



Riskanalys

**Patientsäkerhetsrisker vid stängning av akut kirurgi och ortopedi
i Sollefteå perioden 18/7-28/8**

Mars 2016

Sammanfattning

Risicanalys ur patientsäkerhetsperspektivet enligt metoden i ”Handbok för risk- och händelseanalys” genomfördes den 23 mars i Sollefteå. Det scenario som analyserades var ett bortfall av kompetens medförande att akut ortopedisk och akut kirurgisk vård inte kunde bedrivas vid Sollefteå sjukhus under en sexveckorsperiod under juli-augusti 2016.

Risicanalysen genomfördes framförallt med lokalt perspektiv samt för berörd transportorganisation. Risker och konsekvenser för övriga länsverksamheter är inte analyserade.

Uppdraget är att beskriva och bedöma risker, bakomliggande orsaker och föreslå åtgärder som kan eliminera eller begränsa riskerna.

Risicanalysen påvisar patientsäkerhetsrisker med höga risktal som i scenariots nuvarande utformning och tidssättning bara delvis kan elimineras eller begränsas genom föreslagna åtgärder. De bakomliggande orsakerna till kvarstående patientsäkerhetsrisker är kompetensbrist, brister i transportkapacitet och bortfall av stöd till annan pågående verksamhet samt tidssättning för nya arbetssätt.

1 Inledning och bakgrund

På uppdrag av nedanstående genomfördes riskanalys ur patientsäkerhetsperspektiv för att åskådliggöra vilka risker som kan uppstå vid ett tänkt scenario där akut kirurgi och ortopedi stängs ned i Sollefteå under 6 veckor sommaren 2016.

2 Uppdragsgivare

Uppdragsgivare är sjukhusdirektör Nina Fållbäck Svensson samt verksamhetschefer Leif Israelsson och Johan Nilsson.

3 Uppdrag

Scenariot som analyserades:

Under perioden 18/7 – 28/8 kommer kirurgisk och ortopedisk verksamhet att minska vid Sollefteå sjukhus, akuta kirurgiska och ortopediska fall kommer inte att kunna handläggas vid sjukhuset.

Det kommer att finnas kirurgisk kompetens vid sjukhuset dagtid vardagar med uppgifter som mottagning, mindre elektiva operativa ingrepp och ronder på avdelningen – men inte att fylla någon jourlinje eller för att bedöma akuta inkommande fall.

Det kommer att finnas en ortopedisk kompetens vid sjukhuset dagtid vardagar med uppgifter som mottagning och eventuellt mindre elektiva ingrepp men inte att fylla någon jourlinje eller för att bedöma akuta inkommande fall.

Medicinsk verksamhet (allmän internmedicin, geriatrik-rehabilitering-stroke och kardiologi) kommer att fortsättas och likaså kommer anestesilogisk kompetens att finnas.

Två AT-läkarjourlinjer kommer att finnas, den ena jourlinjen profileras mot internmedicin och den andra mot primärvård.

6 Resultat

Avgränsningar, perspektiv och förutsättningar

- Det scenario som analyserades rör perioden 18/7 – 28/8.
- Scenariot utgår ifrån att det på akutmottagningen kan bemannas med den ordinarie AT-läkaren från medicin samt ytterligare en med profilering mot primärvård.
- En förändring av denna art får eller kan få följdverkningar även för andra verksamheter. En begränsning av deltagare från andra verksamheter har skett då analysgruppens storlek och arbetsuppgift annars skulle bli för stor. Fokus har varit på det lokala perspektivet. Representanter för transportorganisation samt länsverksamhet utanför Sollefteå för ortopedi och kirurgi har deltagit.

Risker, orsaker och åtgärdsförslag

Riskidentifieringen utfördes för varje riskområde enligt processbeskrivningen (för närmare information om metod se: [Handbok Riskanalys](#)). Analysen omfattar även en orsaksanalys. De bakomliggande orsakerna ligger till grund för åtgärdsförslagen. Det är vanligt att samma bakomliggande orsak har identifierats för flera olika risker. Samtliga risker, bakomliggande orsaker och åtgärdsförslag redovisas i tabellform i bilaga.

Nedan presenteras de risker som identifierats och har ett risktal på åtta eller mer, riskernas orsaker och de åtgärdsförslag som analysgruppen tagit fram.

AT-LÄKARE MED PRIMÄRVÅRDSUPPDRAG PÅ AKUTEN

Utformningen av stödet till AT-läkaren med primärvårdsuppdrag. Dennes "bakjour" har 2h inställetid.

