



ET PASIENTSIKKERT SYKEHUS A

Semesteroppgave FMI313

«Pasientsikkerhet og smittevern»

Maren-Kristine Pettersen

7. desember 2015

4499 ord

Innhold

1.	Innledning.....	3
1.1	Begrepsavklaringer	3
1.1.1	Pasientsikkerhet.....	3
1.1.2	Skader	4
1.1.3	Feil.....	4
1.2	Målet	4
1.	Modeller	5
2.1	System Engineering Initiative for Patient Safety [SEIPS]	5
2.2	Reason’s Organizational accident model [OAM]	5
2.	Metoder	6
3.1	Reason’s Sveitserost-modell.....	7
3.2	Systemanalyse versus kjerne-årsak-analyse [RCA]	7
3.3	Pasientsikkerhetskultur-målinger	8
3.4	Kartlegge arbeidsmiljø: QPSNordic spørreskjema	8
3.5	Team-trening	8
3.6	Meldesystemer og rapportering.....	9
3.7	Failure mode and effect analysis [FMEA]	10
4.8	Global Trigger Tool [GTT].....	11
4.9	Human reliability analysis [HRA].....	11
4.10	Demings-sirkel	11
3.	Implementeringen.....	12
4.1	Administrative system og organisasjonsprosesser	12
4.1.1	Lage en kultur for sikkerhet	12
4.2	Arbeidsmiljø og teamfaktoren	13
4.2.1	Team-trening og SAQ-undersøkelse	13
4.3	Prosedyrer	14
4.3.1	Rapportering og melding	14
4.3.2	Healthcare failure mode and effect analysis [HFMEA]	14
4.3.3	GTT-team	15
4.4	Individuelle faktorer	15
4.4.1	Human reliability analysis	15
4.5	Pasienter	16
4.	Evaluering	17
5.1	Sikkerhetskulturen	18
5.2	Arbeidsmiljø og teamfaktoren	18
5.3	NOIS-data	18
5.3	Nye brukerundersøkelser	18
5.4	GTT-målinger	19
	Referanser	20

1. Innledning

Kvalitets- og pasientsikkerhetsavdelingen skal i samarbeid med ledelsen gjøre en analyse av Sykehus A sin situasjon, samt komme med et forslag til plan. Sykehuset har gjennomsnittlig høyere «standardisert mortalitetsrate» enn andre sykehus i Norge. Standardisert sykehusmortalitet er lett og måle og har en stor betydning, man sammenligner med andre sykehus og ser trender over tid. Samtidig kan forskjellene mellom de ulike sykehusene ha mange ulike årsaker.

Det kan se ut til at forhøyet mortalitet skyldes uvanlig mange komplikasjoner ved kirurgisk avdeling, både mortalitet etter operasjon og infeksjonsrater ligger uvanlig høyt. Sykehuset har i flere år hatt problemer med å holde seg innenfor budsjettet, men de to siste årene har den økonomiske situasjonen bedret seg. Avdelingsleder ved kirurgisk avdeling mener at komplikasjonsraten skyldes økonomiske innskjøringer. Avdelingens høye «turnover» av personell bør også vurderes.

Det oppsiktsvekkende når rapporter viser at det dør flere mennesker som resultat av feil i helsetjenesten enn i trafikken (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

1.1 Begrepsavklaringer

1.1.1 Pasientsikkerhet

Det finnes ulike definisjoner for pasientsikkerhet, her presenteres to ulike:

«...redusere risiko for uønskede skader påført pasienten i forbindelse med ytelse av helsetjenesten til et lavest mulig akseptabelt nivå».

«Unngå, forebygge og redusere effekten av uønskede hendelser eller skader som følge av helsetjenestens ytelser».

(Bukholm, 03.09.2015).

Det er vanskelig å si hva et akseptabelt nivå innebærer. Gjeldende kunnskap, tilgjengelige ressurser og kontekst er ulike faktorer som påvirker hva som er akseptabelt. Så må man spørre seg; er det egentlig akseptabelt med pasientskader i det hele tatt? En rapport fra USA sier at uønskede hendelser er vanlig i helsetjenesten. Er de da umulig å unngå (Vincent, 2010)?

1.1.2 Skader

Å definere skade er vanskelig i helsesektoren. Pasienter er forskjellige, og om en skade er forårsaket av sykehuset eller er selve sykdommen er ofte vanskelig. Samtidig er enkelte behandlinger nødvendig skadelig for pasienten. Skader forårsaket av sykehus blir ikke alltid oppdaget med en gang, men kommet gradvis. Så selv om en pasient er skadet, er det ikke sikkert det er forårsaket av behandlingen (Vincent, 2010, s. 98).

1.1.3 Feil

Det finnes flere definisjoner på feil. Jeg velger her å presentere Senders og Moray sin definisjon. De skriver at feil er noe som har blitt gjort...

- ...som ikke var ønsket ut i fra et sett av regler eller eksterne observatører.
- ...ledet oppgaven eller systemet utenfor akseptable grenser.
- ...Ikke var ment av aktøren.

(Vincent, 2010, s. 127).

1.2 Målet

Det er viktig å vite hva man ønsker å oppnå, når en endring er en forbedring og hvilke endringer som må iverksettes for å se en forbedring, før man velger indikatorer.

