgrund av att beläggningen på intensivvårdsavdelningen under en följd av år har minskat. Samtidigt har det under ett antal år varit svårt att bemanna IVA i Oskarshamn på grund av en nationell brist på specialistutbildade sjuksköterskor.

Ett viktigt fokus har varit att beakta intensivvården i ett länsperspektiv i syfte att få ett tydligt intensivvårdsuppdrag i länet.

Utredningen mynnar ut i ett förslag som innebär att intensivvårdsuppdraget i länet i fortsättningen bedrivs på Länssjukhuset i Kalmar och Västerviks sjukhus och att de två medicinska intensivvårdsplatserna vid Oskarshamns sjukhus därmed upphör. En övervakningsenhet utvecklas för att trygga vården för medicinska patienter i Oskarshamn som har behov av övervakning eller stabilisering inför transport. Förändringen ligger i linje med den medicinska utvecklingen i landet de senaste decennierna.

Region Kalmar län
Postadress
Box 601
391 26 Kalmar

Webbplats
Regionkalmar.se
Besöksadress
Strömgatan 13
Kalmar

E-post
johan.rosenqvist@regionkalmar.se
Telefon
0480-448106
Fax

Organisationsnr
232100-0073
Bankgiro
833-3007

Utredningsprocessen har under hösten förankrats brett, både på Oskarshamns sjukhus och med länets andra intensivvårdsenheter, akutkliniker och ambulansverksamhet vid Länssjukhuset i Kalmar och Västerviks sjukhus. Bedömningen är att den föreslagna verksamhetsförändringen påverkar de andra verksamheterna i begränsad omfattning.

Förslaget innebär ingen förändring av Oskarshamns sjukhus akutuppdrag, operationsverksamhet eller annan verksamhet.

Region Kalmar län står inför utmaningar vad gäller den nära vården. För framtiden möjliggör denna förändring en utveckling av observationsplatser i samarbete med sjukhusets akutmottagning.

Ingeborg Eriksson
Regiondirektör

Johan Rosenqvist
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Region Kalmar län

Oskarshamns sjukhus

Datum
2019-01-07

Beslutsunderlag avseende eventuell verksamhetsförändring av intensivvårdsenheten vid Oskarshamns sjukhus

Landstinget i Kalmar län
Postadress

Webbplats
Regionkalmar.se
Besöksadress

E-post
landstinget@regionkalmar.se
Telefon
0480-810 00 vx

Organisationsnr
232100-0073
Bankgiro
833-3007

Bakgrund

År 2004 gjordes en stor verksamhetsförändring av ortopedi och kirurgi i länet. Denna förändring berörde även operationsavdelningen, uppvakningsavdelningen (UVA) och intensivvårdsavdelningen (IVA) vid Oskarshamns sjukhus. De opererande verksamheterna kom att inriktas mot elektiv öppen och sluten vård. För IVA innebar förändringen att den kirurgiska och ortopediska intensivvården slutade att bedrivas och avdelningen fick en renodlad medicinsk inriktning (MIVA). Efter den beskrivna verksamhetsförändringen har uppdraget för MIVA varit oförändrat från och med år 2004 fram till idag.

Riskanalys MIVA 2016

Redan år 2016 var fyra tjänster avsedda för specialistutbildade intensivvårdssjuksköterskor obemannade. Under de närmast kommande åren förväntades bristen på fast anställda intensivvårdssjuksköterskor öka (på grund av rekryteringssvårigheter och kommande pensionsavgångar), denna farhåga har besannats. Klinikens verksamhetschef fick år 2016 i uppdrag att beskriva konsekvenserna av en förändring vid reducering av antal specialistutbildade intensivvårdssjuksköterskor från två till en per arbetspass. Förändringen skulle innebära fortsatt sjuksköterskebemanning med en specialistutbildad intensivvårdssjuksköterska och en allmänsjuksköterska per arbetspass. Kortfattat visade den genomförda riskanalysen att det inte fanns någon möjlighet att handlägga intensivvårdskrävande patienter på MIVA i Oskarshamn om inte minst två specialistutbildade intensivvårdssjuksköterskor tjänstgjorde per arbetspass. Inget beslut fattades därför avseende verksamhetsförändring.

Aktuellt

Aktuellt beslutsunderlag har framtagits utifrån det faktum att beläggningen på MIVA under de senaste åren har varit låg och att sjukhusets ledningsgrupp kontinuerligt arbetar med Oskarshamns sjukhus framtida inriktning/verksamhet.

Det har varit och är fortsatt svårt att rekrytera nya intensivvårdsutbildade sjuksköterskor med tanke på den begränsade intensivvårdsverksamhet som bedrivs vid Oskarshamns sjukhus. Dessa problem kommer snarare sannolikt att öka än att minska i framtiden. Rekryteringsproblematiken har lett till ett ökat behov av hyrpersonal, med ökade bemanningsbolagskostnader som följd.

Ur "Riktlinjer för intensivvård" framgår att en intensivvårdsavdelning bör ha en storlek som kan tillgodose kravet på tillgänglighet samt ha tillräckligt omfattande och krävande verksamhet för att kunskaper och färdigheter ska kunna upprätthållas och utvecklas. Med tanke på den brist avseende fast anställda intensivvårdsutbildade sjuksköterskor som idag tjänstgör vid Oskarshamns sjukhus, omöjliggör detta upprätthållande av beskriven erforderlig verksamhet.

Antal vårdplatser och vårdkapacitet på den aktuella enheten

Personalbemanning och medicinskteknisk utrustning är anpassad för vård av max två intensivvårdskrävande patienter och två övervakningspatienter (det

vill säga max 4 patienter kan vårdas samtidigt på MIVA). Avdelningen är dimensionerad för fem vårdplatser, ett enkelrum med sluss (isolering) som används som behandlings- och undersökningsrum samt två dubbelrum.

I verksamhetsberättelsen för MIVA år 2017 står att läsa att MIVA handlagt 625 patienter under året. Merparten av dessa 625 patienter var inte intensivvårdskrävande.

Nedan anges antal patienter som varit i behov av andningsstöd vid MIVA under år 2017 (denna vård kunde då endast erbjudas på MIVA, sedan HIA flyttades till avdelning 4 den 19 juni 2018 kan patienter med hjärtproblem och med behov av CPAP behandlas även där).

Fyrtiosex patienter CPAP behandlades, 37 patienter var i behov av respiratorstöd utan intubation och 29 patienter intuberades.

På MIVA övervakades/handlades totalt 63 intoxikations patienter under verksamhetsåret 2017.

Med detta som bakgrund bör ställning tas till om intensivvård för medborgarna som tillhör Oskarshamns sjukhus upptagningsområde i framtiden istället bör bedrivas på enheter med "tillräckligt omfattande och krävande verksamhet" med mer personella och materiella resurser. Lika vård för alla -principen skulle i så fall komma att gälla även för de patienter som bor i "mellanlänet" och som är i behov av intensivvård.

Beläggning
Under tidsperioden 1 januari 2016 till 30 november 2018 har verksamheten haft en beläggningsgrad på 33,1 %, beräknat på tidigare angivna fyra vårdplatser (sedan den 19 juni 2018 vårdas HIA patienter på avdelning 4 på specifika HIA platser). Under den aktuella tidsperioden har MIVA totalt haft 1405 belagda vårdplatser på 1065 dagar vilket innebär en beläggning motsvarande 1,3 vårdplats/dag.

Nedan redovisas antalet dagar under tidsperioden med fördelning av antal patienter/beläggning per dag. (Kl 06.00)

Beläggning IVA 1/1 2016-30/11 2018	Antal dagar
4 patienter (100 % beläggning)	24 dagar
3 patienter (75 % beläggning)	115 dagar
2 patienter (50 % beläggning)	286 dagar
1 patient (25 % beläggning)	392 dagar
0 patienter (0 % beläggning)*	246 dagar

*Stängning av IVA under 10 dagar 2017 inräknat
Förtydligande: Efter att HIA flyttat sin verksamhet till avdelning 4 på Medicinkliniken (from 19 juni 2018) har beläggningen på MIVA minskat till 24,5 %, det vill säga motsvarande 1,0 vårdplats/dygn.

Då MIVA endast har ett kostnadsställe finns det i dagsläget ingen möjlighet att särskilja antalet patienter som klassificerats som IVA patienter, HIA patienter och övervakningspatienter utan att genomföra en journalgranskning av alla inskrivna patienter under angiven tidsperiod. Av ovanstående siffror ur verksamhetsberättelsen från år 2017 framgår med tydlighet att antalet

intensivvårdskrävande patienter endast är en del av de patienter som handlagts på MIVA.

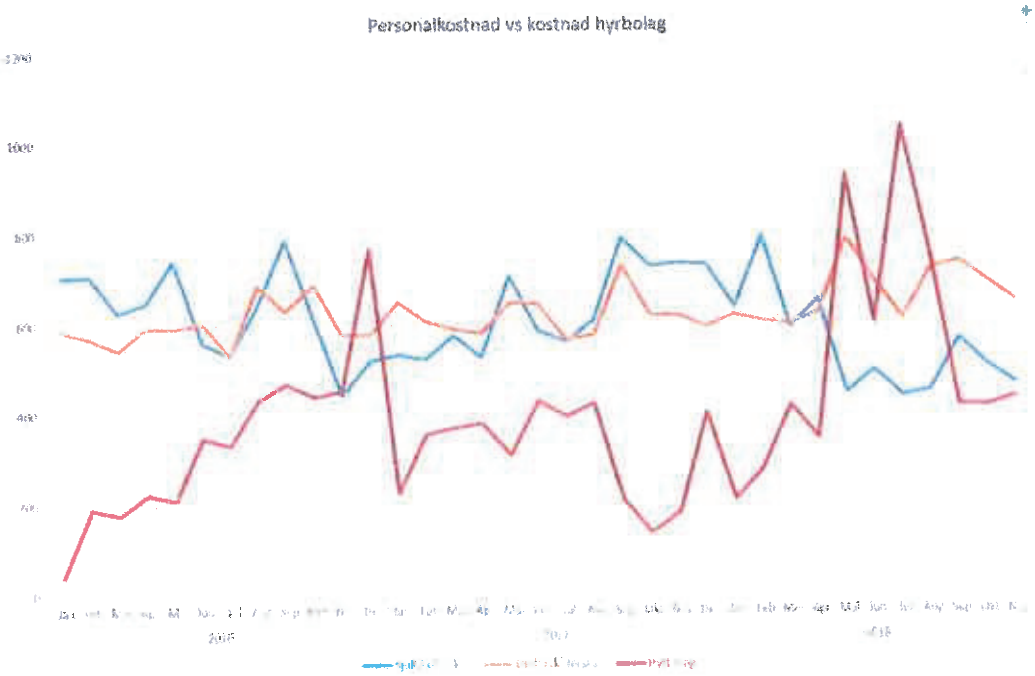
Bemanningsläge
För att bedriva ålagd verksamhet, har följande bemanning funnits/finns till förfogande.
Grundbemanning intensivvårdsutbildade sjuksköterskor:
Enligt budget finns 12,75 tjänster

I december 2018 motsvarade antalet anställda 5,3 tjänster. Prognos för fortsatt verksamhet utan nyrekryteringar motsvarar 5,8 tjänster under januari 2019, 4,8 tjänster under februari 2019 och motsvarande 3,8 tjänster under mars 2019.

Grundbemanning undersköterskor:
Enligt budget finns 11,72 tjänster
Antalet anställda motsvarar 11,72 tjänster

Med anledning av ovanstående påvisad brist av tillsvidareanställda intensivvårdsutbildade sjuksköterskor har hyrbolagstjänster anlitats för att verksamheten ska kunna fortsätta att bedrivas vidare i oförändrad omfattning.

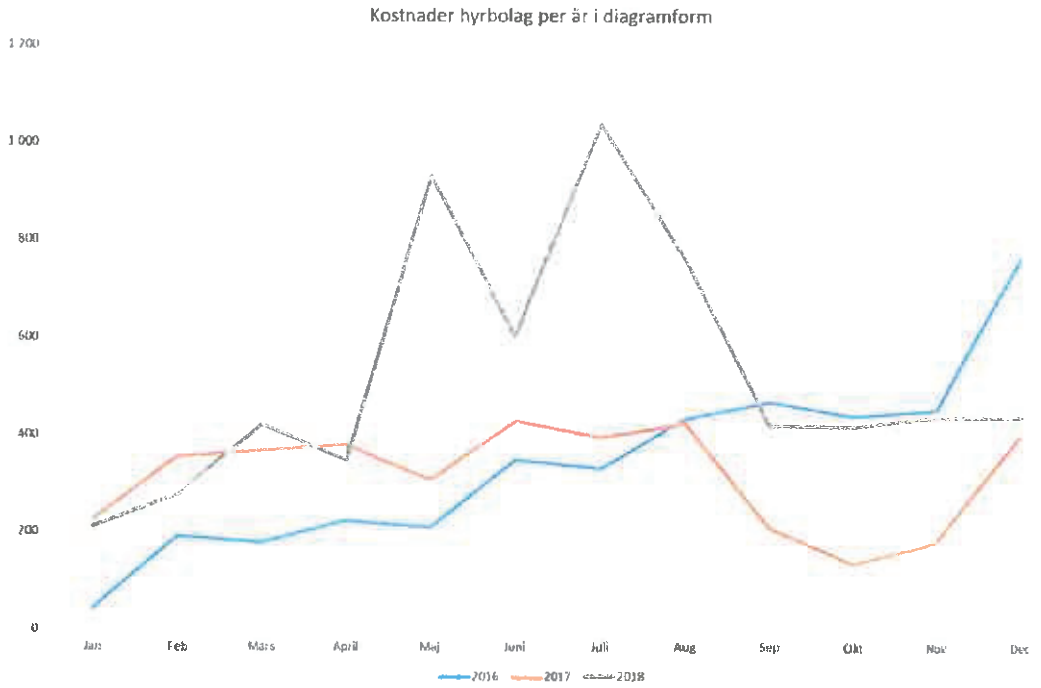
Nedanstående diagram visar personalkostnader (tusental kronor) för fast anställda intensivvårdsutbildade sjuksköterskor, undersköterskor samt kostnader för hyrbolagspersonal. Diagrammen nedan visar dels kostnader per yrkeskategori och dels kostnader per år.



Kostnader (tusental kronor) avseende intensivvårdsutbildade sjuksköterskor via hyrbolag per år i siffror.

År	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Totalt
2016	43	192	180	224	211	349	333	434	470	441	453	769	**4 098**
2017	227	356	370	381	310	431	397	426	212	138	183	404	**3 834**
2018	213	278	420	346	932	604	1 039	760	420	419	439	870	**6 300**

Kostnader avseende hyrbolag per år i diagramform



Förtydligande: Hyrbolagskostnaderna för intensivvårdsutbildade sjuksköterskor under år 2018 uppgår till cirka 6,3 miljoner kronor. Den beräknade kostnaden för år 2019 kommer sannolikt att överstiga 10 miljoner kronor.

Förändringsarbete

Sedan hösten 2018 har sjukhuschefen en gång per vecka haft arbetsmöten tillsammans med de fackliga företrädarna i sjukhusrådet för att diskutera svårigheterna avseende bemanningsläget vid MIVA enheten.

Den 21 november 2018 anordnades en utvecklingsdag för samtliga chefer vid Oskarshamns sjukhus. De arbetade i grupper för att gemensamt försöka besvara nedanstående frågor (fråga 1 och 2). Parallellt med detta arbetade en grupp medarbetare vid MIVA (en läkare, två sjuksköterskor, två undersköterskor) med fråga 1:

1. Vilka konsekvenser ser du för din verksamhet om vi inte har kvar IVA på Oskarshamns sjukhus?
2. Vad behöver vi ha för verksamhet på hela sjukhuset?

Sammanställning av inkomna synpunkter angående effekter av upphörande av intensivvård vid Oskarshamns sjukhus. För utförligare beskrivning, se bilagor.

