

Risicanalys

Vård 2010/Bröstverksamheten

1 Inledning och bakgrund

Samtliga verksamhetsförändringar inom ramen för projekt vård 2010 skall riskanalyseras före driftstart. Analysen av den nya bröstverksamheten skall omfatta de tre huvudverksamheternas (Kirurgkliniken, Patologkliniken och Radiologiska kliniken) arbetsprocesser. Analysen har utförts som en planerad aktivitet i projektet. Analysteamet bemannades av respektive verksamhetschef och omfattade företrädare för respektive kliniks olika professioner.

2 Uppdragsgivare

Bengt Ekelund, verksamhetschef på Kirurgkliniken och ordförande i delprojektets chefsgrupp.

3 Uppdrag

Analysen skall klargöra risker, orsaker, åtgärdsförslag och ansvarig för åtgärd av identifierade risker. Risker som hanteras ligger inom bröstverksamhetens arbetsprocess. Huvudfokus skall tidsmässigt ligga vid tidpunkten för överflyttning/driftstart och de närmast påföljande veckorna. Som underlag för analysen skall bröstprocessen användas vilken omfattar såväl hälsokontroller (mammografiscreening) som diagnos och åtgärd av bröstcancersjuk kvinna. Riskanalysen avgränsas till de nya risker som skapas relaterat till strukturförändring och nyttjande av ny teknik. Riskanalysen avgränsas dessutom till de risker som skapas för processens kunder, dvs patienterna/kvinnorna.

4 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i arbetsgruppen;

Namn	Roll / funktion /yrkesgrupp	Enhet
Heidi Hagen-Kersten	Radiolog och medicinskt ansvarig	Radiologiska kliniken/mammografienheten
Viktoria Martinsson	Samordnare	Radiologiska kliniken/mammografienheten
Helene Persson	Röntgensjuksköterska	Radiologiska kliniken/mammografienheten
Helene Aronsson	Läkarsekreterare	Radiologiska kliniken/mammografienheten
Berit Thomsen	Avdelningschef	Radiologiska kliniken/mammografienheten
Stellan Persson	Patolog	Patologkliniken
Kenth Olofsson	Verksamhetschef	Patologkliniken
Mariette Styrenius	BMA och avdelningschef	Patologkliniken
Ann-Christine Larsson	BMA	Patologkliniken
Margareta Åberg	Avdelningschef	Kirurgkliniken/Bröstenheten
Helene Bryngelsson	Bröstsjuksköterska	Kirurgkliniken/Bröstenheten
Carin Wångblad	Överläkare	Kirurgkliniken/Bröstenheten
Anja Lundberg	Överläkare	Kirurgkliniken/Bröstenheten
Anette Gustavsson	Bröstsjuksköterska	Kirurgkliniken/Bröstenheten

5 Metodik

Risken analysen har gjorts enligt metodiken i den nationella handboken händelse- och riskanalyser. ("Händelseanalys & Riskanalys, Handbok för patientsäkerhetsarbete, 2005,) Handboken finns att ladda ner på <http://www.socialstyrelsen.se/>

6 Resultat

Sammanlagt identifierades 28 risker. Av dessa fick 15 stycken riskpoäng 8 eller mer.

Screena

I denna delprocess identifierades en risk som kan leda till att intervallen för hälsokontrollen (Bröstscreening) blir försenad vilket ger ett intervall på med mer än 24 mån. Detta i sin tur innebär försenad diagnos, större bröstcancer och försämrad prognos. En av de bakomliggande orsakerna är att uppställningsplatserna inte blir klara i tid. Man hittar inte en fungerande kommunikationslösning. Denna orsak borde elimineras genom att säkerställa en fungerande kommunikationslösning mellan Buss och bröstcentrum (RIS och PACS).

Ansvarig för åtgärdsförslaget är delprojektledare för bröstprojektet.

En annan bakomliggande orsak är brist på röntgensjuksköterskor med beslutad bemanningsnivå, det saknas fungerande schema. Denna risk kan elimineras genom att arbeta fram ett fungerande schemaförslag.

Ansvarig för åtgärdsförslaget är avdelningschefen för Radiologiska kliniken/mammografienheten.

Ytterligare en bakomliggande orsak är att den teoretiska beräkningen av sekreterarbemanningen är för låg. Denna kan åtgärdas genom att invänta reduktion av bemanning tills förändringen har satt sig.

Ansvarig för åtgärdsförslaget är avdelningschefen för Radiologiska kliniken/mammografienheten.

Selektion

I två av delprocesserna finns aktiviteten selektion kopplat till screeningen och mammografienheten där det identifierades två risker.