Ulike indikatorer for pasientsikkerhet er blant annet (Bukholm, 27.11.2015):

- Postoperative sårinfeksjoner
- Komplikasjoner etter kirurgi
- Brukererfaringer
- Pasienterfaringer
- GTT

Infeksjonsraten for Sykehus A vil brukes som et overordnet mål på den totale forbedringen i sykehuset. Brukererfaringer vil også brukes som en indikator på pasientsikkerheten, og forhåpentligvis bedres i løpet av intervensjons- og implementeringsperioden.

Det langsiktige målet må være å komme under gjennomsnittet i «standardisert sykehusmortalitet», samt redusere komplikasjonsraten ved den kirurgiske avdelingen til null. Ambisiøse mål, men vi ønsker et så sikkert sykehus som mulig, der pasientene skal føle seg

trygge. Det førstkommende året vil målet være å redusere «standardisert mortalitetsrate» til gjennomsnittet, samt en reduksjon i komplikasjonsraten med 50 %.

1. Modeller

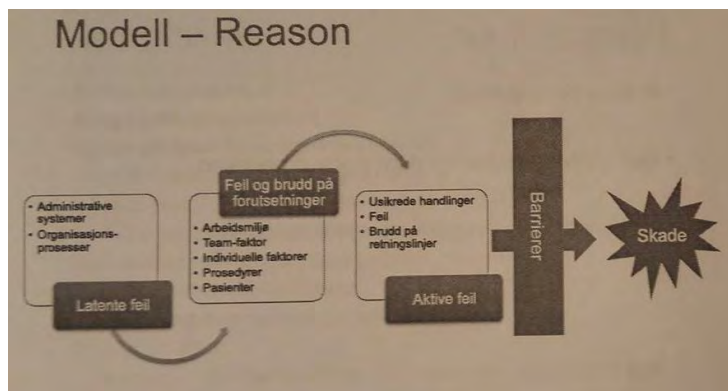
Modellene og metodene som presenteres fokuserer stort sett på prosesser som fører til skade, feil og uønskede hendelser. Å endre systemer på tvers av kliniske nettverk og team. Ingen leder klarer å ha full kontroll over en forbedringsprosess som løfter hele systemet. Helsetjenesten er stort og komplekst sammensatt av diverse mikrosystemer (Vincent, 2010, s. 390).

2.1 System Engineering Initiative for Patient Safety [SEIPS]

SEIPS er en modell som ble utarbeidet av Pascale Carayon og hans kollegaer, og ser på arbeidssystemets design og pasientsikkerhet. Modellen separerer oppgaver og teknologi, mens pasient og personale er samlet under «person»-komponenten, og teamarbeidet er integrert i «organisasjons»-komponenten. Modellen bygger på Donabedians «Struktur-Prosess-Utfall» modell, mens Donabedian fokuserer mer på individets ytelse til helsetjenester, fokuserer Carayon på et bredere system og interaksjonen mellom de ulike komponentene. SEIPS modell fokuserer like mye på sikkerhet og god behandling av pasienter, som et produktivt og godt miljø for ansatte (Vincent, 2010, s. 166).

2.2 Reason's Organizational accident model [OAM]

En annen kjent modell er «Organisatorisk ulykkesmodell» [OAM] av James Reason, som fokuserer på det vide systemperspektivet. Individets handlinger og feil spiller en sentral rolle, men deres tenking og oppførsel er ofte sterkt påvirket av arbeidsmiljø og prosesser i organisasjonen. Samtidig må ikke nødvendigvis alle feil forstås fra et organisatorisk nivå, noen feil har sine individuelle forklaringer. Modellen starter fra venstre hvor de «Latente feilene» som prosess, planlegging, prognoser, design, strategi og politikk blir overført via ulike organisasjoner og til arbeidsplassen. Her dannes lokale forhold som fører til feil og brudd, i modellen kalt «aktive feil». Team-, arbeidsmiljø-, individuelle-, oppgave- og pasientfaktorer påvirker de aktive feilene. Reason's analyseverktøy inkluderer reguleringer fra eksterne organisasjoner, at myndigheter, produsenter, profesjonelle og pasientorganisasjoner også kan påvirke pasientsikkerheten (Vincent, 2010, s. 149).



Figur 1: Reason's OAM (Bukholm, 12.11.2015).

Vincent, Taylor-Adams og Stanhope har utvidet Reason's modell og tilpasset den til bruk i helsetjenesten. De har klassifisert syv nivåer av forhold og organisatoriske faktorer i et enkelt rammeverk som kan påvirke klinisk praksis.

7 NIVÅER	
1.	Pasientfaktoren
2.	Teknologifaktor
3.	Individuell (ansatt) faktor
4.	Team-faktor
5.	Arbeidsmiljøfaktor
6.	Organisasjon og ledelse
7.	Institusjonell sammenheng

(Vincent, 2010, s. 150)

Det er mange modeller som kan fungere som verktøy for analyse av Sykehus A, men jeg velger å bruke Reason's modell, sammen med de syv nivåene. Hovedgrunnen til at jeg velger denne modellen fremover SEIPS er det vide systemperspektivet, Reason inkluderer også reguleringer utenfor helsetjenesten. Budsjetttinnskjæringene som Sykehus A har måtte foreta seg mener avdelingsleder henger sammen med komplikasjonsratene ved kirurgisk avdeling, det er derfor også interessant å se på forhold utenfor helsetjenesten som kan påvirke pasientsikkerheten.