Medborgare

- Inneliggande patienter som försämras och/eller är i behov av intensivvård, måste stabiliseras vid Oskarshamns sjukhus för vidare transport till sjukhusen i Kalmar eller Västervik. Nya riktlinjer och PM kommer att arbetas fram under förutsättning att beslut om verksamhetsförändring fattas. Hur denna organisation kommer att se ut kommer att bli föremål för arbete under den övergångsperiod som uppstår fram till dess att den nya organisationen är i full drift.
- Om svårt sjuka patienter anländer till akutmottagningen och anses i behov av intensivvård, stabiliseras de på akutmottagningen för vidare transport till IVA i Kalmar eller Västervik. Nya riktlinjer och PM kommer att arbetas fram under förutsättning att beslut om verksamhetsförändring fattas. Hur denna organisation kommer att se ut kommer att arbetas fram under övergångsperioden.
- Ambulansverksamheten behöver ett förändrat destinationsstöd avseende de svårast sjuka patienterna så att mer primärtransporter sker direkt till Kalmar och Västervik. Patienter med svikt eller hotande svikt av vitala funktioner kan få längre handläggningstid i ambulans i mellanlänet men samtidigt kan tydligheten gällande destination göra att vårdtillfället totalt blir effektivare och mer patientsäkert året runt. Nytt destinationsstöd kommer att arbetas fram under förutsättning att beslut om verksamhetsförändring fattas.
- I händelse av större olycka/katastrof kommer patienter som tidigare att förflyttas till sjukhus där länssjukvård alternativt regionsjukvård bedrivs, i enlighet med beslut i särskild sjukvårdsledning/den länsövergripande katastroforganisationen.

Verksamhet

- Vården av intensivvårdskrävande patienter upphör på Oskarshamns sjukhus. Därmed finns heller inget behov av intensivvårdsutbildade sjuksköterskor på MIVA. De intensivvårdutbildade sjuksköterskorna som idag tjänstgör på uppvakningsavdelningen berörs inte av denna förändring.
- Verksamheten ska även i framtiden möta behovet av övervakning/ behandling och stabilisering för att tillgodose även den framtida vården. En verksamhet motsvarande en intermediär enhet bör byggas upp.
- Ett specificerat akutteam är behjälpligt vid stabilisering av intensivvårdskrävande patienter. Denna verksamhet bedrivs redan i dagsläget och skall även finnas kvar fortsättningsvis. En specificerad lokal med lämplig utrustning ska finnas. I dagsläget finns specialistutbildade anestesisjuksköterskor i tjänst dygnet runt och deras arbetsuppgifter kommer att tydliggöras kring akutteamens arbete. Ny organisation samt nya riktlinjer och PM kommer att

arbetas fram under förutsättning att beslut om verksamhetsförändring fattas.

- En ny organisation avseende transportförberedelser samt nya riktlinjer och PM kommer att arbetas fram under förutsättning att beslut om verksamhetsförändring fattas.
- En omorganisation med nya riktlinjer och PM krävs för larmgrupp vid hjärtstopp/rädda hjärnan. Även detta kommer att arbetas fram under förutsättning att beslut om verksamhetsförändring fattas.
- Avsaknaden av intensivvårdsplatser vid Oskarshamns sjukhus torde inte påverka den verksamhet som idag bedrivs på kirurg- och ortopedkliniken.
- Ett snabbt omhändertagande med stabilisering och vidare transport till Länssjukhuset i Kalmar, alternativt sjukhuset i Västervik, kan innebära en ökad patientsäkerhet för de patienter som opereras på Oskarshamns sjukhus.

Medarbetare

- Sjuksköterskor med intensivvårdsutbildning kommer inte att vara en begränsande faktor för ny planerad verksamhet på nuvarande MIVAs vårdplatser. Kompetens, bemanning, lokaler och medicinskteknisk utrustning ska utformas så att de motsvarar den nya verksamhetens behov. Arbete med detta kommer att påbörjas efter beslut. Under en omställningsperiod på cirka sex månader kommer verksamheten att bedrivas på samma sätt som i dagsläget men på sikt kommer allmänutbildade sjuksköterskor att anställas på enheten.
- Ett tydligare destinationsstöd inom ambulanssjukvården för sannolikt intensivvårdskrävande patienter då MIVA vård upphör på Oskarshamns sjukhus, kommer även att påverka akutmottagningens nuvarande verksamhet.

Ekonomi

- Bemanningsbolagskostnader avseende intensivvårdsutbildade sjuksköterskor minskar för att senare upphöra.
- Framtida vårdkostnader för den typ av vård som ska bedrivas på MIVAs vårdplatser är i dagsläget okända, exempelvis är bemanningskostnader helt beroende av vilken verksamhet som ska bedrivas i lokalerna.
- Vissa övriga externa verksamheter (utanför Oskarshamns sjukhus) påpekar eventuellt behov av resursförstärkning inom sina egna verksamheter. Se bilagor.

Sammanfattning

I samband med en stor verksamhetsförändring av ortopedi och kirurgi i Kalmar län som genomfördes år 2004, förändrades även intensivvårdsverksamheten vid sjukhuset i Oskarshamn. Förändringen innebar att den kirurgiska och ortopediska intensivvården slutade att bedrivas och att avdelningen fick en renodlad medicinsk inriktning.

Under de senaste tre åren har intensivvårdsverksamheten vid Oskarshamns sjukhus dragits med ett flertal problem, bland annat stora svårigheter att rekrytera intensivvårdsutbildade sjuksköterskor. Detta har lett till ett ökat behov av hyrpersonal, vilket förutom den uppenbara patientsäkerhetsrisk som uppstår då det brister gällande kontinuitet, även medfört ansenliga personalkostnader. Kostnaden för intensivvårdsutbildade hyrsjuksköterskor beräknas år 2019 att överstiga 10 miljoner kronor.

Den genomförda verksamhetsförändringen år 2004 har även visat sig leda till ett minskat behov av intensivvårdsplatser vid Oskarshamns sjukhus. Under perioden 1 januari 2016 till den 30 november 2018 har avdelningen haft en noll procentig beläggning under 246 dagar och den genomsnittliga totala beläggningen (på 4 vårdplatser) motsvarar från och med mitten av juni 2018 1,0 vårdplats/dygn.

Enligt gällande "Riktlinjer för intensivvård" bör en intensivvårdsavdelning ha en tillräckligt omfattande och krävande verksamhet för att kunskaper och färdigheter ska kunna upprätthållas och utvecklas, vilket med tanke på ovanstående beläggningsgrad inte kan anses uppfyllt i dagsläget.

Efter en genomlysning av verksamheten där alla berörda parter har fått möjlighet att inkomma med synpunkter, torde den logiska konsekvensen vara att inte ha kvar denna enhets två MIVA platser. Istället bör enhetens verksamhet inriktas på vård och omvårdnad av patienter som har ett ökat vårdbehov men som inte är i behov av respiratorvård. Den nybildade enheten kommer alltså även fortsättningsvis att kunna ta emot patienter med behov av övervakning och/eller stabilisering samt olika typer av behandling. Detta för att i framtiden säkerställa god och säker vård vid Oskarshamns sjukhus.

Förslag till förändring

Upphöra med de två MIVA platserna.

Utveckla en enhet, motsvarande en intermediär enhet, för patienter med ett ökat vårdbehov men som inte är i behov av respiratorvård.

Oskarshamn den 9 januari 2019

Birgitta Hjalmarsson, sjukhuschef

Oskarshamn den 9 januari 2019

Elmar Keppel, chefläkare

Per-Adolf Bergsten, verksamhetschef akutkliniken

Dan Eriksson, verksamhetschef ortopedkliniken

Anthony Mohlin verksamhetschef ortopedkliniken from 20190101

Petra Hinnon, verksamhetschef medicinkliniken

Fredrik Stenmark, verksamhetschef kirurgkliniken Kalmar/Oskarshamn

Aleksandar Maksimovic, verksamhetschef radiologiska kliniken

Daniel Johansson, basenhetschef specialistenheten

Bilagor

Bilaga 1	Riskanalys MIVA 2016
Bilaga 2	Verksamhetschefer, avdelningschefer och ledningsstaben vid Oskarshamns sjukhus (samtliga medverkande vid utvecklingsdag 21/11-18). Sammanställning
Bilaga 3	Medarbetare vid MIVA Oskarshamns sjukhus
Bilaga 4	Verksamhetschef MIVA Oskarshamns sjukhus
Bilaga 5	Överläkare vid Medicinkliniken Oskarshamns sjukhus
Bilaga 6	Verksamhetschef Ortopedkliniken Oskarshamns sjukhus
Bilaga 7	Verksamhetschef Kal Oskar Kalmar/Oskarshamns klinik
Bilaga 8	Ambulansverksamheten i Kalmar län
Bilaga 9	Verksamhetschef IVA LSK
Bilaga 10	Verksamhetschef IVA Västerviks sjukhus
Bilaga 11	Verksamhetschef akutmottagningen LSK
Bilaga 12	Verksamhetschef akutmottagning Västerviks sjukhus
Bilaga 13	Verksamhetschef medicinkliniken LSK
Bilaga 14	Tf verksamhetschef medicinkliniken Västervik sjukhus
Bilaga 15	Läkarförbundets representant på Oskarshamns sjukhus
Bilaga 16A	Vårdförbundet representant på Oskarshamns sjukhus
Bilaga 16B	Vårdförbundet Akutmottagningen riskbedömning
Bilaga 17	Underbilaga till bilaga 4, riktlinjer för svensk intensivvård
Bilaga 18	Kommunals representant Oskarshamns sjukhus

Birgitta Hjalmarsson

Från: PA Bergsten <pabergsten@live.se>
Skickat: den 7 januari 2019 15:05
Till: Birgitta Hjalmarsson
Ämne: Re: Beslutsunderlag IVA 7 jan 2019.docx

Hej Birgitta!

Ok för mig. Det är svårt att formulera detta men jag tycker att det är så bra det kan bli, bra jobbat. Följdfrågor får vi möta upp.

Mvh PA

Skickat från min iPhone

7 jan. 2019 kl. 19:55 skrev Birgitta Hjalmarsson <birgitta.hjalmarsson@regionkalmar.se>:

> Hej
> Läs detta istället.
> /Birgitta
>
> <Beslutsunderlag IVA 7 jan 2019.docx>

Riskanalys 2016. Bilaga 1.

Riskanalys

Verksamhetsöversyn Akutkliniken

Juni 2016

Analysledare:
L F

Sammanfattning

Syftet med riskanalysen är att analysera risker och konsekvenser av en eventuell verksamhetsförändring, i betydelsen reducering av antal specialistutbildade intensivvårdssjuksköterskor från två till en per arbetspass. Förändringen skulle innebära fortsatt bemanning med en specialistutbildad intensivvårdssjuksköterska och en allmänsjuksköterska. Målet med analysen och konsekvensbeskrivningen är att upprätta ett underlag för beslut om eventuell verksamhetsförändring.
De viktigaste riskerna är:

- Tidsfördröjning för att identifiera, tolka och analysera avvikande mätvärden
- Ökat antal simultana arbetsuppgifter för intensivvårdssjuksköterska
- Tidsfördröjning vid felsökning av avancerad medicinteknisk utrustning
- Flertalet risker relaterade till hantering av potenta läkemedel
- Negativ inverkan på möjlighet att utföra intrahospitala transporter av intensivvårdskrävande patient
- Tidsfördröjning vid åtgärd av svikt och/eller tidiga sjukdomssymtom
- Minskad kapacitet för handläggning av intensivvårdskrävande patienter
- Larmteam vid hjärtlarm och MIG-larm kan inte bemannas med intensivvårdssjuksköterska kontinuerligt
- Intrahospitala transporter av intensivvårdskrävande patient kan inte utföras av intensivvårdssjuksköterska kontinuerligt
- Möjlig tidsfördröjning för tolkning och åtgärd avseende till sjukhuset inskickade EKG
- Minskade möjligheter till upprätthållande av kompetens om verksamhetsförändringen genomförs

Bakomliggande orsaker till identifierade risker är att avancerad medicinsk omvårdnad och handhavande av avancerad medicinteknisk utrustning inte är en del av grundutbildningen för sjuksköterskor. Förutsättningar för att kunna hantera potenta läkemedel (dopamin, dobutamin, anestetika) ges inte heller i grundutbildningen. När det gäller larmberedskap kan intensivvårdssjuksköterskan inte lämna MIVA om en intensivvårdskrävande patient vårdas på MIVA eller förväntas till MIVA. Utbildningsinsatser kan inte genomföras regelbundet, då specialistsjuksköterskan i tjänst måste vara i vårdarbete. För att kunna utföra EKG-tolkning krävs genomförd kurs i hjärtmedicin; i avsaknad av densamma nödvändigt med konsultation för hjälp med bedömning (vilket skapar risken *möjlig tidsfördröjning för tolkning och åtgärd*).

De åtgärdsförslag som lämnas av analysteamet redovisas under punkt 7.1 som delprocesser och däri identifierade risker. Överlag anser analysgruppen att en minimering/reducering av identifierade risker sker genom att tillse att minst två intensivvårdssjuksköterskor är i tjänst per arbetspass. För några av de identifierade riskerna föreslås åtgärden att överföra de uppdrag/uppgifter som f n är ålagda specialistutbildade intensivvårdssjuksköterskor till annan part. En sådan åtgärd kommer sannolikt att kräva omfattande utbildningsinsatser.

Slutsatser och kommentarer till analysresultatet: Det finns ingen möjlighet att handlägga intensivvårdskrävande patienter på MIVA i Oskarshamn om inte minst två specialist-utbildade intensivvårdssjuksköterskor tjänstgör per arbetspass. Då intensivvård inte längre kan bedrivas på Oskarshamns sjukhus med föreslagen bemanning, en specialistutbildad intensivvårdssjuksköterska och en allmänsjuksköterska, förändras MIVA till en enhet som

handlägger andra patientkategorier; sannolikt de patienter som idag kategoriseras som HIA/Stroke/trombolyspatienter samt övervakningspatienter. Eftersom dessa patienter inte är intensivvårdskrävande handläggs dessa patienter av medicinklinikens läkare, varpå anestesiläkare endast agerar som konsulter vid behov (med undantag för enstaka postoperativ patient i behov av annan övervakning/smärtlindring än vad som kan erbjudas på vårdavdelning; i dessa fall handläggs patienten av anestesiläkare). Samtliga patienter som inkommer till akutmottagningen på Oskarshamns sjukhus alternativt redan befinner sig på vårdavdelning på Oskarshamns sjukhus och som bedöms vara i behov av intensivvårdskrävande insatser, måste transporteras med ambulans till IVA i Kalmar eller IVA i Västervik. Det innebär ökad beläggningsgrad/ökat antal intensivvårdskrävande patienter på IVA Kalmar och IVA Västervik. Det innebär även ett ökat antal ambulanstransporter från både Oskarshamns sjukhus och Oskarshamns sjukhus upptagningsområde till annat sjukhus (Kalmar respektive Västervik). Om möjlighet att bedriva intensivvård upphör, kan kompetens hos kvarvarande specialistutbildad intensivvårdssjuksköterska som tjänstgör endast på Oskarshamns sjukhus inte längre upprätthållas. Risken för stora rekryteringsbekymmer vid kommande pensionsavgångar eller avslut av anställning ökar markant. Stora rekryteringsbekymmer förväntas även i fråga om specialistläkare som är intresserade av både anestesi- och intensivvård.