- Den ena risken är att för låg radiologbemanning leder till försenad diagnos och försämrad prognos. Den bakomliggande orsaken är att verksamheten har bestämt att radiologbehovet är 3,5 tjänster och att den nuvarande nivån vid flytt är 1,5 tjänst(er). Denna risk kan begränsas genom att satsa på mer offensiv annonsering av radiologer eller att använda teleradiologi för screening och selektion.
- Den andra risken är att den ökade volymen (fler selekterade) i förhållande till att det inte finns tillräckligt med radiologer leder till försenad diagnos och försämrad prognos. Den bakomliggande orsaken är att man har beslutat att utöka åldersintervallet och att verksamheten har bestämt att radiologbehovet är 3.5 tjänster och att nuvarande nivå vid flytt är 1,5 tjänst(er). Denna risk kan begränsas med mer offensiv annonsering för rekrytering av radiologer.

Ansvarig för åtgärdsförslagen är verksamhetschefen för Radiologiska kliniken.

Remiss från remittent, selektion och remiss från bröstmottagningen

I dessa aktiviteter identifierades risken att patienten inte blir kallad, eller kallas för sent till undersökning. Den bakomliggande orsaken är ett ändrat remissflöde. Denna risk borde elimineras genom att utbilda i och informera om ett nytt remissflöde.

Ansvarig för åtgärdsförslaget är processteamet.

Utföra klinisk mammografi/kompletterande undersökningar

I denna delprocess identifierades produktionsnedgång som leder till försenad diagnostik och försämrad prognos för patienterna som en risk. Den bakomliggande orsaken är teknikbyte. Denna risk kan begränsas genom ett välplanerat införande där personalens utbildningsbehov tillgodoses på bästa sätt. Ansvarig för åtgärdsförslag är delprojektledaren för bröstverksamheten.

Mammografienheten

I denna delprocess identifierades risk för försenad diagnostik och försämrad prognos för patienterna. Den bakomliggande orsaken är en för låg bemanning av Radiologer. Denna borde begränsas genom en mer offensiv annonsering för rekrytering av radiologer.

Ansvarig för åtgärdsförslaget är verksamhetschefen för Radiologiska kliniken.

Patologkliniken

Tre risker identifierade inom patologkliniken.

- Två risker är identifierade som härrör till patologklinikens lokaler och utrustning. Om lokalerna inte är klara i tid kan inte utrustningen installeras. Detta medför att valideringsprocessen inte går att genomföra och att utrustningens funktion inte kan säkerställas. Denna risk kan elimineras genom att säkerställa att patologklinikens lokaler och utrustning blir klar på utsatt tid.
- Den tredje risken är förlagd till bristen på patologer. Förlängd svarstid samt transport av prover till NÄL kan komma att ske vid semester och oplanerad frånvaro. Risken kan elimineras med god logistik mellan sjukhusen samt en offensiv rekrytering av patologer.

Slutsvar. Digital diktering

I denna delprocess identifierades risk för att skriftliga svar inte kan förmedlas från patologen till kirurg- och eller mammografiläkare. Den bakomliggande orsaken är teknikbyte. Denna risk kan begränsas genom att den nya tekniken kan valideras ordentligt före planerad driftstart. Ansvarig för åtgärdsförslaget är Maria Ödwall, klinikkontaktperson för IS/IT frågor.

Preparera och diagnostisera, transport av preparat mellan Uddevalla sjukhus och NÄL

I denna delprocess identifierades risken att patienten får en försämrad eller försenad diagnostik. Den bakomliggande orsaken är för lång transporttid så att preparatet förstörs och detta leder till att diagnostiken försenas. Denna risk borde elimineras genom att säkerställa transportbehov i dialog med regionservice.

Ansvarig för åtgärdsförslaget är delprojektledaren för bröstverksamheten tillsammans med verksamhetschefen för Patologkliniken.

Genomföra besök på bröstmottagningen

I denna delprocess identifierades risken att patienter med signifikant patologi inte blir undersökta i tid. Den bakomliggande orsaken är att olika möten med processorientering och projektarbete tar tid från verksamheten. Denna risk måste accepteras.

Genomföra besök på bröstmottagningen

I denna delprocess med dess aktiviteter identifierades risk för att patienterna inte blir bedömda eller behandlade i tid. Den bakomliggande orsaken är för få bröstkirurger. Denna risk kan begränsas genom att rekrytera och utbilda.

Ansvarig för åtgärdsförslaget är verksamhetschef för Kirurgkliniken, Bengt Ekelund

24-Timmarsvård

I denna delprocess identifierades risken för att patienten inte kan vårdas enligt 24-timmarskonceptet under sommarstängningsperioden. Den bakomliggande orsaken är att 24-timmarsvården inte är anpassad för drift under semesterperioderna. Denna risk borde elimineras genom att planera för åtgärd av bröstpatienter i 24-timmarkonceptet även under semesterperioder. Ansvarig för åtgärdsförslaget är verksamhetschef för Kirurgkliniken, Bengt Ekelund.

Onkologi

I denna aktivitet identifierades en risk som kan medföra att besked till patienten fördröjs och att behandlingen fördröjs med upp till en vecka. Den bakomliggande orsaken är att onkologkonsulten inte finns tillgänglig i tillräcklig utsträckning. Denna risk kan begränsas genom utökad samplanering och överenskommelse med JK/SU om att resursen behöver finnas tillgänglig vid den terapeutiska konferensen.