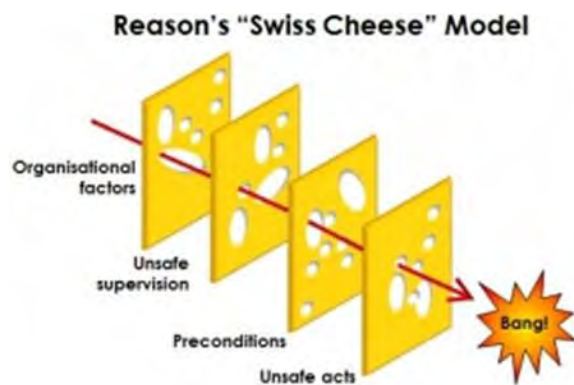
2. Metoder

I analysene vil jeg se på både individperspektivet og systemperspektivet. Om sikkerheten skapes av mennesker eller av design, teknologi og standardisering. Jeg vil ta tak i utvalgte komponenter fra Reason's OAM, og ser på ulike retrospektive og prospektive metoder og

modeller for å måle sikkerheten. Det er lett å legge skylden på den kirurgiske avdelingen med mange komplikasjoner, men jeg vil både se på faktorer ved avdelingen og sykehuset som helhet for å kartlegge situasjonen.

3.1 Reason's Sveitserost-modell

James Reason har også utviklet en modell han kaller «Sveitserost-modellen». Den viser hvordan hull i ulike barrierer kan føre til skade. Systemet kan hjelpe menneske i å unngå skade, men det er mennesker som skaper sikkerhet. Samtidig må man være oppmerksom på at sikkerhet og rutiner kan føre til en falsk sikkerhet. Det er viktig å minne seg selv på at miljøet er naturlig utrygt. James Reason sier at prisen å betale for sikkerhet er kronisk uro (Vincent, 2010, s. 145).



Figur 2: Reason's Sveitserost-modell

Om forhold under komponentene i Reasons OAM, samt de syv nivåene fungerer kan de virke som barrierer mot skade. Ved å analysere mulige barrierer ved Sykehus A, og hvordan disse fungerer kan man legge et grunnlag for hvor det trengs en forbedring.

3.2 Systemanalyse versus kjerne-årsak-analyse [RCA]

Ved en kjerne-årsak-analyse, finner man kjernen og årsaken til en skade og analyserer denne; en retrospektiv analyse. Systemanalyser ses på som bedre, da man finner svakheter i system som fremdeles er der og kan føre til neste skade (Vincent, 2010, s. 153).

Det hadde vært interessant å satt de økonomiske innskjæringene som kjerneårsak (RCA) til moralitetsratene, men det blir for enkelt. Vanligvis er det en kjede av ulike faktorer som føre til en skade. Målet er å skape et tryggere sykehus, da må man se bredere, gjennom

systemanalyser og insidensmålinger forsøker man å se fremover, og går vekk fra letingen etter den retrospektive kjerneårsaken (Vincent, 2010, s. 153).

De økonomiske reguleringene påvirker planer og strategier for avdelingen. Da sykehuset har hatt problemer med å holde seg innenfor det tildelte budsjettet kan det være interessant å se på tildelte midler og administrasjon av disse, og hvordan de ulike avdelingene har fordelt midlene. Samtidig sammenligne med andre sykehus da Sykehus A ligger over gjennomsnittet for «Standardisert sykehusmortalitet» i Norge.

3.3 Pasientsikkerhetskultur-målinger

Sikkerhetskultur har mange betydninger, for å strukturere det kreves først en måling, for å videre se om kulturen er relatert til indekser av sikkerhet, slik som feil og hendelser. Å måle sikkerhetsklima er et diskutert mål på sikkerhetskultur. Sikkerhetsklima kan gi et «snapshot» av sikkerhetskulturen. Gjennom intervjuer og spørreskjema kan kulturen kartlegges, men man får kun et bilde av kulturen som finnes akkurat nå (Vincent, 2010, s. 283).

Skjema man velger å bruke avhenger av hva hovedfokuset er. Samtidig må man vite hvem som deltar i undersøkelsen. Ved å benytte et skjema som kan identifisere hvor i organisasjonen problemet ligger, kan det hjelpe Sykehus A å vite hvor man bør rette innsats (Vincent, 2010, s. 284). SAQ instrumentet kan gi Sykehus A innsikt i ansattes opplevelse og vurdering av pasientsikkerhet i egen enhet, og i hvilken grad de ulike enhetene fokuserte og prioriterte pasientsikkerhetsarbeid (Bukholm, 12.11.2015).

3.4 Kartlegge arbeidsmiljø: QPSNordic spørreskjema

Undersøkelser har vist en sammenheng mellom godt arbeidsmiljø hos sykepleiere og en reduksjon i infeksjonsratene (Stone, Clarke, Cimiotti & Coerrea-de-Araujo, 2004). Et godt arbeidsmiljø har vist seg å være et grunnlag for kvalitet, effektivitet og trivsel (Kongsvik, 2011).

QPSNordic er et spørreskjema som kartlegger psykologiske og sosiale faktorer i arbeid, og kan brukes i utviklingsarbeid og tiltak. Skjema er utviklet av Nordisk Ministerråd, og måler faktorer på oppgave-, individ- og organisasjonsnivå (Skogstad et al., 2001).