Innehållsförteckning

Sammanfattning 2
1 Inledning och bakgrund 5
2 Uppdragsgivare 5
3 Uppdrag 5
4 Deltagare i analysteam 5
5 Metodik 5
6 Avgränsningar, perspektiv och förutsättningar 6
7 Resultat 6
7.1 Risker, orsaker och åtgärdsförslag 7
8 Slutsatser och kommentarer 9
9 Tidsåtgång 10
10 Uppdragsgivarens kommentarer 11
10.1 Åtgärder 11
10.2 Återkoppling 11
10.3 Uppföljning 7
11 Ordförklaringar 11
12 Litteraturlista ..... **Fel! Bokmärket är inte definierat.**
13 Bilagor 12

1 Inledning och bakgrund

Nedan följer en kort sammanfattning av uppdragsbeskrivningen från uppdragsgivaren:

MIVA (Medicinsk Intensivvårdsavdelning) på Oskarshamns sjukhus innefattar idag fem fysiska vårdplatser. Befintlig personalstyrka är anpassad för omhändertagande av två intensivvårdskrävande patienter med kapacitet för eventuell ventilatorbehandling. Förutom intensivvårdskrävande patienter vårdas även patienter i behov av hjärtintensivvård, trombolys vid stroke samt övervakning.

I dagsläget är fyra tjänster för specialistutbildade intensivvårdssjuksköterskor vakanta. Under de närmast kommande åren förväntas svårigheter att rekrytera specialistutbildade intensivvårdssjuksköterskor att öka i takt med kommande pensionsavgångar. På längre sikt förväntas för framtidens krav på intensivvårdsverksamhet en kompetensbrist i de personella resurserna med narkosläkare i beredskap A, internmedicinsk specialistläkare i beredskap A, kringfunktioner som exempelvis kardiolog, infektionsläkare, neurolog och andra specialister endast tidvis tillgängliga.

Basenhetschef för berörd klinik har därför fått i uppdrag att beskriva möjlig verksamhet samt analysera konsekvenserna av verksamhetsförändring, i betydelsen reducering av antal specialistutbildade intensivvårdssjuksköterskor från två till en per arbetspass. Förändringen skulle innebära fortsatt bemanning med en specialistutbildad intensivvårdssjuksköterska och en allmänsjuksköterska.

2 Uppdragsgivare

Uppdragsgivare är Bente Transö, sjukhuschef på Oskarshamns sjukhus.

3 Uppdrag

Syftet med analysen är att analysera risker och konsekvenser av en eventuell verksamhetsförändring enligt ovan. Målet med analysen och konsekvensbeskrivningen är att upprätta ett underlag för beslut om eventuell verksamhetsförändring.

Riskanalysen ska innehålla:

- uppgifter om antalet patienter som omfattas av en eventuell verksamhetsförändring
- riskanalys
- arbetsmiljökonsekvenser relaterade till funna risker

Övriga av föreslagen verksamhetsförändring berörda enheter (*Medicinkliniken på Oskarshamns sjukhus, Ambulansverksamheten i Kalmar län, Intensivvårdsavdelningen på Västerviks sjukhus, Intensivvårdsavdelningen på Länssjukhuset i Kalmar*) har delgivits separata uppdrag för upprättande av riskanalys och beskrivning av arbetsmiljökonsekvenser.

4 Analysteam

Följande personer deltog i analysteamet:

Namn	Roll och funktion	Enhet
Linda Forsman	**Patientsäkerhetssamordnare** Analysledare	**Ledningsstaben**
Per-Adolf Bergsten	**Basenhetschef** Teamledare	**Akutkliniken**
Martina Sporrong	**Avdelningschef** Verksamhetsföreträdare	**MIVA, Akutkliniken**
Maj-Lis Andersson Nord	**Undersköterska** Verksamhetsföreträdare	**MIVA, Akutkliniken**
Barbro Nilsson	**Intensivvårdssjuksköterska** Verksamhetsföreträdare	**MIVA, Akutkliniken**
Xhevat Durmishi	**Anestesiolog** Verksamhetsföreträdare	**Akutkliniken**

5 Metod

Följande metoder har använts:

- ✓ Uppdraget har legat till grund för valet av processer och områden som har kartlagts och analyserats.

- ✓ Information om det område som analyserats har hämtats från
  - o Skriftlig uppdragsbeskrivning från uppdragsgivaren, se inledning och bakgrund.

- ✓ Risker och riskernas bakomliggande orsaker har identifierats.

- ✓ Riskbedömning har gjorts med metoden ”allvarlighetsgrad och sannolikhet”. Se vilka kriterier och skalnivåer som använts i riskanalysen i bilaga 1.

- ✓ Förslag på åtgärder för att minska riskernas konsekvenser har tagits fram för risker som bedömts vara mycket allvarliga eller allvarliga, eller då det varit relevant av andra skäl.

6 Avgränsningar, perspektiv och förutsättningar

Riskanalysen har avgränsats till en enskild enhet; den medicinska intensivvårdsavdelningen (MIVA) på Oskarshamns sjukhus. Tidsperiod för analysens genomförande är 160531 - 160708.

Av uppdragsgivaren angivet perspektiv är identifiering av risker kopplade till området patientsäkerhet. Risker och bakomliggande orsaker har identifierats, se bifogat analysschema. För information om de antaganden som riskanalysen baseras på, hänvisas till *Inledning och bakgrund* samt till den skriftliga uppdragsbeskrivningen, daterad 160531.

7 Resultat

Det här är den inledande resultatredovisningen. Nedan presenteras de identifierade riskerna, de bakomliggande orsakerna och åtgärdsförslagen.

7.1 Risker, orsaker och åtgärdsförslag

Risker har identifierats för varje aktivitet som kartlagts i analysområdet/ processbeskrivningen, se Bilaga 1. Analysen omfattar även en orsaksanalys. De bakomliggande orsakerna ligger till grund för åtgärdsförslagen. Alla risker, bakomliggande orsaker och åtgärdsförslag redovisas i tabellform i Bilaga 2.

Nedan redovisas delprocesser (rubrik) och däri identifierade risker:

1 Intensivvård på MIVA vid svikt i vitala parametrar

Avancerad medicinsk omvårdnad ingår inte i grundutbildning för sjuksköterskor. För att handlägga intensivvårdskrävande patienter behövs specifika kunskaper som endast specialistsjuksköterska inom intensivvård innehar.

Risker som identifierats återfinns i Bilaga 2.
Åtgärdsförslag är att tillse att minst två intensivvårdssjuksköterskor är i tjänst per arbetspass.
Konsekvens om identifierade risker kvarstår är vårdskada, fördröjd diagnos, felaktig handläggning och behandling.

2 Hjärtstoppslarm externt

Intensivvårdssjuksköterskan är teamledare vid hjärtstoppslarm, vilket innebär att denne/-a tillser att riktlinje för A-HLR efterföljs. Intensivvårdssjuksköterskan ansvarar för handhavande av defibrillator och läkemedelsgivning i samband med hjärtstoppssituationen.

Risker som identifierats återfinns i Bilaga 2.
Åtgärdsförslag är att tillse att minst två intensivvårdssjuksköterskor är i tjänst per arbetspass. Alternativet är att överföra uppdraget till annan part.
Konsekvens om identifierade risker kvarstår är att undvikbara dödsfall kan inträffa samt misslyckad/inadekvat återupplivning.

3 Rädda hjärnan

Intensivvårdssjuksköterskan påbörjar trombolysbehandling enligt ordination, samt övervakar patienten före och efter behandling.

Risker som identifierats återfinns i Bilaga 2.
Åtgärdsförslag är att tillse att minst två intensivvårdssjuksköterskor är i tjänst per arbetspass, alternativt överföra uppdraget till annan part.
Konsekvens om identifierade risker kvarstår är bestående restsymtom hos patienten.

4 MIG (Mobil IntensivvårdsGrupp)

Intensivvårdssjuksköterskan lämnar intensivvårdsavdelningen vid larm från avdelning (på larmplats inom 30 minuter), påbörjar stödinsatser, tillser att behandling påbörjas, för dialog med anestesiolog om vidare åtgärder samt tillser att larmprotokoll fylls i.

Risker som identifierats återfinns i Bilaga 2.

Åtgärdsförslag är att tillse att minst två intensivvårdssjuksköterskor är i tjänst per arbetspass, alternativt överföra uppdraget på annan part.
Konsekvens om identifierade risker kvarstår är försenad handläggning av allvarliga sjukdomstillstånd, undvikbara dödsfall.

5 Mobimed

Intensivvårdssjuksköterskan tolkar från ambulanssjukvården insända EKG samt hänvisar/dirigerar ambulansen till rätt vårdnivå (Coronarangiografi, Länssjukhuset i Kalmar alternativt MIVA Oskarshamns sjukhus). Årligen bedöms ca 1100 insända EKG.

Risker som identifierats återfinns i Bilaga 2.
Åtgärdsförslag är att tillse att minst två intensivvårdssjuksköterska är i tjänst per arbetspass, alternativt tillse att teori och praktik som ingår i hjärtmedicinsk utbildning innehas hos båda sjuksköterskor i tjänst på MIVA alternativt överföra uppdraget till annan part.
Konsekvens om identifierade risker kvarstår är fördröjd adekvat vård, undvikbara dödsfall. Ytterligare en konsekvens är ökad belastning för andra enheter i länet som utför EKG-tolkning.

6 Konsultationsuppdrag externt

Intensivvårdssjuksköterskans kompetens nyttjas av sjuksköterskor på avdelningar och mottagningar avseende rådgivning telefonledes. Det finns en potentiell risk för att uppdraget påverkas negativt, om endast en intensivvårdssjuksköterska är i tjänst per arbetspass, men den anses vara av ringa betydelse.
Det finns även en risk för tidsfördröjning avseende patientnära stödinsatser, såsom nålsättning, spolning av invasiva katetrar et cetera, om endast en intensivvårdssjuksköterska är i tjänst per arbetspass.

7 Utförande av LP/TEE/Elkonvertering

Det finns en risk för tidsfördröjning avseende nämnda elektiva procedurer (LP/TEE/Elkonvertering), om endast en intensivvårdssjuksköterska är i tjänst per arbetspass. Observera dock att om dessa elektiva procedurer är av akut art, kan tidsfördröjningen innebära en måttlig patientsäkerhetsrisk!

8 Donationsarbete

På Oskarshamns sjukhus är donationer sällan förekommande, men om resurs för omhändertagande av intensivvårdskrävande patienter (t ex donatorer) reduceras, kan donationsarbete endast erbjudas tidvis.

9 Patient med hjärt-/kärlsjukdom utan behov av intensivvård

En allmänsjuksköterska med påbyggnadsutbildning inom hjärtmedicin och/eller strokeomhändertagande kan handha nämnda patientkategorier.

10 Utbildningsuppdrag

Under förutsättning att verksamhetsförändring genomförs, kan det på sikt innebära reducering i antalet specialistutbildade sjuksköterskor, vilket i sin tur får

konsekvenser avseende tillgång till utbildare internt. Det kan även få konsekvenser för möjligheten att tillgodogöra sig erbjuden intern och/eller extern utbildning. Ur patientsäkerhetssynpunkt kan kunskapsbrister hos vårdpersonalen få förödande konsekvenser.

11 Antidotförråd

Personal på avdelningar förlitar sig på den kunskap om antidoter som innehas av intensivvårdssjuksköterskan. Det finns en potentiell risk för tidsfördröjning gällande konsultationer telefonledes samt förberedelser och administrering av antidoter på MIVA, om endast en intensivvårdssjuksköterska är i tjänst per arbetspass. Ur patientsäkerhetssynpunkt kan minskad tillgänglighet till intensivvårdssjuksköterskor få förödande konsekvenser.

8 Slutsatser och kommentarer

På den medicinska intensivvårdsavdelningen (MIVA) i Oskarshamn handläggs de svårast sjuka patienterna på sjukhuset. Under 2015 var ett stort antal patienter inskrivna på intensivvårdsavdelningen, vilket innebär att personalen som tjänstgör där var involverade i deras vård och handläggande. Förutom denna vård har personalen även medverkat och utfört andra konsultativa uppgifter, se Bilaga 3.

Det finns ingen möjlighet att handlägga intensivvårdskrävande patienter på MIVA i Oskarshamn om inte minst två specialistutbildade intensivvårdssjuksköterskor tjänstgör per arbetspass. Reducering av antalet specialistutbildade sjuksköterskor per arbetspass kommer även att påverka all annan verksamhet. Med föreslagen bemanning, en specialistutbildad intensivvårdssjuksköterska och en allmänsjuksköterska, kan intensivvård inte längre bedrivas på Oskarshamns sjukhus, vilket medför att MIVA omvandlas till en enhet som handlägger andra patientkategorier; sannolikt de patienter som idag kategoriseras som HIA/Stroke/trombolyspatienter och övervakningspatienter. Eftersom dessa patienter inte är intensivvårdskrävande handläggs dessa patienter av medicinklinikens läkare, varpå anestesiläkare endast agerar som konsulter vid behov (med undantag för enstaka postoperativ patient i behov av annan övervakning/smärtlindring än vad som kan erbjudas på vårdavdelning; i dessa fall handläggs patienten av anestesiläkare). Samtliga patienter som inkommer till akutmottagningen på Oskarshamns sjukhus alternativt redan befinner sig på vårdavdelning på Oskarshamns sjukhus och som bedöms vara i behov av intensivvårdskrävande insatser, måste transporteras med ambulans till IVA i Kalmar eller IVA i Västervik. Det innebär ökad beläggningsgrad/ökat antal intensivvårdskrävande patienter på IVA Kalmar och IVA Västervik. Det innebär även ett ökat antal ambulanstransporter från både Oskarshamns sjukhus och Oskarshamns sjukhus upptagningsområde till annat sjukhus (Kalmar respektive Västervik). Om möjlighet att bedriva intensivvård upphör, kan kompetens hos kvarvarande specialistutbildad intensivvårdssjuksköterska som tjänstgör endast på Oskarshamns sjukhus inte längre upprätthållas. Risken för stora rekryteringsbekymmer vid kommande pensionsavgångar eller avslut av anställning ökar markant. Svårigheter förväntas även vid rekrytering av specialistläkare inom anestesi- och intensivvård (anestesiologer) som är intresserade av både intensivvårdsdelen (arbetsuppgifter företrädesvis på en intensivvårdsavdelning,

ibland på akutmottagningen) och anestesidelen (arbetsuppgifter företrädesvis på operationsavdelning).

9 Tidsåtgång

	Arbete i analysteamet	Planering och dokumentation
Antal persontimmar	60 arbetstimmar	15 arbetstimmar

Analysen påbörjades den *31 maj 2016* och avslutades den *7 juli 2016*. Analysgruppen träffades vid *9* tillfällen, under *perioden 160602 - 160707*. Rapporten överlämnades till uppdragsgivaren *160711*.

9.1 Skalor för riskbedömning

Allvarlighetsgrad

Allvarlighetsgrad	Exempel på konsekvenser
Katastrofal (4)	Dödsfall/självmord Bestående stor funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk)
Betydande (3)	Bestående måttlig funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd vårdepisod för tre eller fler patienter[1) 2)] Förhöjd vårdnivå för tre eller fler patienter[1)]
Måttlig (2)	Övergående funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd vårdepisod för en eller två patienter[2)] Förhöjd vårdnivå för en eller två patienter
Mindre (1)	Obehag eller obetydlig skada

Sannolikhet

Sannolikhet för inträffande	Förekomst/vanlighet
Mycket stor (4)	Kan inträffa dagligen
Stor (3)	Kan inträffa varje vecka
Liten (2)	Kan inträffa varje månad
Mycket liten (1)	Kan inträffa 1 gång/år

Riskens storlek (RPN=Risk priority number)
Genom att multiplicera värdet för allvarlighetsgrad med värdet för sannolikhet erhålls riskens storlek:

		Allvarlighetsgrad			
		Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
Sannolikhet	Mycket stor (4)	16	12	8	4
	Stor (3)	12	9	6	3
	Liten (2)	8	6	4	2
	Mycket liten (1)	4	3	2	1

10 Uppdragsgivarens kommentarer

10.1 Åtgärder

Här beskriver uppdragsgivaren vilka av rapportens åtgärdsförslag som kommer att vidtas respektive förkastas. Uppdragsgivaren anger också en tidplan för genomförandet. I översiktliga analyser blir kommentarerna mer översiktliga.

10.2 Återkoppling

Här beskriver uppdragsgivaren hur riskanalysen ska återkopplas till den berörda enheten och dess medarbetare.