- **Risk 1:2;** Risk för felbedömning/felhantering för kirurgiska patienter.
 - **Bakomliggande orsak:** Kompetensbrist/bristande erfarenhet.
 - **Åtgärdsförslag:** Beredskap A för primärvårdsbakjour (30min inställetid). Förbättra möjlighet att konsultera kir/ort-kompetens i Sundsvall (möjligen använda telemedicin).
- **Risk 1:3;** Risk för felbedömning/felhantering för övriga patientkategorier (ex. ögon).
 - **Bakomliggande orsak:** Kompetensbrist/bristande erfarenhet.
 - **Åtgärdsförslag:** Beredskap A för primärvårdsbakjour (30min inställetid). Förbättra möjlighet att konsultera kir/ort-kompetens i Sundsvall (möjligen använda telemedicin).
- **Risk 1:4;** Risk att det inte finns AT-läkare (primärvård) och bakjour till denne att få tag på.
 - **Bakomliggande orsak:** Finns inte läkare att tillgå. Det frångår dessutom planeringen för AT att utforma tjänstgöring på detta sätt (saknas bl.a. handledare).

- **Åtgärdsförslag:** Använda akutläkare istället.

Feltriagering, att AT-läkaren får fall som borde hanteras av specialist

- **Risk 3:3;** Risk att patienter feltriageras och att AT-läkaren får specialistfall. Ses mindre risker avseende kirurgiska/ortopediska patienter men stora risker med ex. ögonpatienter.
 - **Bakomliggande orsak:** Kompetensbrist/bristande erfarenhet.
 - **Åtgärdsförslag:** En ökad kompetens med ex. akutläkare skulle minska risken.

För samtliga ovanstående risker ses de elimineras eller minska avsevärt om det skulle vara möjligt att använda sig av akutläkare istället.

PÅVERKAN PÅ AKUTMOTTAGNINGEN

Förändringen skulle kräva ett ändrat sätt att triagera patienterna för akuten

- **Risk 2:1;** Nytt arbetssätt riskerar leda till att patienter hamnar fel (samt att i inledningsskedet många patienter triageras för högt).
 - **Bakomliggande orsak:** Nytt arbetssätt och för kort tid att införa detta.
 - **Åtgärdsförslag:** Risk kvarstår, närvaro av en ökad kompetens med ex. akutläkare skulle dock minska risken.

Följder för vården på akuten

- **Risk 8:1;** Medicinkliniken har ingen att konsultera.
 - **Bakomliggande orsak:** Kompetensbrist.
 - **Åtgärdsförslag:** Se till att det finns kompetens.
- **Risk 8:2;** Försenade transporter från Sollefteå ökar belastningen på akuten och därmed riskerna för övriga patienter.
 - **Bakomliggande orsak:** Kompetensbrist/bristande transportkapacitet.
 - **Åtgärdsförslag:** Se till att det finns kompetens/transportresurser.

TRANSPORTORGANISATIONEN

Brist på ambulanser till följd av ökad belastning

- **Risk 4:1;** Risk att behovet överskrider tillgången och att patienter inte får transport.
 - **Bakomliggande orsak:** Kapacitetsbrist.
 - **Åtgärdsförslag:** Öka transportkapaciteten, se över alternativa transportsätt. Bättre prioritering av transporter inom vården.

- **Risk 4:2;** Utträngningseffekter: Att ex. rädda hjärnan och AMI inte får vård i tid
 - **Bakomliggande orsak:** Kapacitetsbrist.
 - **Åtgärdsförslag:** Öka transportkapaciteten, se över alternativa transportsätt. Bättre prioritering av transporter inom vården.

Risk under själva transporten av patienter i behov av vård

- **Risk 6:1;** Risk med/under transport av kirurgiska patienter (planerat till Sundsvall).
 - **Bakomliggande orsak:** Tidsfördröjning.
 - **Åtgärdsförslag:** Ökad transportkapacitet.
- **Risk 6:3;** Risk med/under transport av höftfrakturer.
 - **Bakomliggande orsak:** Tidsfördröjning.
 - **Åtgärdsförslag:** Ökad transportkapacitet. Se till att flödet för denna patientgrupp är optimerat.

Att öka transportkapaciteten ses svårt att genomföra med kort varsel. Inköp av bil samt anskaffande och utbildning av personal beräknas kunna ta upp till ett år.

PÅVERKAN PÅ NÄRLIGGANDE VERKSAMHETER

Inneliggande patienter på kir/ort i Sollefteå

- **Risk 9:1;** Det kan uppstå problem med inneliggande kir/ort-pat där planen är att bakjour i Sundsvall skall kontaktas.
 - **Bakomliggande orsak:** Frånvaro av kompetens.
 - **Åtgärdsförslag:** Se till att det finns kompetens på plats alternativt ej bedriva vård.

Detta problem anses kvarstå även om alternativet med akutläkare skulle införas.