3.5 Team-trening

Det er mye historisk, sosialt og politisk press i opplæring innen fagfelt, og det er ofte vanskelig å samle ulike profesjoner i en organisasjon. Samtidig er det desto viktige med

fellestrening jo nærmere du kommer klinisk praksis, for å kunne tilby sikkerhet for pasienter (Vincent, 2010, s. 359).

Omsorgstjenestene ved sykehus er levert av team av mennesker, fremover individer. Et team jobber sammen mot et felles mål, og medlemmene har faste rutiner, med lite kommunikasjon. Om du jobber i et godt team trenger du ikke tenke over om alt fungerer, rutinene ruller problemfritt og det er en fryd å jobbe med sine kollegaer. Den kirurgiske avdelingen har et høyt «turnover» av personell, noe som betyr at utskiftningen er hyppige og kan påvirke teamfunksjonen, samt kvaliteten på arbeidet. Et godt team, med faste medlemmer kan være en barriere for feil og skade. Kompetansen til et team er mer enn kompetansen til den enkelte. Kompetansen i en gruppe mennesker viser seg også å være mindre enn et godt fungerende team (Vincent, 2010, s. 344-345; Bukholm, 27.11.2015).

3.6 Meldesystemer og rapportering

Hensikten med meldesystem er å kunne skaffe kunnskap som kan bidra i forbedringsarbeidet (Bukholm, 24.09.2015). Rapportering av uønskede hendelser er et av de viktigste midlene for å identifisere risikoforhold, men samtidig utfordrende. Ulik forståelse, kulturer og læringsbarrierer (Bukholm, 27.11.2015). Det finnes et Norsk overvåkningssystem [NOIS] for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner. NOIS-data kan gi oss tall om prevalens og insidens av infeksjoner, og kan brukes i analyse og evaluering (Bukholm, 24.09.2015). 3-3a meldinger er meldinger som omhandler alvorlige pasientskader, død og betydelig grad av svikt. Meldingene sendes til Helsetilsynet (Spesialhelsetjenesteloven, 1999, § 3-3a).

World Health Organization [WHO] har laget en liste med kriterier som kan hjelpe til å få rapporteringssystemer om uønskede hendelser til å fungere best mulig (World Health Organization, 2005).

WHO's sjekkliste for utvikling av rapporteringssystemer:

1. Klare målsettinger
2. Hvilke type læring skal prioriteres?
3. Frivillige eller obligatorisk?
4. konfidensielt eller tilgjengelig for alle?
5. Hvordan er rapporteringsprosessen?
 - Hva rapporteres?
 - Hvem kan rapportere?
 - Hvordan rapporterer?
6. Bli konfidensiell informasjon holdt sikkert?
7. Hvordan er den tekniske infrastrukturen?
8. Hvordan skjer klassifiseringen?
 - Av hendelsestype
 - Ved risiko
 - Ved årsak
9. Hvordan skjer analysene?
 - Risiko, trender og klynger, korrelasjoner, årsaksanalyse, systemanalyse?
10. Hvordan vil svarene bli generert og spredd?
11. Er det tilstrekkelig ressurser?

(World Health Organization, 2005).

3.7 Failure mode and effect analysis [FMEA]

Det er laget fem steg for Healthcare failure modes and effects analysis [HFMEA]:

HFMEA prosess:

1. Definer HFMEA tema
2. Sett sammen et tverrfaglig team
3. Kartlegg prosessen ved bruk av flytskjemaer og diagrammer
4. Gjennomfør en skadeanalyse
5. Handling- og utfallmålinger

(Vincent, 2010, s. 161)

HFEAM ser på prosessen av behandling. For hvert steg i prosessen må teamet spørre seg hva som kan gå galt, hvorfor feilen kanskje oppstår, og hva som kunne skjedd om feilen oppsto?

Analysen er prospektiv, noe som kan hjelpe oss å forebygge neste hendelse, i motsetning til å se tilbake og analysere noe som allerede har skjedd. En retrospektiv insidensanalyse er som et vindu inn i systemet, som ser på nåværende svakheter og fremtidens mulige problemer. Prospektive analyser avhenger stort sett av erfaringer til de involverte, slik at HFMEA er i stor grad hentet fra kliniske grupper og deres tidligere erfaringer (Vincent, 2010, s. 158-160).

4.8 Global Trigger Tool [GTT]

GTT-målinger består i å gjennomføre dypere journalgjennomganger for å finne triggere for skade (Bukholm, 24.09.2015).

4.9 Human reliability analysis [HRA]

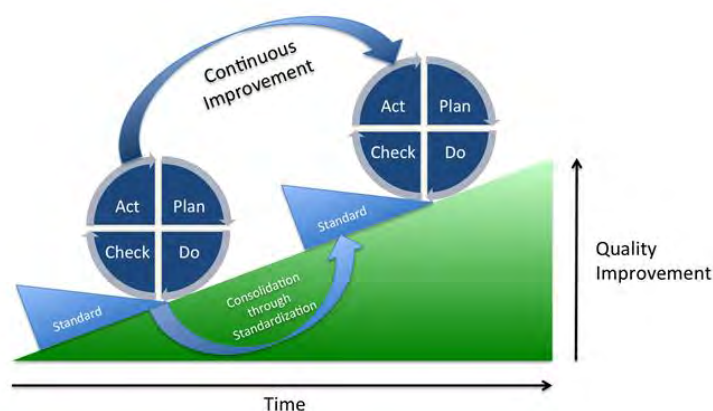
Human reliability analysis [HRA] anvendes for å se på menneskelige egenskaper og atferd i forhold til design, fasiliteter og miljøet som mennesker er i. Analysen brukes hovedsakelig for å se på prosesser eller systemer, og mindre på hendelser. Ved å se på menneskelige feil vil man forsøke å redusere mulighetene for feil senere. Analysen er lite brukt i helsetjenesten, og da mest innen anestesi (Vincent, 2010, s. 158-159).