10.3 Uppföljning

Här beskriver uppdragsgivaren när och hur de insatta åtgärderna ska följas upp. Det kan vara lämpligt att göra en avstämning för att följa upp åtgärderna efter till exempel 6 eller 12 månader.

11 Ordförklaringar

Elkonvertering	Patienten sövs och får en strömstöt genom hjärtat p.g.a. oregelbunden hjärtrytm. Förberedelse med venkateter, dropp/läkemedel, övervakning under och efter proceduren (någon till några timmar för att narkosmedlet ska gå ur kroppen).
TEE	TransEsofageal Ekokardiografi. En givare placeras i matstrupen. Förberedelser med venkateter, lugnande medel och bedövningsmedel i halsen samt övervakning under och efter ingreppet (1,5-2 timmar).
EKG via MobiMed	Direktöverföring av EKG från ambulanser till medicinska intensivvårdsavdelningen.
LP	Diagnostisk lumbalpunktion och provtagning. Ett ryggvätskeprov då det finns misstanke om exempelvis blödningar eller infektion i hjärnan. Förberedelser med steriltvätt av insticksområde, provrör/remisser, övervakning under och efter ingreppet (½ timma-4 timmar).
MIG	Mobil IntensivvårdsGrupp. MIG-teamet består av intensivvårds-sjuksköterska och anestesiläkare vars primära uppgift är att bedöma och

	behandla patienter med sviktande vitala funktioner. MIG team kan också beskrivas som en funktion för att höja patientsäkerheten, genom kvalitetssäkring och kompetenshöjning.
A-HLR	Avancerad Hjärt- och Lungräddning. Hjärtstoppsteamet består av primärjour, anestesisjuksköterska, intensivvårdssjuksköterska. Livräddning genom ett optimalt omhändertagande; säkra fria luftvägar, ge läkemedel, övervakning efter lyckad hjärt-/lungräddning, transportera till medicinska intensivvårdsavdelningen för fortsatt övervakning, ge avancerade läkemedel, ventilatorstöd, medicinskt nedkylning och ev. förbereda ambulanstransport.

12 Bilagor

Bilaga 1: Grafisk beskrivning av analysområdet (bifogas som separat dokument)

Bilaga 2: Alla identifierade risker, bakomliggande orsaker och åtgärdsförslag (bifogas som separat dokument)

Bilaga 3. Statistik för MIVA

Bilaga 4. Riktlinjer för svensk intensivvård. SFAI

Bilaga 5. Kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterska intensivvård. Riksföreningen för anestesi och intensivvård.

Bilaga 6. Ett exempel på utbildningsplan för specialistsjuksköterska intensivvård.

Bilaga 7. Riktlinje. Ansvarsfördelning och arbetsuppgifter på IVA.

Bilaga 2.

Utvecklingsdag 21/11-18 Verksamhetschefer, avdelningschefer och ledningsstaben Oskarshamns sjukhus

Vad blir konsekvenserna av nedläggning av IVA?

Identifierade risker under grupparbete:

*Ingen hjärtstoppsfunktion

*Frånvaro akutteam ifall komplikationer TEE och vid endoskopi

*Frånvaro akutteam försämring inneliggande patient

*HIA patient som behöver ökad vårdnivå – strikta kriterier finns!

*Stöd vid elkonvertering

*Otrygghet medarbetarna hela huset

*Olika patientkategorier bör/kan inte alls komma tex;

-CPAP bortsett akut stabilisering

-sepsis

-hjärtstopp

-intox

*Minskad attraktivitet att opereras elektivt på sjukhuset

*Fördröjd insats vid försämrad patient

*Saknar backup på Akuten

*Förändrad rapportväg IVA/Akuten

*Högre beredskap på vårdavdelning i väntan på ambulans

*Kompetens försvinner

*Hjärtstopp?

*Mer bemanning på Akuten och nya arbetsuppgifter och kompetensutveckling

*Undersökningar via Akuten som görs på IVA idag?

*Om IVA inte finns kan det krävas högre bemanning på andra enheter?

* Högre tryck på Kalmar och Västervik

*Hjärtpatienterna (hjärtlarm) HIA larm – Narkos ssk

Team IVA ssk

*Om patient blir dålig behövs IVA

*Om vi behöver stärka upp vårdnivån

*Rädda hjärnan larm – larm team – IVA ssk

*Tryggheten för personalen påverkas om IVA försvinner

*Patienter på vårdavdelning tex akut sepsis och andra som blir svårt sjuka på vårdavdelning. NEWS

*Medicinakuten, pat intox, allergi kommer in med ambulans

*Hjärtstoppsfunktioner / strokelarm (klinfys) hela sjukhuset

*Allergiska reaktioner

*TEE och elkonverteringar, LP

*Endoskopiverksamheten? Röntgen? Perforationer? Aspirationer?

*Stickhjälp och rådgivning?

*Ändring av vårdnivå? (transport, övervakning)

*Punktioner

*Modifierad HLR-organisation om inte IVA ssk finns. Ex med läkare

*Förändrat rekryteringsbehov och attrahera-insatser

*RTG – eventuella hinder för verksamhetsutveckling

*Attraktivare roll som allmän ssk på vårdavdelning på medicin när uppgifter lyfts tillbaka från IVA

*Hur utvecklar vi samverkan mellan operativt och strategiskt?

Utvecklingsdag 21/11-18 Verksamhetschefer, avdelningschefer och ledningsstaben Oskarshamns sjukhus

Vad behöver finnas kvar vid nedläggning av IVA?

*Hjärtlarm / rädda hjärnan (HIA, Anestesi och medicin läkare)

*Förflytta / övervaka

- Punktioner
- Perforationer
- Allergiska reaktioner
- Tee
- LP
- Elkonventering DK HIA

*Kompetens ITVA

AVA - vilken vårdnivå?

*Stabilisering / akutteam

Akuten?

ITVA

AVA

*Tillgång till ett akutteam som är flytande resurs över hela sjukhuset.

*Hjärtstopp och rädda hjärnan

*Narkossjuksköterska med vana och allmän sjuksköterska placerade på ex. akutmottagningen 24/7

AVA: Akutteamet är kopplat till AVA

Rum 1 Rum 2

Möjlighet för uppkoppling Möjlighet för uppkoppling

Bemannas av allmänsjuksköterska. Medicinskt ansvarig Narkosläkare

-Ansvara för hjärtlarm?

-Tee?

-Intoxer?

-Sepsis patienter?

-Svårt sjuka patienter från vård avdelning?

*Team vid hjärtstopp

*Fungerande stabilisering och transport

*Akuten behöver förstärkning vid akuta händelser

*Omvärldsbevakning, goda exempel

*Någon form av ITVA/AVA eller liknande

*Kunskapsbank – bygg broar tillsammans med Kalmar och Västervik

*Akutteam i någon form

*ITVA/AVA fundera, sorterar fördelar lätt övervakning

*Stabilt bemannat kunnigt akutteam HLR och Rädda hjärna

*Narkosläkarlarm / NEWS Går ej att stabilisera utan narkosläkare

*Ambulans destinations uppdragsjustering – vissa patienter ej

*2 AVA/övervakningsplatser

- allergi

-väntan på troponin svar

-väntan LE utredning

-yrsel/illamående

Konsekvenser av nedläggning av IVA Oskarshamn

Befolkningen: • inte lika vård för alla, sämre tillgång till vård för mellanlänets patienter.
- långt till sjukhus för patienter.
- långt att åka för att besöka anhöriga = risk för färre besök för patienten och risk att inte hinna fram vid försämring.
- risk för fördröjd vård vid försämring.
- fler dödsfall ?
- negativt för industrierna med försämrad katastrofberedskap.
- mindre attraktiv ort att bosätta sig på.

Ambulansen: • ökade transporter, möjligt behov av fler ambulanser.
- sämre patienter som ska transporteras längre sträckor.
- miljöpåverkan pga. fler och längre transporter.
- ökat behov av anestesi/IVA-sjuksköterskor i ambulanserna.
- risk för fördröjd vård pga. upptagna ambulanser

AKM: • stöttning av IVA-personal vid dåliga patienter uteblir.
- påverkad katastrofberedskap.
- högre krav på läkarna att kunna bedöma vilka patienter som behöver transporteras vidare.
- patientgrupper som ej kan handläggas är tex. patienter med instabil andning och/eller cirkulation, intoxikation, sepsis, ormbett, keto-acidos/hyperglykemi, anafylaktisk reaktion.

Vårdavd:
- var ska dåliga/försämrade patienter läggas?
- hur ska stabilisering inför transport ske och av vem?
- hur ska man hantera patienter med höga NEWS-poäng?
- var ska KOL-patienter vårdas? Finns inte tillgång till Optiflow/CPAP/NIV på vårdavd. och kommer sannolikt inte accepteras av annan IVA.
- osäkerhet och ökad arbetsbelastning då det tar längre tid innan försämrade patienter kan komma iväg.

Operation/anestesi:
- kan man operera ASA 3-patienter?
- operationsverksamhet utan IVA-beredskap?
- vem ska hantera komplikationer tex. smärta, stroke, hjärtkomplikationer?
- ingen möjlighet att stabilisera kirurgiska och ortopediska komplikationer inför transport.
- minskad operationsverksamhet → minskade intäkter.
- ökad belastning för narkossköterskorna, på sjukhuset (tex. stickhjälp) och ökat antal ambulanstransporter.
- behov av utökat läkemedelsförråd.

lab, röntgen:
- påverkat antal undersökningar/prover.
- allergiska reaktioner på kontrastmedel.

Sjukhuset:
- minskad kompetens.
- ingen back-up för frågor och hjälp med allt möjligt tex. stickhjälp, artärprover, sondsättning, apparatur, frågor om läkemedel.
- omorganisation för larmgrupp vid hjärtstopp och rädda hjärnan.
- var ska TEE och elkonverteringar hanteras, vem ska sedera/söva?
- akuta LP?
- stort behov av utbildningsinsatser och scenarioträning för att få kunskap och vana vid akuta situationer.
- ansvar för antidotförråd.

Personalen:
- oro för framtiden, både för jobb och som boende i Oskarshamn.
- försämrad arbetssituation, minskad arbetsglädje.
- uppskattas vår kompetens av arbetsgivaren?
- oattraktiv arbetsplats, ingen möjlighet till utveckling.

Länets andra sjukhus:
- ökad belastning på AKM, IVA och vårdavdelningar.
- behov av fler platser och mer personal.
- fler sjukresor.

Bilaga 4. Verksamhetschef akutkliniken (MIVA, operationsenheten, sterilteknikska enheten, akutmottagning) Oskarshamns sjukhus.

Konsekvens av upphörande av intensivvård på Oskarshamns sjukhus innebär att vi inte längre har behov av specialistutbildade intensivvårdssjuksköterskor. MIVAs två intensivvårdsplatser förvinner. Förändrade arbetsuppgifter för anestesiläkare, idag är en av tre tjänstgörande anestesiläkare placerad på MIVA.

Avseende operationsenhetens verksamhet kan anestesisjuksköterskor komma att få en ökad arbetsbelastning om antal ambulanstransporter där ambulanssjukvården önskar stöd av anestesisjuksköterskor ökar (vid ambulanstransport av svårt sjuka patienter som transporteras till högre vårdnivå från Oskarshamns sjukhus).
Synpunkter från opererande verksamheter, se bilagor.

Avseende akutmottagningen innebär det att akutmottagningen sannolikt får en minskad andel av svårt sjuka patienter som initialt är handlagda av ambulanssjukvården (då ambulanssjukvården får ett förändrat destinationsstöd).
Förändrade arbetsrutiner på akutrummet, idag får man vid behov hjälp av MIVAs sjuksköterskor i samband med arbete på akutrummet (när man handlägger en svårt sjuk patient som kommit in till akutmottagningen). Detta stöd kommer inte att finnas tillgängligt.

Avseende synpunkter från arbetsgrupp medarbetare på MIVA, se bilagor.

Reflektioner på nuvarande verksamhet:
På en intensivvårdsavdelning finns unika möjligheter att övervaka och behandla cirkulatorisk och respiratorisk svikt. Detta möjliggörs av personalens medicinska kompetens och högkvalificerad medicinsk teknisk utrustning.

Ur vår uppdaterade riktlinje Ansvarsfördelning och arbetsuppgifter på MIVA Oskarshamns sjukhus (giltig från 2018-10-15):

Avdelningen har kapacitet att vårda två intensivvårdskrävande patienter samtidigt.

Vårdplatser på MIVA i Oskarshamn används:

Då behov av intensivvårdsinsatser (stabilisering inför transport, intensivvård < 24 timmar) föreligger, t.ex. vid multiorgansvikt, sepsis, svår obstruktiv lungsjukdom, svår hjärtsvikt eller/och vid behov av övervakning då grav svikt av vitala funktioner föreligger.
*Om patienten bedöms vara/är i behov av intensivvård längre än 24 timmar ska dock patienten transporteras vidare till annan IVA enhet i länet.**

Vid behov av utökad övervakning av vitala funktioner, då patienter behöver tätare kontroller än vad som kan åstadkommas på vanlig vårdavdelning.
Ex vis patienter som behöver övervakas efter krampanfall, följa utveckling vid allergisk/anafylaktisk reaktion, opåverkad intoxpatient (intoxikationspatienter med svikt av vitala funktioner, ex vis lågt BT, sänkt medvetandegrad med eller utan suicidintention är per definition en patient med svikt i vitala funktioner).

I uppdraget som verksamhetschef och medicinskt ansvarig läkare ska jag säkerställa en patientsäker vård för våra patienter och en bra arbetsmiljö för akutklinikens medarbetare.

För att öka patientsäkerheten har vi under åren specificerat patientgrupper/kategorier som vi kan och ska handlägga på MIVA, i samverkan med medicinkliniken Oskarshamn klargjort arbetsfördelning för de olika patientkategorierna, överfört vissa arbetsuppgifter till andra enheter, utvecklat samarbetet med IVA Kalmar och Västervik, förtydligat ambulanssjukvårdens destinationsstöd etc. Vi har idag liksom tidigare, pga begränsade personella resurser och begränsade materiella resurser, anpassat vår intensivvård på Oskarshamns sjukhus till de resurser vi har. Vi kan endast vårda ett selekterat patientklientel av intensivvårdskrävande patienter på MIVAs två IVA platser.

Då vi har intensiv vårdat/vårdar relativt få intensivvårdskrävande patienter på MIVA och inte har kompetens/bemanning för att bedriva annan intensivvård än det vi gör idag utan stora investeringar, är materiella och personella resursförstärkningar sannolikt orealistiska ur ett ”cost-benefit” perspektiv.

I medarbetarenkät, diskussioner på APT, skriftlig sammanfattning av psykosocial skyddsrond, granskning av avvikelser (tidsperiod 171001-180430), journalgranskning (tidsperiod 180101-180401) av 50 journaler enligt MJG (markörbaserad journalgranskning), 17 semistrukturerade intervjuer (med medarbetare på MIVA) och externt genomförd händelseanalys (daterad 180721, ”Dödsfall på intensivvårdsavdelning april 2018”) framkommer det att personal på MIVA vid olika tillfällen upplevt bristande patientsäkerhet i patienthandläggningen pga av att gällande riktlinjer inte efterlevts/upplevts som tolkningsbara. Det påvisades också brister i handläggning även om riktlinjer efterlevts.

Det har föranlett två åtgärder i höst,

2018-10-01 uppdaterades instruktioner avseende handläggning av patienter som vårdas på MIVA.
Kort sammanfattning av förändring: Intensivvårdskrävande patienter på Oskarshamns sjukhus som är i/bedöms vara i behov av intensivvårdsinsatser i mer än 24 timmar ska efter adekvat behandling/stabilisering sändas vidare till IVA Kalmar alternativt IVA Västervik om det inte föreligger inskränkningar i behandlingsnivå.