Om det uppstår problem hos patienterna på medicinavdelning

- **Risk 10:1;** Att det uppstår kirurgiska problem hos inneliggande medicinpatienter som ej kan hanteras.
 - **Bakomliggande orsak:** Frånvaro av kompetens.
 - **Åtgärdsförslag:** Se till att det finns kompetens alternativt acceptera risk.

Om det uppstår problem hos IVA-patienterna

- **Risk 11:1;** Att det uppstår kirurgiska problem hos IVA-patienter som ej kan hanteras.
 - **Bakomliggande orsak:** Frånvaro av kompetens.
 - **Åtgärdsförslag:** Inget.

Påverkan av växelstängning BB. Tiden som förlossningen skall vara öppen i Sollefteå krockar med denna stängning

- **Risk 15:1;** Ingen som kan bistå med kirurgisk hjälp (ej agera assistent) om komplikationer uppstår.
 - **Bakomliggande orsak:** Brist på kirurgisk kompetens.
 - **Åtgärdsförslag:** Ordna kirurgisk kompetens.

Ingen representant från Kvinnokliniken deltog vid denna analys men analysteamet önskade lyfta in denna fråga då den sågs allvarlig. Växelstängningen sågs också som en risk för ytterligare belastning på transportorganisationen.

PATIENTERNAS SÖKMÖNSTER VID BEHOV AV VÅRD

Risk att svårt sjuka patienter med kir/ort-problem kommer in till akuten i alla fall

- **Risk 5:2;** Saknas då kompetens att hantera fallet - avser kirurgiska patienter.
 - **Bakomliggande orsak:** Avsaknad av kompetens.
 - **Åtgärdsförslag:** Informationskampanj till befolkningen.

En informationskampanj ses inte minska risken då patienten inte vet vilken specialitet de ska träffa. Dessutom känner inte turister till detta. Ökad kompetens med ex. akutläkare ses minska risk.

"Patient delay"

- **Risk 13:1;** Patienten väljer att inte söka vård pga. för långa avstånd/för krångligt.
 - **Bakomliggande orsak:** För långa avstånd. För krångligt för patienten, svårt att nå ut med adekvat information.
 - **Åtgärdsförslag:** Inget.

RISKER SOM EJ KAN BEDÖMAS UTAN YTTERLIGARE ARBETE

- Det ses föreligga en risk att Sollefteå sjukhus måste ta hand om fler medicinpatienter då de andra sjukhusen måste ta fler ort/kir-patienter (Risk 14:1 och 14:2).
- Det ses föreligga en risk att patienter får vänta längre på vård (ex. tid till operation) till följd av ökad belastning i Ö-vik/S-vall (Risk 7:1).
- Det finns ingen på plats som kan ta ansvar för patienten om den söker akutmottagningen och det misstänks/konstateras att denne behöver transporteras vidare till kir/ort. T.ex. om det då finns behov av en ambulanstransport skall denna beställas av en läkare som sen också ansvarar för transporten samt skall ge ordinationer till ambulansens personal (Risk 8:3)
- Om inte IVA Sollefteå kan hantera kirurgpatienter måste de vårdas i S-vall/Ö-vik. Om behov då uppstår av att "byta plats" på andra patienter ses risker med detta (Risk 12:1)
- Om inte IVA Sollefteå kan hantera kirurgpatienter behöver IVA i Sundsvall/Ö-vik hantera en ökad belastning (Risk 12:2).

7 Slutsatser och kommentarer

Risikanalysen påvisar patientsäkerhetsrisker med höga risktal som i scenariots nuvarande utformning och tidssättning bara delvis kan elimineras eller begränsas genom föreslagna åtgärder. De bakomliggande orsakerna till kvarstående patientsäkerhetsrisker är kompetensbrist, brister i transportkapacitet och bortfall av stöd till annan pågående verksamhet samt tidssättning för nya arbetssätt.

8 Tidsåtgång

	Arbete i analysgruppen	Planering och dokumentation
Antal man-timmar	Ca 150h	Ca 20

Tidsåtgången för risikanalysen är sammanlagt ca 170 mantimmar. Analysen genomfördes den 23 mars. Analysgruppen träffades vid ett tillfällen. Rapporten ska avlämnas till uppdragsgivarna senast 8 april.

Bilaga 1.

Bedöma riskens storlek

TABELL 4: Allvarlighetsgrad och konsekvens.

Allvarlighetsgrad	Exempel på konsekvenser
Katastrofal (4)	Dödsfall/själv mord 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

Modifierat från: *Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, USA*

¹⁾ Exempelvis en händelse med ett infektionsutbrott som drabbar flera patienter.

²⁾ Med förlängd vårdepisod avses att vårdkontaktarna med en patient i öppenvård blir fler eller att vårdtiden i slutenvård förlängs.

TABELL 5: Sannolikhet för inträffande

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

Modifierat från: *Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, USA*

		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

FIGUR 13: HFMEA Riskmatris.

Källa: *Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, USA*