Lucian Leape mente problemet ved medisinske feil lå i det psykologiske og de menneskelige faktorene, og foreslo at en reduksjon av feil måtte fokusere på menneskelige begrensinger og feil, og mente man måtte endre arbeidsmiljøet fremfor opplæring (Vincent, 2010, s. 23). Arbeidsmiljø er nevnt tidligere, og ses på som et viktig initiativ i arbeid for pasientsikkert.

Jens Rasmussen snakker om at arbeidskravet og prosedyrene ikke alltid stemmer. Fremfor å følge faste prosedyrer, gjennomføres arbeidet etter det som virker mest produktivt akkurat da (Vincent, 2010, s.314). Feil og skader oppstår på grunn av mangelfulle ferdigheter, mangelfull kjennskap til regler og kunnskap (Bukholm, 03.09.2015).

4.10 Demings-sirkel

Demings-sirkel inneholder fire stadier, men som begynner på nytt ved stadie fire. Modellen illustrerer at kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess (Bukholm, 27.11.2015).



Figur 2: Demings-sirkel

3. Implementeringen

Forbedringsarbeid må jobbes med kontinuerlig, da helsetjenesten stadig møter nye utfordringer. Det er lovfestet at alle skal ha lokale kvalitetsutvalg i Sykehusloven 1993. I Helsepersonell-loven §17 står det at «Helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre for pasienters sikkerhet» (Helsepersonelloven, 2013, § 17).

I forbedringsarbeidet til Sykehus A vil jeg bruke Demings-sirkel, for å illustrere at forbedringsarbeidet aldri slutter, sikre en kontinuerlig utvikling da helsetjenester stadig møter nye utfordringer. Selv ved små fremskritt skal sirkelen fortsette sin gang, og jobbe med nye forbedringsområder.

4.1 Administrative system og organisasjonsprosesser

Regler, standarder og mål, sikkerhetskultur og prioriteringer, finansielle ressurser og begrensninger, samt organisasjonsstruktur kommer under komponentene «administrative systemer og organisasjonsprosesser» (Vincent, 2010, s. 150).

Om de høye komplikasjons- og mortalitetsratene skyldes finansielle ressurser og innskjæringene økonomisk, er det interessant å se på hvordan midlene brukes og administreres. Se på politikk, strategier, planer og hvordan reguleringene fra øvrige myndigheter påvirker Sykehus A. På en annen side har hele helseforetaket fått en økonomisk innskjæring og det er ikke nødvendigvis slik at de høye komplikasjonsratene ved den ene avdelingen skyldes redusert økonomi. Som foreslått tidligere kan en sammenligning mellom de ulike avdelingene kartlegge dette. Om andre avdelinger klarer seg fint tross økonomisk reduksjon er det interessant å se på andre faktorer som kan påvirke mortalitetsratene. Og siden den økonomiske situasjonen de siste to årene har sett ganske bra ut for helseforetaket, er det relevant å tenke at feil, uønskede hendelser og komplikasjonsrater ikke skyldes den økonomiske situasjonen.

4.1.1 Lage en kultur for sikkerhet

Den forhøyede moraliteten ser ut til å skyldes uvanlig mange komplikasjoner ved en av de kirurgiske avdelingene. En analyse av sikkerhetskulturen blant de ulike avdelingene og organisasjon som helhet kan forhåpentligvis identifisere mulige svake punkt. Vi kan dele kultur i mange ulike grupper; organisasjonskultur, gruppekultur, sikkerhetskultur også videre. Her fokuseres det på en kultur som skaper sikkerhet ved Sykehus A.

«No-blame» kulturen kan risikere å fjerne det personlige ansvaret og kravene til den kliniske praksisen. En mer åpen og rettferdig kultur som bevarer det personlige ansvaret, men med støttende respons om feil eller skade skjer, er en bedre målsetting. Å skape en læringskultur, der ansatte reflekterer over og lærer av feil (Bukholm, 12.11.2015).

Begrepet «Høyt pålitelige organisasjoner» har blitt utviklet i industrielle bedrifter med i utgangspunktet store skader, men som likevel har klart å bygge opp god sikkerhet og ytelse. Bedriftene ble strengt undersøkt gjennom observasjoner, intervjuer, spørreundersøkelser og analyser av arkiver. Mange forfattere mener at kulturen og praksisen i slike organisasjoner har noe å fortelle helsetjenesten, og kanskje Sykehus A (Vincent, 2010, s. 279)?

Ved å gjennomføre en SAQ-undersøkelsen kan resultatene brukes i forbedringen av sikkerhetskulturen. SAQ undersøkelsen kartlegger egentlig sikkerhetsklima, og får dermed ikke den dype innsikten i sikkerhetskulturen, men kan likevel brukes om indikator på sikkerhetsarbeidet og sikkerhetskulturen (Bukholm, 12.11.2015).