2018-10-15 uppdaterades rutinen avseende ansvarsförhållande för patienter som vårdas på MIVAs vårdplatser.
Kort sammanfattning av förändring: Tjänstgörande anestesiolog på MIVA har ansvar för alla vårdplatser och vårdens omfattning, utförande och utformning av övervakning. Denne har även ansvaret för all given behandling och vidtagna åtgärder.

Jag anser att dessa två åtgärder bidrar till att säkerställa patientsäkerheten i arbetet på MIVA. Enligt min åsikt är förändringen av medicinskt ansvarsförhållande den enskilt viktigaste åtgärden.

Jag kan sammanfatta det med att en av tre punkter (ovanstående förändringar är dock relativt nya så det är svårt att utvärdera dem) som bekymrat/bekymrar mig är åtgärdad.

De övriga två punkterna är den relativt låga beläggningsgraden av intensivvårdskrävande patienter och bristen på fastanställda specialistsjuksköterskor.

Ur Riktlinjer för intensivvård: **Intensivvårdsavdelningen bör ha** en storlek som kan tillgodose kravet på tillgänglighet samt ha **tillräckligt omfattande och krävande verksamhet för att kunskaper och färdigheter ska kunna upprätthållas och utvecklas.**

Bristen på egna specialistsjuksköterskor omöjliggör för närvarande en utveckling av verksamheten.

Jag anser, med tanke på detta, att man bör ta ställning till om intensivvård för medborgarna i Oskarshamns sjukhus upptagningsområde i framtiden bör bedrivas på enheter med ”tillräckligt omfattande och krävande verksamhet” med mer personella och materiella resurser.
”Lika vård för alla” även för ”mellanlänets patienter” i behov av intensivvård.

I underbilagan Bilaga till bilaga 4 (bil 17), kommenterar jag i utvalda delar i SFAIs riktlinjer för svensk intensivvård, och där framgår det att vi har anpassat vår nuvarande intensivvårdsverksamhet, på gott och ont, till våra faktiska förhållanden. Om det är rimligt att fortsätta så kan ifrågasättas, jag är mycket tveksam.

Om beslut tas att vården av intensivvårdskrävande patienter på Oskarshamns sjukhus upphör är det för mig en självklarhet att vi ska bedriva patientvård i förändrad form på nuvarande vårdplatser på MIVA

Innan eventuellt genomförandet av en förändring måste sjukhuset, om vi inte genomför stora förändringar i sjukhusets nuvarande verksamhet, dock säkerställa att vi har en organisation som initialt kan handlägga, stabilisera akut försämrade/svårt sjuka patienter på vårdavdelning/akutrum och medverka i patientsäker transport till annan vårdenhet med högre vårdkompetens.
Vad, hur och när är en målsättning att besvara i vidare arbete, medarbetare och chefer på medicinkliniken och akutkliniken bör ha en central roll i detta arbete.

Till sist:
Tidigare har våra folkvalda målat in sig i hörn vid olika tillfällen avseende utlovande av ”tre akutsjukhus i länet” och intensivvård är enligt min åsikt en förutsättning för ett ”akutsjukhus”.
Jag förstod inte frågan 2014 när jag tillträdde och är lika frågande idag.
Något "akutsjukhus" har vi (enligt mig) inte Oskarshamns sjukhus varit sedan 2004, varför högre tjänstemän och folkvalda inte berättat detta i klartext för medborgarna i Oskarshamns sjukhus upptagningsområde förbryllar mig.
Vi är ”ett sjukhus med en akutmottagning”.
Vår akutmottagning har dock en begränsad förmåga att handlägga olika patientkategorier, pga brist på olika specialiteter. Vi är endast bemannade på läkarsidan för att handlägga medicinska patienter dygnet runt alla dagar och så kallade ”primärvårdspatienter” (inbegripet det som ibland kallas ”lättare” kirurg- och ortopedpatienter) mellan kl 08.30-21.30 alla dagar.

För att förtydliga ordet ”akutsjukhus”, ingen myndighet har klart definierat "akutsjukhus" även om detta uttryck ofta används, jag hänvisar till en definition från Wikipedia.

Ett sjukhus ska ge vård till inneliggande patienter samt specialiserad öppenvård. Sjukhusen ansvarar för patienter med sjukdomar eller skador som inte kan utredas eller behandlas inom primärvården.

***Akutsjukhus** syftar i Sverige på ett sjukhus med resurser och beredskap att dygnet runt ta emot akut sjuka patienter. Begreppet har i svensk lag definierats som en "vårdinrättning som är inrättad för sluten vård och som har särskild akutmottagning för den som behöver omedelbar hälso- och sjukvård (1). Socialstyrelsen förklarade år 1994 att ett akutsjukhus ska kunna ta emot alla sjuka och skadade som kräver akut omhändertagande och är i behov av akutsjukhusets resurser. Det gäller till exempel att det ska finnas omedelbar tillgång till operationsavdelning, intensivvård och röntgenundersökning, och jourverksamhet inom ett stort antal specialiteter (2).*

1. Lag (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan

2. Regeringens proposition 2004/05:145: Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus

Konsekvensanalys inför eventuell ändring av IVA-verksamheten vid Oskarshamns sjukhus

Medicinkliniken Oskarshamn

Vi, överläkare vid Oskarshamns medicinklinik, har informerats om att det pågår diskussioner kring IVAs framtid.

Enligt vår mening, vore en avveckling av IVA synnerligen beklaglig, inte minst ur patientsäkerhetsperspektiv. Skulle det ändå gå därhän, vill vi dels peka på konsekvenserna för medicinklinikens verksamhet, dels visa på vilka förutsättningar som i så fall krävs för en fortsatt säker och högkvalitativ vård.

Den uppenbara konsekvensen är att intensivvårdskrävande patienter inte längre kommer att kunna vårdas vid sjukhuset. Alla patienter med sviktande vitala funktioner (andning, medvetande, cirkulation), måste därför akut stabiliseras och omgående transporteras till annat sjukhus. Detta gäller även HIA patienter som utvecklar cirkulationssvikt med behov av mer än ett inotropt läkemedel. Det måste alltså finnas ständig tillgång till narkospersonal (sköterska på plats; läkare i minst beredskap A) samt lokal och utrustning för detta. Det är också viktigt att det finns tydliga och bindande avtal mellan länets sjukhus, rörande kriterierna för IVA-vård, samt vart dessa patienter skall transporteras. För att förebygga tidskrävande, patientfarliga och onödiga diskussioner om ansvarsfördelning för varje enskild IVA-vård krävande patient behövs tydliga riktlinjer vart vissa patientkategorier med fördel ska omhändertas (antingen IVA Kalmar eller Västervik).

Utöver instabila patienter enligt ovan, kommer vissa andra grupper att behöva överföras för IVA-vård, exempelvis neuromuskulära sjukdomar med överhängande respiratorbehov, status epileptikus som ej snabbt svarar på behandling, deliriumpatienter i behov av djup sedering. Patienter med subarachnoidalblödning, som inte akut skickas till neurokirurgisk klinik, behöver också överföras till IVA, lämpligen i Västervik pga närhet till US.

När IVA-behovet upphört, skall patienten överföras till vanlig vårdavdelning. I nuläget kan detta ordnas genom transporter inom huset med kort varsel. Om IVA-vård bedrivits på annat sjukhus, fordras ambulanstransport och att vårdplatser "öronmärks" flera timmar innan de beläggs. Man måste också ha löst frågan om i vilken utsträckning moderkliniken är "skyldig" att återta patienter vid platsbrist.

Transporterna till och från IVA på annat sjukhus kommer att belasta ambulansresursen. Om inte denna förstärks, kommer övriga ambulanstransporter att i motsvarande mån försenas (och redan i dag kan en icke-akut transport mellan sjukhusen dröja åtskilliga timmar). Detta drabbar således indirekt medicinklinikens verksamhet.

Sjukhusets nuvarande "larm-team" (vid hjärtstillestånd och andra urakuta tillstånd) innehåller i dag bl.a. IVA-sjuksköterska. Om denna personalkategori avvecklas måste denna funktion lösas på annat sätt.

Narkosläkare-larm funktionen måste behållas för att hantera akuta försämringar på vårdavdelningar.

Ansvar för fortlöpande utbildning i hjärt-/lung-räddning åligger i dag IVA-sköterskor. Även detta måste överföras på annan personal, och det är självfallet mycket viktigt att kvaliteten då inte blir lidande.

Dessutom kommer ett sjukhus utan IVA sannolikt att bli en mindre attraktiv arbetsplats för flera yrkeskategorier.

Hur skall IVAs nuvarande patienter handläggas om IVA avvecklas?

I nuläget beläggs IVA i Oskarshamn till största delen med patienter som, utan att fylla strikta kriterier för intensivvård, ändå bedöms kräva intensivare övervakning och/eller mer avancerade åtgärder än vad som kan åstadkommas på medicinklinikens avdelningar. Denna patientgrupp innefattar bl.a. (utan någon särskild rangordning):

Intoxikationer

Misstänkt eller konstaterad septikemi, men som (ännu) ej behöver inotropt stöd.

Lungsjukdomar (fr.a. KOL-exacerbationer) med behov av non-invasiv ventilationshjälp (NIV) och/eller tät blodgasmonitorering.

Medvetandepåverkan ner till och med RLS 3 (djupare medvetslöshet bedöms kräva regelrätt IVA-vård).

Anafylaxi utan svårare påverkan på andning eller cirkulation (i annat fall fordras IVA-vård).

Andra tillstånd med risk för allvarlig andnings och/eller cirkulationspåverkan.

Svåra elektrolytrubbningar.

Diabetisk ketoacidos eller uttalad diabetisk hyperosmolalitet.

Pneumothorax med sugbehov.

Elkonvertering

Transesofageala ultraljud

Oklara cerebrala tillstånd där blödning eller meningit kan misstänkas, i avvaktan på CT och likvorsvar.

Lungemboli med trombolysindikation

Lungemboli med allmänpåverkan

Epilepsi med serieanfall eller status epileptikus som ej bedöms fordra intensivvård

För bl.a. dessa patientgrupper behövs, om IVA i nuvarande form avvecklas, en "Medium Care Unit" (MCU) med minst 2 platser med tillgång till NIV och därtill ytterligare 1-2 övervakningsplatser. Den måste ha kontinuerlig tillgång till narkosläkare (beredskap A jourtid, snabb tillgänglighet dagtid – således ej "låst" på operationsavdelningen) och i övrigt

bemannas av sjuksköterskor med lämplig specialistkompetens (dock ej nödvändigtvis fullt utbildade IVA-sköterskor). En bemanning med 2 sköterskor kontinuerligt, varav minst en erfaren, förefaller behövligt

Medicinskt ansvarig på denna enhet bör enligt vår mening vara narkosläkare, med medicinklinikens bakjour tillgänglig för konsultation och samråd enligt dagens modell. Det är viktigt att kunna hantera avvägningar i "gråzonen", både mellan vårdavdelning och MCU och mellan MCU och IVA, samt sköta kommunikationen med mottagande IVA på rätt nivå, och här bedömer vi att narkosläkaren är mest lämpad. Vid en bristsituation, där behovet överstiger tillgången till IVA-platser, bör det också vara narkosläkaren som ansvarar för att hitta lösningar och göra rimliga prioriteringar.

För att denna modell skall kunna fungera fordras klara riktlinjer för de olika vårdnivåerna, samt ett tydligt ledarskap och en anda av ömsesidig tillit och respekt för varandras bedömningar. Men om inte dessa vård- och övervakningsbehov kan tillgodoses på ett betryggande sätt, kan vi inte se hur sjukhuset skall kunna fortsätta att bedriva internmedicinsk akutvård.

Oskarshamn, 2018-12-19

Eisko Blaauwwiekel

Edwin van Asseldonk

Simona Bors

Maaike ten Brummelhuis

Sadegh Dolatabadi

Maaike Verstraaten

Bongomin Otto

Egle Vaiciuliene

Zilvinas Vaiciulis

Olof Torstensson

Konsekvensanalys med anledning av föreslagen ändrad struktur på intensivvårdsavdelningen vid Oskarshamns sjukhus.

Ortopedkliniken vid Oskarshamns sjukhus är sedan 2004 en rent elektiv enhet utan akutortopediskt uppdrag. Inriktningen är till stor del koncentrerad på ledprotesoperationen i höft- och knäleder. Majoritet av våra patienter är friska (ASA klass I-II) med proteskvalificerande artros i höft eller knä. Dock utgör ca 20 - 25% ASA III (riksgenomsnittet ca 20 %). Alla våra patienter får om personliga skäl föreligger träffa narkosläkare inför ingreppet liksom om medicinska skäl föreligger (ASA III).

Under perioden 2017-01-01 till 2018-11-19 (23 månader) utfördes 1355 slutenvårdsoperationer.

Av dessa vårdades 3 stycken kortvarigt på en intensivvårdsplats (2 st. ASA II, 1 st. ASA III)

Fall1: Kramper. Bedömdes initialt som stroke. Blev epilepsi som diagnos.

Fall2: AV- block III. Telemetri. Egentligen HIA patient. Till Växjö för pacemaker.

Fall3: Dålig saturation p.g.a. narkos/morfin då spinalbedövning ej gick att lägga.

Slutsats: Utifrån ovanstående underlag torde avsaknaden av en intensivvårdsavdelning inte påverka den verksamhet som idag bedrivs på ortopedkliniken. I det postoperativa förloppet uppstår andra störningar som mestadels hanteras av medicinkliniken (avdelning 4, 40, 41) alternativt infektionskliniken i Kalmar.

Dan Eriksson

2018-12-10

Verksamhetschef

Ortopedkliniken

Oskarshamn

Datum
2018-12-07

Behovs- och riskanalys för kirurgen angående förändringar av vårdplatser på intensivvårdsavdelningen.

Kirurgverksamheten på Oskarshamns sjukhus är organiserad som en gemensam kirurgklinik i Kalmar och Oskarshamn (KalOskar). Denna klinik har ansvar för kirurgisk vård i den södra regionsdelen inklusive Öland.

Canceroperationer, operationer på svårt sjuka patienter, traumaoperationer, robotoperationer, akuta operationer, det man kan kalla för ”större kirurgi” för hela länsdelen är förlagda till länssjukhuset i Kalmar. Planerade, icke akuta, ”baskirurgiska” ingrepp för folksjukdomar som bråck, gallsten, hudförändringar, hemorrojder, ärrbråck, åderbråck samt utredningsverksamhet i form av gastro- och coloskopier för hela länsdelen är förlagd till Oskarshamns sjukhus. Så har verksamheten varit organiserad sedan starten av KalOskar i februari 2009, det vill säga i 10 år.

Under 2017 gjordes 1374 st operationer på operationsavdelningen samt 683 st gastroskopier och 626 st coloskopier.

Patienter som förutom sin kirurgiska åkomma även har andra sjukdomar som betydligt ökar risken för komplikationer i samband med operation planeras redan från början till operation i Kalmar.

Det kan dock ändå uppstå ett behov av större kirurgisk kompetens, akuta operationsmöjligheter, intensivvård i samband med operation i Oskarshamn till följd av komplikationer. Till exempel svårhanterad kvarstående blödning, perforation av tarm (i samband med coloskopi), kvarvarande gallsten i djupa gallvägar (vid galloperation), långsammare mobilisering än förväntat efter operation. Dessa patienter flyttas då till Kalmar länssjukhus för fortsatt vård.

95 % av förflyttningarna ombesörjs av kirurgavdelningens personal då patienten är opåverkad och stabil i sitt hälsotillstånd.

De senaste tre åren har kirurgen vid tre tillfällen behövt hjälp av intensivvården med stabilisering av patienter inför transport som dock skyndsamt har genomförts utan att patienten har kvarstannat på intensivvårdens avdelning.

För den kirurgiska verksamheten på Oskarshamn är vi inte i behov av regelrätt intensivvårdplats, dock behöver vi en funktion för att snabbt stabilisera och organisera en transport av instabil patient. Behovets storlek uppskattas till 1-2 opererade patienter per år.

Om förändringarna på intensivvården, vilka det nu blir, resulterar i ökade resurser för en funktion för snabbt omhändertagande med stabilisering och transport ser vi snarast en ökad patientsäkerhet för de patienter som opereras på Oskarshamns sjukhus.