Ansvarig för åtgärdsförslaget är verksamhetschefen för Kirurgkliniken, Bengt Ekelund

7 Slutsatser och kommentarer

Analysteamet har inte identifierat någon risk som ifrågasätter överflyttningen av verksamheten, samtidigt finns det ett flertal risker som projektet och linjen både kan och måste hantera inför överflyttning av verksamheten.

Sammantaget innebär inte riskanalysen att några nya okända allvarliga risker identifierades vilket analysgruppen både konstaterade och upplevde som positivt.

8 Tidsåtgång

	Arbete i analysgruppen	Planering och dokumentation
Antal man-timmar	100 h	32h

Tidsåtgången för riskanalysen är sammanlagt 132 mantimmar. Analysen påbörjades den 10/12 2008 och avslutades den 10/12 2008. Analysgruppen träffades vid 1 tillfälle, under perioden. Rapporten avlämnades till uppdragsgivaren Januari månad 2009.

9 Uppdragsgivarens kommentarer

När det gäller analysen så avslöjades inte några nya risker, samtidigt var det analysgruppens slutsats att det genomförda arbetet tjänade ett gott syfte eftersom helheten kunde genomlysas med samtliga verksamhetsrepresentanter på plats. Att inga nya, allvarliga risker identifierades skapade en bra känsla inför genomförandet. Samtidigt kan det bara konstateras att den bristande bemanningen av patologer, radiologer och även i viss mån bröstkirurger är allvarlig och måste lösas. Analysen visar att rekryteringsläget för dessa specialister är den avgjort viktigaste faktorn för vilka risker som flytten kan komma att medföra. Ett aktivt arbete för att rekrytera specialister inom patologi, mammografi och bröstkirurgi pågår. Det föreligger i dagsläget en kvarstående osäkerhet avseende rekryteringsläget efter flytten. En planering av verksamheten utifrån olika förutsättningar har gjorts i syfte att minimera de ovan beskrivna riskerna.

10 Förekommande begrepp

I rapporten förekommer följande begrepp och en förklaring kan vara av värde vad som avses med de olika begreppen.

Risk	möjlighet att en negativ händelse ska inträffa (Socialstyrelsens termbank)
Orsak	tillstånd, händelse eller handling, eller utebliven handling, som har gett eller kan ge upphov till en negativ händelse eller tillbud
Bakomliggande orsak	Orsak, oftast på systemnivå, som om den åtgärdas minskar risk
Risikanalyt	systematisk identifiering och bedömning av risk
Åtgärd	den åtgärd som bedöms eliminera eller minska risken
RIS och PACS	RIS, Radiologiskt informationssystem. Administrativt system, hantera bokningar, kallelser, remisser och svar. PACS, P icture A rchive C ommunication S ystem. System för hantering och lagring av digitala röntgenbilder.
Snoddar	Sentinal node. Radioaktiv metod för kontroll av spridning av cancerceller till lymfsystemet i kvinnans armhåla under pågående operation.
Kryostat	Maskin för infrysning av vävnadsprover.
Preparatet	Det vävnadsprov som tagits under operationen och som patologen ställer sin diagnos utifrån.
Signifikant patologi	Säkerställd sjuklig förändring
24-timmarskonceptet	Vårdform inom NU-sjukvården som medger elektiv operation i öppenvård med möjlighet för patienten att övernatta (max 24h på sjukhus).

11 Bilagor

Här redovisas rapportens bilagor.

Bilaga 1: Processbeskrivning (bifogas som separat dokument)

Bilaga 2: Samtliga identifierade risker, orsaker och åtgärder (bifogas som separat dokument)

Bilaga 3: Skolor för riskbedömning (bifogas sist i rapporten), revidera om andra skolor använts

Allvarlighetsgrad

<p>Katastrofal (4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • dödsfall eller större kvarstående funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) • självmord • operation/åtgärd på fel patient eller fel kroppsdel
<p>Betydande (3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • kvarstående måttligt nedsatt funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk intellektuell eller psykologisk) • kirurgiskt ingrepp krävs • förlängd vårdtid* för tre eller fler patienter • högre vårdnivå för tre eller fler patienter
<p>Måttlig (2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • övergående funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk intellektuell eller psykologisk) • förlängd vårdtid* för en eller två patienter • högre vårdnivå för en eller två patienter
<p>Mindre (1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • obehag eller obetydlig skada <p>-----</p> <p>*) med förlängd vårdtid avses att hela vårdepisoden förlängs inom slutenvård och/eller öppenvård</p>

Sannolikhet

<p>Mycket stor (4)</p>	<p>Inträffar dagligen</p>
<p>Stor (3)</p>	<p>Inträffar varje vecka</p>
<p>Liten (2)</p>	<p>Inträffar varje månad</p>
<p>Mycket liten (1)</p>	<p>Inträffar 1 gång per år eller mer sällan</p>