4.2 Arbeidsmiljø og teamfaktoren

4.2.1 Team-trening og SAQ-undersøkelse

Det kreves skikkelige vurderingsinstrumenter for å kunne kartlegge et team, og man må samtidig vite hva et godt teamarbeid er. Jeg vil anbefale og begynne å kartlegge team- og arbeidsmiljø på den kirurgiske avdelingen med høy komplikasjonsrate, for å undersøke om det påvirker sikkerheten på avdelingen. Gjennom intervjuer med de ansatte kan man høre deres subjektive opplevelse av kollegaene som et team, samt trivselen på jobb. Det kan også gjennomføres observasjoner av avdelingen å se hvordan de fungerer eller ikke fungerer som et team. Vincent med hans kollegaer har utviklet et observasjonsverktøy [OTAS] for et helt kirurgiske team. Under observasjonen er man interessert i å se den overordnede funksjonen til teamet under en operasjon, og vektlegger to hovedelementer: den brede atferden og den spesielle oppgaveutførelsen. Samt fem brede dimensjoner: ledelsen, kommunikasjon, koordinering, samarbeid og overvåkning. Det er også utviklet andre system for anestesileger og kirurger, men jeg anbefaler observasjonsverktøy til Vincent, da det vurderer hele teamet (Vincent, 2010, s. 360).

For å kartlegge arbeidsmiljøet anbefaler jeg å gjennomføre en QPSNordic spørreundersøkelse ved avdelingen, det kan også gjennomføres en arbeidsmiljøundersøkelse for hele sykehuset.

I forbedring av sikkerheten kan den kirurgiske avdelingen øve seg som et team på ulike case som etterligner scenarier som kan forekomme i virkeligheten, gjerne utfordrende oppgaver. Målet med slik øvelse er å bedre sikkerheten for pasienten. Feil og skade som skjer med pasienten har man sett er forårsaket av manglende kommunikasjon mellom medlemmer i teamet, fremover individuelle ferdigheter. Hvilke form og fokus casene skal ha kan bestemmes ut ifra resultatene fra analysen. Om det blir å fokusere på individuell trening eller hele temaet (Vincent, 2010, s. 361). Slik senariotrening kommer opprinnelig fra anestesitrening (ACRM), men kirurgene har fulgt etter.

4.3 Prosedyrer

4.3.1 Rapportering og melding

Sykehus A kan se på helseforetakets kvalitets- og avviksmeldesystem, og etterlevelsen av å melde. Målet må være å skape en god rapporteringskultur, som ønsker å identifisere og redusere feil uavhengig av hvordan det har påvirket sikkerheten til pasienten direkte. Sykehus A sin over gjennomsnittet høye Standardiserte sykehusmortalitet kan ha andre årsaker enn andre sykehus med tilnærmet lik rate. Meldesystemene kan hjelpe til å identifisere ulike årsaker til sykehusmortaliteten.

Sykehus A kan se på eventuelle 3-3a meldinger, for å se om det gjenspeiler den høye mortalitetsraten på Sykehuset. Det kan og kartlegges om flere av meldingene kommer fra den kirurgiske avdelingen med høy komplikasjonsrate, eller fra andre avdelinger på sykehuset.

Samtidig kan det hende etterlevelsen av å melde ikke er oppfylt, og at meldingene ikke speiler hvor problemet egentlig ligger. Å bruke meldesystemer som mål på avvik er problematisk da etterlevelsen av å melde ikke er kjent. Om kulturen og prosedyrene ved å melde er god ved avdelingen eller sykehuset kan tallene hentet fra meldesystemene være relevant.

4.3.2 Healthcare failure mode and effect analysis [HFMEA]

Å gjennomføre en HFMEA ved den kirurgiske avdelingen med høy komplikasjonsrate kan hjelpe til å finne feilene som forårsaker komplikasjonsratene, og forbedre disse. Fordelen ved et tverrfaglig team bestående av for eksempel kirurger, administrasjon, risikoavdelingen med flere, er at personer alene har vanskelig med å forstå hele prosesser (Vincent, 2010, s. 169-164).

Det kan og gjennomføres observasjoner ved sykehuset, eller den spesifikke kirurgiske avdelingen, for å se på etterlevelsen av ulike prosedyrer; håndvask, rutiner, sjekklister med flere.

Medisinske feil kan komme fra en rekke ulike årsaker, men ofte fra mangel på informasjon om pasient og medisin. Andre problemer er håndskrevne uforståelige lapper. Et spesielt svakt punkt er når viktig informasjon skal overføres mellom vaktskifte (Vincent, 2010, s.251, 255). Sykehus A kan se på nåværende prosedyrer for hvordan informasjon overføres mellom avdelinger og innad i en avdeling, for å se om viktig informasjon lett kan gå tapt.

4.3.3 GTT-team

Det kan også etableres Global trigger tool (GTT)-team, bestående av én lege og to sykepleiere. Sammen kan de avdekke pasientskader over tid. De ulike teamene bør samles ved jevnlig mellomrom for å dele resultater og erfaringer, og samtidig sikre en så lik gjennomgang av journalene som mulig (I trygge hender 24/7, 2011).

4.4 Individuelle faktorer

4.4.1 Human reliability analysis

Det kan være vanskelig å kartlegge kunnskap, ferdigheter og kjennskap til regler. Jeg velger å ikke foreslå en analysemetode, men heller komme med forslag til hvordan ansatte ved Sykehus A kan bidra til å en sterk individuell faktor som fremmer pasientsikkerheten.