Johan Berggren
Tf Verksamhetschef
KalOskar

Håkan Granlund
Överläkare
KalOskar

Bilaga 8. Synpunkter från ambulansverksamheten.

Ambulansperspektiv - IVA Oskarshamn stänger.

Medborgare/kund

- Patienter med akut livshotande symtom och misstanke om eller/och IVA vård ”patienter med svikt eller hotande svikt av vitala funktioner kan få längre handläggningstid i ambulans i mellan länet men samtidigt kan tydligheten gällande destination göra att vårdtillfället totalt blir effektivare och mer patientsäker året runt.

Verksamhet/process

- Två akutsjukhus i länet för IVA vård att välja mellan för ovanstående patienter gör att ambulanstillgänglighet i hela länet ”tid på väg” kan påverkas men förmodligen samtidigt ge effektivare och patient säkrare ambulansprocess.
- Översyn dirigeringsprocess bör göras vid förändring för att beredskapsläge ambulans i län är fortsatt optimal utifrån resurser.
- Antalet IVA transporter från Oskarshamn är inte idag belastande för ambulanssjukvården.

Medarbetare

- Tydligare destination för ovanstående patienter underlättar bedömning av patienters vårdnivå.
- Högre medicinsk kompetens i ambulanssjukvården i länet bör beaktas akutsjukvård ”läkemedel, medicinska åtgärder” för att möte förändrad medicinsk nivåstuktur inom vårdprocessen.

Ekonomi

- Ökat handläggningstid/ärende kan påverka personal- och driftskostnader ambulanser

Hälsningar
Jonas Löf
Basenhetschef ambulanssjukvården i landstinget Kalmar län.
0480-842 02
072-520 43 18
368-0812

Bilaga 9. Synpunkter från VC IVA LSK.

Akutkliniken i Oskarshamn och vår verksamhet har under alla år haft en god dialog och ett gott samarbete runt intensivvårdskrävande patienter.

Vid en eventuell verksamhetsförändring av intensivvårdsavdelningen i Oskarshamn kan vår intensivvårdsavdelning ta emot intensivvårdskrävande patienter från Oskarshamn. Av erfarenhet vet vi att det handlar om ca 1- 2 patienter per månad. Redan nu så skickas en del av patienter till oss för mer avancerad vård och andra möjligheter till behandling av grundsjukdomar inom vissa specialiteter (t ex infektion, kirurgi, neurologi).

Vänliga hälsningar

Sibylle Loo

Bilaga 10. Verksamhetschef IVA Västervik.

Intensivvårdsavdelningen i Oskarshamn har under flera år varit begränsade till att handlägga ett visst klientel av intensivvårdspatienter. Under de senaste åren har man vid ett tillfälle haft helt neddragen verksamhet.

I dialog med motsvarande kliniker i Kalmar och Västervik har man ett gott samarbete för att säkerställa omhändertagande, vård och behandling.

Sedan den 1 oktober 2018 har Oskarshamns intensivvårdsavdelning begränsat handläggning av intensivvårdskrävande patienter som är i/bedöms vara i behov av intensivvårdsinsatser till under 24 timmar. Aktuella patienter har istället stabiliserats och skickats vidare till Kalmar eller Västervik. Under perioden har en patient, av dessa skäl, istället vårdats vid Västerviks sjukhus och dess intensivvårdsavdelning.

Ovanstående har hanterats utan problem då patientantalet varit begränsat.

Suzanne Axelsson

Bilaga 11. Verksamhetschef Akutmottagning LSK.

En översiktlig konsekvensanalys för akutkliniken Kalmars verksamhet vid reduktion av IVA-verksamhet i Oskarshamn.

1. Ett mindre, men viktigt ökat inflöde av patienter med allvarliga symptom t.ex. svår bröstsmärta och patienter med svikt i vitala funktioner såsom andning, cirkulation och medvetande.
   Behov av möjlighet till övervakning.
2. Visst ökat inflöde av patienter som införs med ambulanssjukvården (uppskattningsvis 8-10 patienter per dygn).
   Behov av gemensam dokumentation och gemensamma rutiner.
3. Ytterligare, om än begränsad, mängd medicinpatienter vilket kommer medföra behov av ökad bemanning på medicindelen av akutmottagningen (då den resursen redan idag är ansträngd).
   Behov av läkarkompetens inte inräknad.

Vänligen

Björn Flodmark

Verksamhetschef Akutkliniken

Länssjukhuset Kalmar

0480-81303

bjorn.flodmark@ltkalmar.se

Bilaga 12. Verksamhetschef Akutmottagning Västervik.

Vid en stängning av IVA platser vid Oskarshamns sjukhus förmodas kontakter med Akutmottagningen i Västervik bli något fler. När patienter som behöver respiratorvård och HIA övervakning på nuvarande IVA i Oskarshamn exkluderats, har enligt uppgifter från Oskarshamns Akutklinik visat att det handlar om ca 30 patienter/år. Där behöver andra sjukvårdsenheter bli ansvariga framöver. Till detta antal kommer de patienter tillhörande Oskarshamns upptagningsområde, som direkt hänvisas inför ett eventuellt behov av IVA plats. Akutmottagningen i Västervik bedöms kunna hantera det ökade patientantalet under nuvarande bemanning.

MARIKA BERG

Bilaga 13. Verksamhetschef Medicinkliniken LSK

Situation: Hypotetisk förfrågan om konsekvenser för medicinkliniken av ev nedläggning av IVA i Oskarshamn

Bakgrund: Medicinklinikens erfarenhet av verksamhetens vid IVA i Oskarshamn är begränsad till de fall då medicinpatienter snabbt försämrats och därför överförts ifrån IVA i Oskarshamn till IVA i Kalmar. Vid dessa tillfällen har patienterna ofta varit mycket sjuka och krävt vissa resurser ifrån Medicinkliniken i Kalmar i form av riktad specialistläkarkompetens i samband med IVA-vården. Denna extra belastning har varit sällan förekommande och hanterbar.

Analys: Vid en nedläggning av IVA i Oskarshamn ökar sannolikt antalet individer som kommer att behöva överföras till Länssjukhuset. Medicinkliniken i Kalmar har ingen uppfattning i frågan kring volymen då vår insikt i vilken typ av patienter som vårdas på IVA i Oskarshamn är begränsad. Den resurs som kan bli aktuell att användas i Kalmar torde vara specialistkonsultläkaren på respektive sektion som övertar ansvaret för patienten då denne vårdas på IVA i Kalmar. Förutsättningen för denna uppskattning av ökad belastning för medicinkliniken är att patienten efter avslutad IVA-vård direkt återbördas till medicinkliniken i Oskarshamn och inte till vårdavdelning i Kalmar. De sektioner som oftast har patienter på IVA är neurologisektionen, lungsektionen, njursektionen samt kardiologisektionen.

Rekommendation: Vid det senaste sektionsöverläkarmötet på Medicinkliniken 181111 diskuterades ett hypotetiskt scenario där hela den internmedicinska öppenvården vid Oskarshamns sjukhus upphörde. Sektionsöverläkarnas bedömning var att detta scenario sannolikt inte skulle få alltför långtgående effekter på verksamheten i Kalmar då intrycket är att de avancerade patienterna i mellersta länsdelen redan nu är knutna till Medicinkliniken vid Länssjukhuset. Vid ett ökat antal patienter ifrån mellersta länsdelen på IVA i Kalmar bör ju undanträngningseffekter vara oundvikliga. Därmed är det fundamentalt att det är rätt patienter som överförs till Kalmar. Om patienter skall transporteras sex mil blir initialbedömning på plats i Oskarshamn extremt viktig och man kan förutse är att beslut om övertransport kommer att ske i ett tidigare skede i försämringen än om IVA-kapacitet funnits på plats i Oskarshamn. I detta läge blir behovet av en MOA-enhet (lätt-IVA) i Kalmar än mer angelägen för att vid behov kunna triagera och nivåbestämma vårdbehovet av patienterna då de väl kommer till Kalmar. Detta för att inte överutnyttja IVA-vårdplatser. Dialogen mellan ansvarig läkare i Oskarshamn och specialistläkare i Kalmar från såväl medicin som IVA behöver hålla mycket hög kvalitet enligt förslagsvis SBAR och med en tydlig vårdplan för vistelsen i Kalmar utfärdad i samråd mellan de tre intressenterna. En utökad nivåstrukturering av vårdnivåerna (Avd-MOA-IVA) vid länssjukhuset är sannolikt en nödvändig åtgärd om IVA-vården i Oskarshamn läggs ner. Friställda resurser i Oskarshamn bör då kunna användas för att finansiera en MOA-enhet i Kalmar.

I tjänsten

Andreas Hurve
Verksamhetschef
Medicinkliniken, Länssjukhuset i Kalmar

Bilaga 14. Tf Verksamhetschef med klin Västerviks sjukhus

Efter de förutsättningar som är givna angående antal patienter som varit i behov av medicinsk intensivvård (exklusive HIA-patienter) de senaste åren på Oskarshamns sjukhus finns möjligheter i nuläget att vårda denna patientkategori på Västerviks sjukhus, ur medicinklinikens perspektiv. Detta naturligtvis under förutsättning att IVA här i Västervik bedömer sig ha utrymmet och resurserna för uppdraget. När patienterna är i skick för fortsatt omhändertagande på vanlig vårdavdelning behöver vi ha möjlighet att flytta patienterna till hemsjukhuset i Oskarshamn, så länge vårdplatserna på medicinkliniken här i Västervik är oförändrade till antal.

Mvh Annika Huhtasaari

Överläkare

t.f verksamhetschef medicinkliniken Västervik

Bilaga 15. Från Läkarförbundet (dokumentansvarig Edwin van Asseldonk).

Det här är mina personliga synpunkter (som representant för läkarförening) kring utredning om konsekvenserna i fall IVA skulle försvinna från Oskarshamns sjukhus. Dessa synpunkter är INTE Medicinkliniken Oskarshamns synpunkter.

När jag läser de synpunkter som har kommit in från bland annat medicinkliniken i Västervik, ambulanssjukvården och akutavdelningen i Kalmar, undrar jag vilken information de har fått och hur mycket man verkligen har analyserat de möjliga konsekvenserna.

Läkarföreningen anser att utredningen behöver göras strukturerat och detaljerat. En noggrann utredning kommer att ta tid. En implementering kommer ta ännu mycket mer tid.

Konsekvenserna är i stor utsträckning beroende på hur vården på Oskarshamns sjukhus kommer att bli organiserad. Hur ersätts IVAs verksamhet?

- Ingen ersättning?
- Akutvårdsavdelning (AVA) d.v.s. 24h observation och hem eller inläggning därefter?
- Intermediate vårdavdelning (medium care)? Vilka patientkategorier? Vilken bemanning? Vem är ansvarig?

Kommer en ev intermediate vårdavdelning inte vara en form av ersättning som snabbspåret har varit för kirurgi och ortopedi sedan 2004? Detta har aldrig fungerat särskilt bra…
Fungerar IVA i Oskarshamn egentligen inte redan nu som en intermediate vårdavdelning? Ersätter vi då erfaren IVA ssk med oerfaren allmän ssk?

Beroende på hur vården kommer att bli organiserat är bland annat följande frågor aktuella:

Narkosläkare

- Hur kommer narkosläkarbemanningen vara i framtiden? Jobbar de även på operation och hur ska de i så fall bemanna akutteamet?
- När en intuberad eller icke stabil patient ska transporteras till ett annat sjukhus, vem följer med i ambulansen? Vem stannar kvar för ev nya/andra icke stabila patienter?
- Risk för diskussion med Kalmar/Västervik/utomläns vem som ska ta hand om en icke-stabil patient.
- Förändrade arbetsuppgifter. Konsekvenser för rekrytering av nya narkosläkare?

Medicinläkare

- Ökat ansvar/stress kring ’gråzon’ patienter. Kan patienten stanna kvar eller inte?
- Nya arbetsuppgifter på en ev intermediate vårdavdelning? Utbildning?

- Förändrade arbetsuppgifter, mindre exponering för akut sjuka/instabila patienter. Sämre kvalitet på AT och ST-läkar-utbildning? Kommer läkare att söka jobb på ett annat sjukhus?
- Ökat stress kring patientflöde. (Patienter som behöver att komma tillbaka efter IVA-vård eller bedömning eller som ska flyttas). Vem tar beslut att en patient kan och få komma tillbaka (pga platsbrist, hotande platsbrist, tveksam stabilitet)?
- Risk att man i en akutsituation först behöver leta efter en plats.

Läkare

- Vem tar kontakt med IVA Kalmar eller Västervik? Vem bestämmer var patienten ska behandlas?

Medborgare

- Risk för extra transporttid
- Risk för flera transporter (patienter som pendlar mellan IVA och en vanlig vårdavdelning)
- Vem tar hand om gråzon patienter? Patienter som kanske inte direkt behöver IVA-vård men ändå bedöms som icke-stabila?
- Fördröjning av IVA-vård när man behöver leta plats eller när man hamnar i en diskussion var en patient ska behandlas.
- Får läkare Kalmar eller Västervik vägra patienter som medicinläkare i Oskarshamn bedömer som icke-stabila? Vad händer i så fall?
- Får medicinläkare i Oskarshamn vägra patienter från IVA i Kalmar eller Västervik (pga platsbrist, hotande platsbrist, tveksam stabilitet)?
- Vad händer med patientkategorier som nu behandlas på IVA i Oskarshamn men möjligtvis inte på IVA i Kalmar och Västervik. T.ex. intoxikationspatienter, KOL-patienter med behov av NIV, pneumothorax-patienter?
- Patienter i behov av elkonvertering eller transesofagalt ultraljud hjärta tas nu om hand på IVA i Oskarshamn. Hur gör vi i framtiden?

Oberoende av hur vården i Oskarshamn nu kommer att bli organiserat, kommer omorganiseringen att bli mycket omfattande. Vem kommer att leda denna process? Har akutklinikens ledning tillräcklig förtroende från personalen för att kunna göra detta framgångsrikt?

VÅRDFÖRBUNDET

Konsekvensanalys av förändrad verksamhet på IVA i Oskarshamn – Vårdförbundets synpunkter, 2018-12-19

Faktaunderlag – förutsättningar

Konsekvensanalyser

Utifrån det underlag som presenterats för fackliga företrädare, *saknas det fullständig konsekvens-analys från flertalet berörda verksamheter*, förutom IVA i Oskarshamn. Det är även oklart ifall fackliga representanter/skyddsombud haft möjlighet att vara delaktiga. Detta ökar sannolikheten för att allvarliga risker upptäcks först senare i förändringsprocessen, när viktiga beslut redan är fattade.

Statistiskt underlag

Den statistik som presenterats för fackliga företrädare tyder på att majoriteten av de patienter som idag vårdas på IVA inte är i behov av den vårdnivån. Även om man tar med i beräkningen att endast två av fyra platser är IVA-platser, så används idag en stor del av kapaciteten till *övervakning av vårdkrävande patienter från medicinkliniken*.

Vårdnivån för dessa patienter skulle kunna beskrivas som ”medicinsk intermediärvård” (MIMA). Detta avspeglas inte i statistiken ovan. Det borde kunna gå att göra *en djupare analys av denna statistik*. Hur många är respiratorpatienter? Hur många är icke-stabila medicinpatienter (intox, sepsis, KOL, etc.)? Det borde vara möjligt att ge en mer rättvisande bild av den vård som idag bedrivs vid IVA, samt vilka patienter – utöver hjärtsjuka – som idag vårdas på HIA-avdelningen trots icke-stabila tillstånd enligt ovan. Med tanke på den stora förändring av verksamheten som diskuteras är det angeläget att ha ett så fullständigt faktaunderlag som möjligt.

Bemanning – personalpolitik

Till våren 2019 beräknas ca två tredjedelar av sjuksköterskeetjänsterna vara vakanta på IVA. Denna trend har under flera år lett till ökande kostnader för hyrpersonal, samtidigt som de fast anställda specialistsjuksköterskorna (med inriktning IVA) har fått en allt högre arbetsbelastning. Vakanserna har föranletts av förutsägbara pensionsavgångar i kombination med att *den utdragna beslutsprocessen fått engagerade medarbetare att söka sig till andra arbetsplatser/arbetsgivare.* Vårdförbundet har upprepade gånger påtalat det ohållbara i bemanningssituationen. Tyvärr har inte arbetsgivaren i tid genomfört *kraftfulla insatser beträffande villkor och arbetsmiljö*, för att kunna behålla de specialistutbildade sjuksköterskorna.

Utifrån dessa erfarenheter är det viktigt att utforma *en långsiktigt hållbar plan för rekrytering och kompetensförsörjning*, samt att erbjuda attraktiva villkor och en god arbetsmiljö. Detta gäller oavsett vilken verksamhet som kommer att bedrivas på IVA i fortsättningen.

Sammanställt av: Marie Löfstrand, styrelseledamot Vårdförbundet avd. Kalmar
Huvudskyddsombud

VÅRDFÖRBUNDET

Bakgrund – behov

IVA i dess nuvarande form kom till som en följd av *organisationsförändringen på Oskarshamns sjukhus 2004*. Endast mindre förändringar i arbetssättet har gjorts sedan dess. Det har dock under årens lopp förekommit spekulationer kring IVA-verksamhetens framtid, vilket lett till ett ständigt mått av osäkerhet i arbetssituationen bland medarbetarna.

Avsaknaden av ett tydligt beslut angående vilken vårdnivå som ska bedrivas i framtiden, har lett till negativ påverkan beträffande verksamhet, bemanning och arbetsmiljö på IVA.

Det talas fortfarande om Oskarshamns sjukhus som ett *akutsjukhus*. Denna benämning ifrågasätts av många. Idag skickas akuta patienter inom kirurgi och ortopedi, med flera specialiteter, direkt till sjukhusen i Kalmar eller Västervik. Akutmottagningen och IVA i Oskarshamn har medicinpatienter som sin tydliga målgrupp. Många medborgare känner inte till denna struktur. Medarbetarna dock är väl medvetna om skillnaderna i uppdragen. Denna genomgående otydlighet gentemot medborgarna leder till felaktiga förväntningar på den vård som kan erbjudas.

För att kunna utveckla verksamheten i Oskarshamn krävs *ett tydligt beslut om uppdraget*, samt på vilken nivå vården ska bedrivas framöver. Ett klargörande i dessa frågor skulle även kunna leda till en bättre dialog och kommunikation med sjukhusen i Kalmar och Västervik.

Prioriteringar och beslutstöd behöver utarbetas. Vissa patienter pendlar mellan stabilt och icke-stabilt tillstånd. I vilket skede kan dessa ”gråzons-patienter” skickas tillbaka till Oskarshamn efter avslutad IVA-vård i Kalmar eller Västervik? Det är av vikt att lösa problemet att de tre sjukhusen gör olika tolkningar och har olika arbetssätt.

I november 2018 påbörjades en process för att se över konsekvenserna om verksamheten vid IVA i Oskarshamn inte finns kvar i dess nuvarande form. Det är första gången detta uttalas så tydligt av ledningen. I samband med detta borde det dock *även genomföras en genomlysning av behoven*.

Tänkbara konsekvenser av ett förändrat uppdrag

Medborgare

Det kommer finnas *ett fortsatt behov av att kunna stabilisera patienter*, för vidare transport till sjukhusen i Kalmar eller Västervik. För att kunna upprätthålla denna kapacitet är det viktigt att besvara följande frågor:

- Finns det tillräcklig *kompetens* hos både läkare och sjuksköterskor för att kunna stabilisera?
- Vilka behov av *utbildning/fortbildning* finns bland medarbetarna? Hur säkerställer arbetsgivaren att alla får tillgång till detta?
- Kommer *bemanningen* vara tillräcklig för att kunna hantera dessa akutsituationer?
- Vad blir konsekvenserna för medborgarna om stabilisering av icke-stabila patienter inte fungerar som tänkt? Är dessa konsekvenser försvarbara/hanterbara?

Sammanställt av: Marie Löfstrand, styrelseledamot Vårdförbundet avd. Kalmar
Huvudskyddsombud

VÅRDFÖRBUNDET

Verksamhet

Samarbetet mellan sjukhusen i länet kommer även fortsättningsvis vara mycket viktigt.

- *Vad händer med ”gråzons-patienterna”?* Många av dem riskerar att få åka fram och tillbaka flera gånger i ambulans mellan Oskarshamn och Kalmar/Västervik. Räknar de andra två IVA-avdelningarna med att kunna skicka tillbaka dessa patienter till Oskarshamn så snart de renodlade IVA-vårddygnen är över, eller är man beredda att även sköta en viss del av eftervården tills patienten är stabil? Viktigt att utreda patientsäkerhetsriskerna.
- Behövs nya rutiner/*arbetssätt som är gemensamma över länet*?
- Vem fattar beslut om var patienterna ska vårdas? Redan idag förekommer diskussioner mellan sjukhusen, då det blir upp till tjänstgörande medarbetare att lösa frågeställningen i den akuta situationen. Här behövs det *tydligare prioriteringar*.
- *Ambulansen* kan behöva transportera ett ökat antal icke-/semi-stabila patienter mellan sjukhusen. Vilka konsekvenser får detta för patientsäkerheten? Vem säkerställer att det finns tydliga besluts-/destinationsstöd för ambulansen? Finns tillräckliga resurser inom ambulans-verksamheten för att hantera ett ökat antal transporter?
- Det finns en risk att mellanlänets medborgare får längre *handläggningstid* i ambulans. Vad säger forskning och evidens om denna risk?
- Vilken sammansättning och *kompetensnivå är nödvändig i ambulansen* om det blir ett ökat antal transporter av svårt sjuka/icke-stabila patienter? Finns det tillräckligt många specialistsjuksköterskor inom ambulanssjukvård, eller kommer fler behöva rekryteras?

Akuta händelser behöver fortsatt kunna hanteras på Oskarshamns sjukhus. På kvällar/nätter/helger finns ett uppdrag att en anestesisjuksköterska ska finnas som en resurs på Oskarshamns sjukhus, framför allt för att kunna bemanna transporter av svårt sjuka patienter till andra sjukhus.

- Rutiner för *hjärtstopp* – vem gör vad? Vem tar över intensivvårdssjuksköterskans roll?
- Ett nytt/förändrat arbetssätt för larmgrupp hjärtstopp innebär en stor omorganisation som *påverkar samtliga verksamheter*. Påverkan kommer finnas på både patientsäkerhet och arbetsmiljö. Det behövs en risk- och konsekvensanalys, samt arbetsmiljökonsekvens-beskrivning med tillhörande riskbedömning och handlingsplan, vilket ännu inte är genomfört.
- Intensivvårdssjuksköterskorna är idag behjälpliga med att ta artärprov på övriga sjukhuset. Vem tar över denna arbetsuppgift? Hur kan grundutbildade sjuksköterskor fortbildas på ett kvalitetssäkrat sätt för denna arbetsuppgift? *Vilken kompetens behövs i verksamheten?*
- Hur påverkas *uppdraget på jourtid för specialistsjuksköterskor inom anestesi* av en förändrad verksamhet på IVA? Medför förändringen en ökad arbetsbelastning för denna grupp medarbetare? Hur påverkar det attraktiviteten i att arbeta som anestesisjuksköterska på Oskarshamns sjukhus?

Sammanställt av: Marie Löfstrand, styrelseledamot Vårdförbundet avd. Kalmar Huvudskyddsombud

VÅRDFÖRBUNDET

Medarbetare

Bemanning är en central fråga även för den fortsatta verksamheten. En sänkning av vårdnivån kan medföra att specialistutbildade sjuksköterskor ersätts med grundutbildade sjuksköterskor. Detta innebär att det *inte heller kommer finnas tillgång till samma höga kompetens som tidigare*.

- Kommer de intensivvårdssjuksköterskor som nu arbetar på IVA att vilja stanna kvar? Tänker arbetsgivaren även *fortsättningsvis erbjuda dem arbetsuppgifter som avspeglar deras kompetensnivå*? Hur ska arbetsgivaren göra det attraktivt för dem att stanna kvar?
- Flertalet sjuksköterskетjänster är idag vakanta på IVA. Det behövs dock en stomme av *erfarna sjuksköterskor* för att kunna bedriva verksamheten, oavsett uppdrag. Varifrån ska dessa erfarna sjuksköterskor rekryteras?
- Hur ska *sammansättningen i gruppen* se ut mellan grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor?
- *Bristen* gäller idag även gruppen grundutbildade sjuksköterskor, särskilt de med erfarenhet.

- Tillgängligheten till en intensivvårdssjuksköterska dygnets alla timmar har utgjort en trygghet och kunskapsbank för sjuksköterskorna på vårdavdelningarna. Vad händer om denna resurs försvinner? Vem besvarar då frågor inom *sjuksköterskans kunskapsområde omvårdnad*?
- Behov finns av kompetenshöjning för de grundutbildade sjuksköterskor som förväntas utföra sådana arbetsuppgifter, som tidigare utförts av intensivvårdssjuksköterskorna på IVA. Hur säkerställs att detta behov blir uppfyllt? Hur motverkas en ökad arbetsbelastning på vårdavdelningarna i och med denna *förskjutning av arbetsuppgifter*?
- En möjlighet för grundutbildade sjuksköterskor på vårdavdelningarna att utvecklas, om de tilldelas nya arbetsuppgifter till följd av att IVA:s uppdrag förändras. Dock även en källa till otrygghet, särskilt för de som är nya i yrket. Viktigt att beakta AFS 2015:4 om *Organisatorisk och social arbetsmiljö* (OSA), samt att genomföra en arbetsmiljökonsekvensbeskrivning med tillhörande riskbedömning och handlingsplan.
- Påverkar detta *attraktiviteten* i att arbeta som sjuksköterska på Oskarshamns sjukhus?

Ekonomi

Ett minskat behov av hyrbolag innebär visserligen minskade lönekostnader för gruppen intensivvårdssjuksköterskor. Lönekostnaden kvarstår dock för de redan anställda, samt de sjuksköterskor som ska bemanna den fortsatta verksamheten. Det kommer även fortsättningsvis att behövas hyrbolag, tills tillräckligt många sjuksköterskor rekryterats för att bedriva verksamheten med fast anställd personal. Dessutom behöver villkoren förbättras avsevärt för att ge attraktivitet.

- Vilken fortsatt verksamhet är budgeterad och i vilken omfattning? Hur mycket resurser finns för fortsatt användning av hyrbolag under 2019?
- Överhängande *risk för ökning av mängden övertid/mertid* för den befintliga personalen, vilket har effekter både på ekonomi och arbetsmiljö. Hur hanteras övergången till ett nytt uppdrag, så att denna risk minimeras?

Sammanställt av: Marie Löfstrand, styrelseledamot Vårdförbundet avd. Kalmar
Huvudskyddsombud

VÅRDFÖRBUNDET

Avslutningsvis – framtida förutsättningar

Arbetsmiljö

Det behöver genomföras *arbetsmiljökonsekvensbeskrivningar med tillhörande riskbedömning och handlingsplan*, utifrån ett förändrat uppdrag för IVA. Dessa analyser behöver göras systematiskt i samtliga berörda verksamheter. Särskild vikt behöver läggas vid OSA (AFS 2015:4). *Skyddsombuden ska medverka* i detta arbete, genom hela processen.

Vilka *förebyggande åtgärder* behöver vidtas för att säkerställa en god arbetsmiljö under själva förändringsprocessen? Företagshälsovården har en självskriven roll här, i form av *Arbetsmiljö och hälsa* (före detta Landstingshälsan), samt eventuella utomstående resurser.

Ledarskap

Det behövs ett tydligt ledarskap med stort förtroendekapital för att genomföra denna genomgripande förändring i verksamheten. Vem/vilka är rätt personer att driva denna process framåt? Viktigt att medarbetarna kan både känna och bli visade tillit (Tillitsdelegationen, SOU 2018:47).

Dialog och samråd

Det behövs en tydlig och lättöverskådlig *tidsplan* för hela processen. Medborgare, medarbetare och patienter behöver kunna följa var i processen verksamheten befinner sig, samt få återkoppling kring hur arbetet fortlöper. *Kommunikation och dialog* är grundförutsättningar för ett lyckat resultat. Samverkan med de fackliga organisationerna är den främsta vägen till *delaktighet* för medarbetarna.

Utvecklingsmöjligheter

Det är viktigt att identifiera vilka arbetssätt på IVA som är värda att bevara till kommande verksamhet, oavsett uppdrag. Vilken roll är det tänkt att en förändrad verksamhet ska spela i inriktningen för hela sjukhusets uppdrag?

En förändrad vårdnivå på IVA får effekter för hela Akutkliniken, inklusive Akutmottagningen och Operationsenheten. Hur ska det fortsatta samarbetet med Primärvården respektive Ortopedkliniken kunna bedrivas i fortsättningen? Dessa frågor behöver diskuteras vidare.

Att tänka på vid ett avslut

- *Ett värdigt avslut för IVA*. (Lär av det som hände vid omorganisationen 2004.)
- Erbjud pensionerad personal möjligheten att sammanställa en skrift med berättelser från Akutsjukhuset i Oskarshamn. Använd till exempel Länsmuseet som resurs.
- *Avslutningsfest* med inbjudan även till tidigare medarbetare, samt pensionärer.
- Uppmärksamma de intensivvårdssjuksköterskor som bar verksamheten fram till sista dagen.
- Avtackning av Kristina Lönnberg, avdelningschef under 2018-19.
- Avskedsgåvor/minnen.

Sammanställt av: Marie Löfstrand, styrelseledamot Vårdförbundet avd. Kalmar
Huvudskyddsombud

Bilaga 16B

Arbetsmiljöhandbok

Aktivitet:				
Blankett för riskbedömning och handlingsplan vid förändringar i verksamheten				
Dokumentet framtaget av:	Dokumentdatum:	Godkänt av (sign.):	Version:	Sida:
Vårdförbundet	2018/2/10		1	1 (3)

A: Precisera den planerade förändringen

1: Vad består ändringarna av?

Nedstängning av IVA Oskarshamn

2: Var ska ändringarna genomföras?

3: Vilka arbetstagare eller grupper av arbetstagare berörs?

Verksamheten på akutmottagningen i Oskarshamn.

Landstinget i Kalmar län

Arbetsmiljöhandbok

Aktivitet: Blankett för riskbedömning och handlingsplan vid förändringar i verksamheten				
Dokumentet framtaget av:	Dokumentdatum: 2018/2/18	Godkänt av (sign.):	Version: 1	Sida: 2 (3)

B: Resultat av riskbedömning			C: Handlingsplan			
Riskkällor och risker	**Allvarlig risk**	**Annan risk**	**Åtgärder**	**Ansvarig**	**Klart när?**	**Uppföljning/ kontroll**
Hjärtstopp dagtid.						
- Ingen IVA avd. som kan	X					
stabilisera patienten efter						
- Inget IVA som kan föreslå X						
patienten för vidare transport						
- Tunn personal som kan	X					
hjälpa till på akutrummet						
vid hjärtstopp. Vilket						
kommer leda till att övrig						
arbete på akuten hamnar						
att försenas → vilket						
leder till ökad arb.belastning.						