«To err is human». Mennesker gjør stadig feil, men aksepten og tilgivelsen for feil varierer mellom ulike miljøer. Det å bli forstått av andre i en vanskelig situasjon, når man har gjort store feil, er et stor steg mot en mer åpen og sikker kultur. Det er viktig med støtte fra sine kollegaer (Vincent, 2010, s. 192, 203). Jeg oppfordrer Sykehus A til å jobbe mot en åpen og sikker kultur, der kollegaer støtter hverandre ved feil som blir gjort, slik at de ikke forbigår i stillhet, men heller kan læres av og brukes i forbedringsarbeidet.

Mange leger har god kunnskap om ulike rettslige prosedyrer og kan være til stor hjelp for sine kollegaer. Om en skade har skjedd er trening i å forklare feilen og hvordan man skal møte pasienten lite tilgjengelig. Både pasient og de ansatte hadde dratt nytte av det (Vincent, 2010, s.204).

Kompetanse, ferdigheter og kunnskap hos den enkelte påvirker helt klart den kliniske praksisen. Samtidig hvordan team-medlemmene kommuniserer, støtter og veileder hverandre (Vincent, 2010, s.151).

Om mennesker noen ganger tar mer ansvar og var mer bevisst på sikkerheten kunne ulike dødsfall vært unngått (Vincent, 2010, s. 323). Det er menneskene som skaper sikkerheten, samtidig kan man designe helsetjenesten sikrer, gjennom for eksempel fargekoder og plasseringer (Vincent, 2010, s. 214, 232).

Under presenteres en liste over ulike sikkerhetsferdigheter, oppførsel og personlige egenskaper i helsetjenesten:

1. Pliktoppfyllende
 - Ta ikke all informasjon som er gitt som hva som korrekt, sjekk resultater og annet selv.
2. Ydmykhet
3. Ærlighet
4. Selvbevisst
5. Selvtillit
6. Situasjonsbevisst
7. Årvåkenhet og åpensindig
8. Forventinger og beredt
9. Teamarbeid og kommunikasjon
10. Ledelse

(Vincent, 2010, s. 324-326).

Punktene presentert over kan bli undervist de ansatte. Informasjon om viktigheten av punktene, og hvordan de bør inkluderes i sykehusets kultur og etikk (Vincent, 2010, s. 324).

4.5 Pasienter

Faktorer hos pasienten, som blant annet språk, personlighet og psykiske problemer er viktig da de påvirker kommunikasjonen med de ansatte. I en klinisk situasjon er det pasientforholdene som kan ha størst innflytelse på praksis og utfall. Det er «outcome» av en behandling som er øverste prioritet for pasienten og familien (Vincent, 2010, s. 151, 99).

For å sikre en aktive deltakelse av pasienter kan Sykehus A informere pasientene om ulike måter de kan delta i sikkerhetsarbeidet. Under presenteres ulike måter pasienter kan bidra:

- Bidra til sikker medisinbruk
- Dele beslutninger om behandling og prosedyrer

- Delta i utforming og forbedringer av tjenestene
- Identifisere og rapportere komplikasjoner ved behandling og uheldige hendelser
- Delta i infeksjonskontroller

(Vincent, 2010, s. 292).

Det er samtidig en del faktorer og forutsetninger som påvirker pasienters involvering:

- Pasienten eller familien må ha kunnskap om noe ved den kliniske prosessen og hvordan de skal handle.
- Pasienten må være i stand til handle. Om pasienten har kognitiv svikt eller er veldig syk kan dette hemme muligheten til å gripe inn.
- Pasienten må være villig til å delta.
- Helseprofesjonen må på en annen side også motivere og oppfordre pasientene til å involvere seg.

(Vincent, 2010, s. 295).

I Stortingsmelding 11 om «Kvalitet og pasientsikkerhet» ønsker de å flytte makten fra systemene til pasientene; skape pasientenes helsetjeneste. Gjennom å forbedre og endre systemet, ledelse og kultur i tjenestene skal kvaliteten og tryggheten bedres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Jeg vil foreslå at Sykehus A gjennomfører brukerundersøkelser med spørsmål om hvordan de opplever sikkerheten, hvordan de blir møtt av sykepleiere og leger, og i hvilken grad de føler seg inkludert i prosessen.

Pasienters narrativer kan også gi nødvendig kunnskap for et sykehus eller en avdeling. Don Berwick skriver: «Jeg trodde rapportering var viktig for å spore problemer og framgang, men jeg lærte at historier er nødvendig for økt kunnskap» (Vincent, 2010, s. 44). Ved å høre på pasienters sykehushistorier, kan Sykehus A øke deres kunnskap.

4. Evaluering

Å måle sikkerhet kan by på ulike problemer; selv-rapporteringen varierer, nevnerne er ofte uklare, få standardiserte definisjoner, tilfeller som er ukjente eller sjeldne. Mest utfordrende er å finne klare indikatorer for et valid mål (Vincent, 2010, s. 98).

Vincent presenterer noen egenskaper ved en suksessfull forbedring som kan tas med i evalueringen av forbedringsarbeidet ved Sykehus A. Listen laget av Baker med kollegaer og inneholder egenskaper som: Kultur, ledelsen, strategi og politikk, struktur, ressurser, informasjon, kommunikasjonskanaler, ferdighetstrening og fysisk involvering (Vincent, 2010, s. 392).