Riskbedömningen genomförd av:

Landstinget i Kalmar län

Arbetsmiljöhandbok

Aktivitet: Blankett för riskbedömning och handlingsplan vid förändringar i verksamheten				
Dokumentet framtaget av:	Dokumentdatum: 2018/12/18	Godkänt av (sign.):	Version: 1	Sida: 2 (3)

B: Resultat av riskbedömning			C: Handlingsplan			
Riskkällor och risker	**Allvarlig risk**	**Annan risk**	**Åtgärder**	**Ansvarig**	**Klart när?**	**Uppföljning/ kontroll**
Hjärtstopp nattetid hanner	X					
vi inte kunna ta ansvar på						
patienten då vi är alldeles						
för få personal som kan						
ge en bra patientvård						
Patientsäkerheten hanner						
försämras betydligt.						
Sepsispatienter kan vi inte	X					
ta ansvar när då det inte						
finns någon IVA som kan						
övervaka dessa patienter						

Många äldre hanner drabbas

Riskbedömningen genomförd av:

samt svårt sjuka pat. när
omedelbar vård hanner förhindras
vilket leder till att patientsäkerheten
kraftigt hanner försämras

Landstinget i Kalmar län

Arbetsmiljöhandbok

Aktivitet:				
Blankett för riskbedömning och handlingsplan vid förändringar i verksamheten				
Dokumentet framtaget av:	Dokumentdatum: ~~ANA~~ 2018/2/15	Godkänt av (sign.):	Version: 1	Sida: 2 (3)

B: Resultat av riskbedömning			C: Handlingsplan			
Riskkällor och risker	**Allvarlig risk**	**Annan risk**	**Åtgärder**	**Ansvarig**	**Klart när?**	**Uppföljning/ kontroll**
Intox						
- Inget IVA som kan	X					
stabilesera pat						
- Inget IVA kommer leda						
till längre handläggnings-						
tider på AKM.	X					
- Flera SSK + USK kommer	X					
stå "lästa" på rummen						
med pat. som vi annars						
kunde gått in med till						
IVA.						

Riskbedömningen genomförd av:

Landstinget
i Kalmar län

Arbetsmiljöhandbok

Aktivitet:				
Blankett för riskbedömning och handlingsplan vid förändringar i verksamheten				
Dokumentet framtaget av:	Dokumentdatum: 2018 2018/12/18	Godkänt av (sign.):	Version: 1	Sida: 2 (3)

B: Resultat av riskbedömning			C: Handlingsplan			
Riskkällor och risker	**Allvarlig risk**	**Annan risk**	**Åtgärder**	**Ansvarig**	**Klart när?**	**Uppföljning/ kontroll**
"Rädda hjärnan" patienter som det visar att dom har en blödning/ostabila.						
- Inget IVA som stabiliserar pat.	X					
- Blödningarna går från röntgen till IVA idag, vart ska pat. gå ist?	X					
- IVA förbereder alltid pat. inför vidare transport till ex. Linköping. Vem ska göra detta nu?	X					

Riskbedömningen genomförd av:

Landstinget i Kalmar län

Bilaga 17. Underbilaga till bilaga 4.

Ur SFAIs (Svensk förening för anestesi och intensivvård) dokument Riktlinjer för svensk intensivvård. *Mina kommentarer i kursiverad stil.*

Syftet med Riktlinjer för svensk intensivvård är att skapa en enhetlig nationell struktur för intensivvårdens organisation, arbetsstruktur och krav på kompetens.

Intensivvårdsarbetet bedrivs i arbetslag med specialiserad vårdpersonal ständigt nära patienten och ska ledas av en läkare med specialistkompetens i anestesi och intensivvård och helst fördjupningsutbildning i intensivvård. *(Det har inte på Oskarshamns sjukhus, oklart hur det ser ut på LSK och Västerviks sjukhus)*

Intensivvård ska kunna bedrivas dygnet runt, årets alla dagar, med bibehållen kvalitet. Hög medicinsk kompetens i anestesi och intensivvård förutsätter goda kunskaper i fysiologi, patofysiologi, farmakologi och immunologi samt i klinisk tillämpning och integration av dessa. Dessutom krävs uppdaterade kunskaper inom modern akutsjukvård avseende klinisk bedömning, behandling och organisation liksom väl utvecklat etiskt förhållningssätt och god samarbetsförmåga.

Intensivvårdsavdelningen bör ha en storlek som kan tillgodose kravet på tillgänglighet samt ha tillräckligt omfattande och krävande verksamhet för att kunskaper och färdigheter ska kunna upprätthållas och utvecklas. *(Tveksamt om vi uppfyller detta på Oskarshamns sjukhus)*

1.3 Definition, intensivvårdsavdelning
För att benämnas intensivvårdsavdelning ska en avdelning kunna behandla manifest svikt i mer än ett vitalt organsystem. För att uppnå detta krävs specialutbildad personal, bemanning, lokaler, resurser och patienter i en omfattning som möjliggör upprätthållande av expertkompetens. *(Tveksamt om vi uppfyller detta på Oskarshamns sjukhus)*
Om patienternas antal eller tillstånd kräver resurser som överstiger avdelningens kapacitet ska åtgärder omgående kunna vidtas för stabilisering och säker transport till annan intensivvårdsavdelning.
En intensivvårdsavdelning ska hålla en hög kompetensnivå såväl medicinskt som tekniskt, samt arbeta multidisciplinärt. Den höga vårdnivån hos en allmän intensivvårdsavdelning utgör en resurs för sjukhusets samtliga kliniska specialiteter. *(Denna resursfunktion kommer att upphöra vid en ev förändring)*

2. KATEGORIER
Här presenteras en kategoriindelning av intensivvårdsavdelningar i Sverige. Man måste dock hålla i minnet att svensk intensivvård genomgår ständig utveckling, liksom sjukvårdsorganisationen. Därför kan det bli nödvändigt med vissa lokala anpassningar av organisation och kompetenskrav. *(Vi har anpassat oss lokalt på Oskarshamns sjukhus)*
Kategoriindelningen avser att vara till ledning när det gäller organisationsstruktur, bemanning, jourkompetens, lokaler och resurser, för att avdelningen ska kunna fullgöra sitt uppdrag i enlighet med uppställda verksamhetsmål.

Jag anser att Oskarshamns sjukhus möjligen kan betraktas som kat 1, vi klarar dock ej krav på tillgång på akutverksamhet i kirurgi och ortopedi.

2. 3 Intensivvård kategori I
Intensivvårdsavdelningar på exempelvis länsdelssjukhus behärskar intensivvård vid akut funktionsnedsättning i flera organsystem, men saknar möjlighet att erbjuda intensivvård på samma nivå som kategori II- och III-avdelningar. Dessa avdelningar uppfyller samtliga krav på organisation,

kompetens och kringresurser enligt rekommendationerna för kategori I (se 6.1) och har en fungerande organisation för säker transport av patienter till och från intensivvård kategori II-III.

(Angående intermediärvård: Säkerhetsaspekter avseende behandlingar som normalt hör hemma på intensivvårdsavdelning skall speciellt beaktas och utvärderas. Eftersom intensivvård i Sverige är, även i internationell jämförelse, begränsad resurs finns risk för indikationsglidning avseende intermediärvård. Sådan glidning behöver aktivt motverkas.) *(Att beakta på om vi ska bedriva förändrad verksamhet på MIVAs vårdplatser)*

Bemanning och jour på huset: En sjukhusbunden anestesi- och intensivvårdsläkare ska dygnet runt ansvara för intensivvårdsavdelningen. Detta gäller definitivt kategori II och III men är i högsta grad rekommenderat även för kategori I. *(Det uppfyller vi inte på Oskarshamns sjukhus, anestesiläkare i beredskap A = 30 min inställelsetid)*

Vid resursbrist och identifierat intensivvårdsbehov, åligger det ansvarig läkare vid intensivvårdsavdelningen att i samråd med moderklinikens läkare ombesörja att adekvat vårdnivå säkerställs. Avsändande enhet ansvarar för dokumentation under transport. För säker transport av intensivvårdskrävande patient till annan enhet, inom eller utom sjuk- huset, ska medföljande personals kompetens, övervakningsutrustning, läkemedel och annan nödvändig utrustning samt möjliga uppkommande behandlingsbehov beaktas. Förändringar i patientens tillstånd ska omedelbart och adekvat kunna åtgärdas.
Ansvarig läkare vid vårdande intensivvårdsenhet ansvarar för att erforderlig mobil utrustning och personalresurser anpassade efter patientens behov medföljer under transporten.
Vid transport mellan sjukhus är det således, oavsett kostnadsansvar, ansvarig läkare vid avsändande enhet som har det medicinska ansvaret för transporten tills detta kan överlämnas till medicinsk ansvarig specialistläkare i annan medicinsk organisation (specialistbemannad transportorganisation eller mottagande klinik). *(Det fungerar bra idag, men då är specialistutbildade intensivvårdssjuksköterskor involverade i stabilisering och transportförberedelser, måste lösas med en annan organisation vid en ev förändring)*

Intensivvårdsavdelningen bör dimensioneras och bemannas så att möjlighet finns att, utan extraordinära åtgärder, ta emot minst 95 % av alla patienter som uppfyller intagningskriterierna (se 3.4).
Faktorer av betydelse för dimensioneringen kan vara:
sjukhusets karaktär, storlek och upptagningsområde
frekvens nekad intagning pga resursbrist
frekvens utskrivning pga egen reursbris,
fördelning akut/elektiv verksamhet
omfattning och karaktär av kirurgisk verksamhet inkl ev subspecialiteter
förekomst/frånvaro av separat HIA/intagningsavdelning/postoperativ avdelning
isoleringsbehov
frekvens oplanerade återintag
tillgängliga specifika resurser på annan enhet, ex non-invasiv ventilation
regionala intensivvårdsresurser och –behov

Intensivvårdsavdelningen ska logistiskt vara separat avgränsad och enbart ha till uppgift att bedriva intensivvård, i vissa fall eventuellt inkluderande avancerad postoperativ övervakning och/eller akut hjärtsjukvård och/eller intermediärvård. *(Vi har anpassat oss lokalt på Oskarshamns sjukhus)*

En intensivvårdsavdelning bör ha minst sex vårdplatser för att vara organisatoriskt effektiv. *(Det uppfyller vi inte på Oskarshamns sjukhus)*

Vårdplatsen ska vara så dimensionerad till yta och utrustning (se 6.3) att intensivvård kan bedrivas utan inskränkningar. Ytan bör vara minst 25 m2 per patientplats i ett enbäddsrum och 20 m2 per patientplats i ett flerbäddsrum. *(Det uppfyller vi inte på Oskarshamns sjukhus)*

Den vård som bedrivs på intensivvårdsavdelningar ska utvärderas, kvalitetssäkras och kvalitetsgranskas.
Alla intensivvårdsavdelningar ska vara anslutna till lämpligt kvalitetsregister och till detta regelbundet leverera data av hög kvalitet. Syftet är att på så sätt garantera kvalitetssäkring och högre kunskapsnivå på såväl det lokala som det nationella planet. Omfattningen av dataleverans på miniminivå utformas i samverkan med kvalitetsregistret. Det etablerade nationella register som fyller funktionen för intensivvård är Svenskt intensivvårdsregister (SIR). *(Det uppfyller vi inte på Oskarshamns sjukhus, pga av vår "annorlunda" verksamhet har man sedan många år tagit ett beslut på Oskarshamns sjukhus om att inte ingå i SIR)*

Läkare som arbetar med intensivvård i Sverige har idag specialistkompetens i anestesi- och intensivvård. *(Kravet uppfyller vi på Oskarshamns sjukhus)*

Sjuksköterskor med vidareutbildning i intensivvård ska krävas för tjänstgöring på intensivvårdsavdelning kategori II-III, och bör krävas för tjänstgöring på intensivvårdsavdelning kategori I. *(Kravet uppfyller vi på Oskarshamns sjukhus)*

Intensivvårdsinriktad undersköterskeutbildning finns i dagsläget endast i begränsad omfattning. Intensivvårdsavdelningar, där undersköterskor deltar i omvårdnadsarbetet, måste därför själva svara för nödvändig påbyggnadsutbildning. *(Kravet uppfyller vi på Oskarshamns sjukhus)*

Ett sätt att uppdatera och öka sjukhusets medicinska kompetens beträffande diagnostik och behandling vid sviktande vitala funktioner är att intensivvårdsavdelningens personal vidareutbildar annan personal vid sjukhuset. Intensivvårdens medicinska kompetens bör också vara lätt tillgänglig via telefonförfrågan eller via besök på vårdavdelning såväl inför planerad som efter genomförd intensivvård. *(Denna resursfunktion kommer att upphöra vid en ev förändring)*

6.1. Organisation beroende på intensivvårdskategori

<u>För IVA enheter kat 1 + = krav</u>, **(+)** = önskvärt

Oskarshamns sjukhus MIVA = ev kat 1

Kompetenskrav och ledningsfunktioner, ledningsansvarig läkare
Specialistkompetens i anestesi och intensivvård +
Fördjupningsutbildning i intensivvård inkl EDIC (+)
Medicinskt ledningsansvar +
Ekonomiskt ansvar (+)
Omvårdnadsansvar +
Utbildningsansvar +
Andel av tjänst inom intensivvård >50% *(Det uppfyller vi inte på Oskarshamns sjukhus, ingen av nuvarande kollegor önskar tjänstgöra så även om det är möjligt schematekniskt)*

Kompetenskrav och ledningsfunktioner, ledningsansvarig sjuksköterska
Legitimerad sjuksköterska +
Specialistutbildning i intensivvård (+)
Personalansvar (ej läkare) +
Omvårdnadsansvar +

Ekonomiskt ansvar +
Utbildningsansvar +
Andel av tjänst inom intensivvård >75%

Bemanningskrav, kontorstid
Ledningsansvarig läkare +
Läkare med specialistkompetens i anestesi och intensivvård (antal per vårdplats) 1/avd
Läkare under utbildning (ST eller AT) (+)
Ledningsansvarig sjuksköterska +
sjuksköterska, vidareutbildad i intensivvård (+)
Annan vårdpersonal under utbildning (+)
Kliniskt verksam vårdpersonal inkl läkare (antal per patient) 0,67-1
fysioterapeut (andel av heltidstjänst) 25-50%
Kurator (andel av heltidstjänst) 10-25%

Kringresurser, dygnet runt
Akutmottagning +
Apotek (+)
Blodcentral +
Klinisk fysiologi med EKO-service (+)
Klinisk kemi, inkl. Toxikologi +
Klinisk mikrobiologi (+)
Operationsavdelning (+)
Röntgen (+)

Kringresurser, kontorstid
IT-stöd +
Medicinsk teknik +
sekretariat +
Smittskydd och vårdhygien +

Kringresurser, övriga medicinska specialiteter
Gynekologi och obstetrik (+)
Infektion (+)
Kardiologi (+)
Kirurgi + *(Det uppfyller vi inte på Oskarshamns sjukhus, anpassad verksamhet)*
Medicin +
Nuklearmedicin (+)
Ortopedi + *(Det uppfyller vi inte på Oskarshamns sjukhus, anpassad verksamhet)*
Patologi (+)
Pediatrik (+)
Urologi (+)
ÖNH-kirurgi (+)

Tillgänglighetskrav, primärjour intensivvård *(Det stämmer inte överens med hur vi arbetar på Oskarshamns sjukhus, vi har en specialist i tjänst på Oskarshamns sjukhus, i beredskap A utanför kontorstid)*
Dygnet runt +
Sjukhusbunden (+)

Bilaga 18

Undersköterskorna på IVA

- Undersköterskorna får ta större ansvar.
- Blir det fler undersköterskor, hur tar man tillvara på deras kompetens och hur utbildas dom.
- Finns även en oro att det blir färre undersköterskor.
- När det plötsligt kommer en patient med något speciellt så förväntas det att undersköterskorna har den kompetensen.
- Undersköterskorna har fått mycket positiv kritik att de är duktiga.
- Just nu svårt att ta emot elever för ingen vet vad som kommer att hända.
- De har fullt upp att hålla uppe varandra.
- Vad händer med IVA.... Tas det bort något nu så går det inte att ta det tillbaka.

Undersköterskorna på IVA i Kalmar

- Påverkas av en högre belastning av patienter.
- Utökning av platser.
- Utökning av personal.

Undersköterskor på IVA i Västervik

- Högre arbetsbelastning och fler patienter.
- Oro för helger och nätter.
- Påverkan av antal personal.
- Visste inget om detta.