5.1 Sikkerhetskulturen

Kultur er vanskelig å måle, og før var svaret klart nei ved spørsmål om kulturen påvirket kvaliteten på tjenesten i helsetjenesten. Utenfor helsetjenesten har man observert en sammenheng mellom sikkerhetsklima og et lavere tilfelle av skaderater. I helsetjenesten er det også funn som viser at sikkerhetsklima samlet inn på et institusjonelt nivå er relatert til noen sikkerhetsmålinger. Resultatene kommer fra en undersøkelse gjort ved et Amerikansk sykehus (Vincent, 2010, s. 282). SAQ undersøkelsen som ble gjennomført i analysen, og hvor resultatene ble brukt i forbedringsarbeidet, kan gjennomføres på nytt for å se på eventuelle forbedringer i sikkerhetskulturen. Undersøkelsen kan også gi ledelsen innsikt i hvordan ansatte ved egen enhet vurderer og opplever pasientsikkerheten.

5.2 Arbeidsmiljø og teamfaktoren

For å se etter en forbedring i arbeidsmiljø kan nye spørreundersøkelser på de ansatte gjennomføres. Det kan også vurderes intervjuer med noen enkelt for å høre om de merker en forbedring.

5.3 NOIS-data

Helsetjenesteassosierte infeksjoner er det beste mål på skade som vi har, og mange av infeksjonene er mulig å forebygge (Vincent, 2010, s. 112). Ved bruk av NOIS-data kan man overvåke antibiotikabruken og forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner i virksomheten over tid. Både insidens og prevalens av infeksjoner (Bukholm, 24.09.2015). Ved å se på innsamlede NOIS-data fra før og etter forbedringsperioden kan man se om infeksjonsratene har gått ned (Bukholm, 24.09.2015).

5.3 Nye brukerundersøkelser

Nye brukerundersøkelser og narrativer kan samles inn for å se om et økt fokus på pasienters involvering har gjort at pasientene deltar mer. Brukererfaringer kan fungere som en indikator for måling av forbedringer (Bukholm, 27.11.2015).

5.4 GTT-målinger

Resultatene fra GTT-målingene evalueres og diskuteres kontinuerlig, for å se på områder som trenger en forbedring. GTT-målingene viser seg å fungere bedre enn andre meldesystem da det fanger opp flere hendelser samtidig (Vonen, 2011).

Internkontroller som er lovpålagt kan også gjennomføres i evalueringsarbeidet. Kontrollen skal gjøres i samarbeid med ansatte, både i innføring og utførelse av interkontrollen (Internkontrollforskriften, 1996, § 4). Målet med evalueringene er å se eventuelle forbedringer. Evalueringsresultatene kan brukes i «Act»-delen i Demings-sirkel, for å se hva som må jobbes videre med. Sykehus A kan også se om den generelle standardiserte mortalitetsraten har blitt redusert, sammenlignet med andre sykehus i Norge.

Referanser

Bukholm, G. « Design, teknologi, kultur». 12.11.2015. NMBU, Ås, 12.11.2015.

Bukholm, G. «Måle pasientsikkerhet». NMBU, Ås, 24.09.2015.

Bukholm, G. «Kvalitetsforbedring». NMBU, Ås, 27.11.2015.

Bukholm, I. «Pasientsikkerhet- Samling 1». NMBU, Ås, 03.09.2015.

Helsepersonelloven. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). Kvalitet og pasientsikkerhet 2013. (Meld. St. nr. 11 2014-2015). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/4db4ebe7d94a4687946baa063cd683d5/no/pdfs/stm201420150011000dddpdfs.pdf>

Internkontrollforskriften. Forskrift 6. desember 1996 om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter.

I trygge hender 24/7. (2011, 2. mars). Praktisk informasjon for Global Trigger Tool (GTT)-team. Hentet 1. desember 2015 fra

<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/M%C3%A5linger/Artikler/Praktisk+informasjon+for+Global+Trigger+Tool+%28GTT%29-team.260.cms>

Kongsvik, L. T. (2011). Ny veileder om arbeidsmiljø i sykehus. Tidsskrift for Den norske legeforening, 131, 1113. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/2109332>

Skogstad et al. (2001). Brukerveiledning. Generelt spørreskjema for psykologiske og sosiale faktorer. (STAMI-rapport Årg. 1, nr. 2). Hentet fra https://www.qps-nordic.org/no/doc/Brukerveiledning_qpsnordic.pdf

Stone, P. W., Clarke, S. P., Cimiotti, J. & Correias-de-Araujo, R. (2004). Nurses' Working Conditions: Implications for Infectious Disease. Emerging Infectious Diseases, 10(11), 1984-1989. Hentet fra <http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/10/11/pdfs/04-0253.pdf>

Spesialisthelsetjenesteloven. Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten.

Vincent, C. (2010). Patient Safety (2 utg.). London: Wiley-Blackwell.

Vonen, B. (2011). Kan pasientsikkerhet måles med de metodene som nå brukes? Hentet fra <http://www.helse->

nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/M%C3%98TER%20KONFERANSER%20HENDELSER/Barthold%20Vonen%20-%20M%C3%A5ling%20av%20pasientsikkerhet_.pdf

World Health Organization. (2005). Who draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. Hentet fra http://osp.od.nih.gov/sites/default/files/resources/Reporting_Guidelines.pdf