

Semesteroppgave

Pasientsikkerhet og smittevern (FHV340)

Desember 2015

Plan for kvalitet og pasientsikkerhet ved sykehus A
Forbedring av høy insidens- og mortalitetsrate etter operasjoner

”The ultimate goal is to manage quality.

*But you cannot manage it
until you have a way to measure it,
and you cannot measure it
until you can monitor it.”*

Florence Nightingale

Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU)

Unni Trondsen

Innhold

1. Innledning og bakgrunn.....	s. 2
1.1 Risikovurdering, feil, skade, hendelser.....	s. 2
1.2 Plan for kvalitet og pasientsikkerhet ved sykehus A.....	s. 4
2. Plan for analyse av sikkerheten i avdelingen.....	s. 4
2.1 Teoretisk forankring med mulige modeller.....	s. 5
3. Kontroll med målemetoder.....	s. 10
4. Plan for forbedring av pasientsikkerhet.....	s. 11
5. Plan for evaluering.....	s. 13
Referanser.....	s. 14

1. Innledning og bakgrunn

Kvalitets- og pasientsikkerhetsavdelingen ved sykehus A har et oppdrag om å undersøke den forhøyde mortaliteten ved sykehuset, og har funnet at den kan skyldes uvanlig mange komplikasjoner ved en av de kirurgiske avdelingene. Både mortalitet etter operasjoner og infeksjonsrater ligger høyt. Den kirurgiske avdelingen har høy turnover med ansatte, og ledelsen mener at komplikasjons- og infeksjonsrater skyldes økonomiske nedskjæringer.

1.1 Risikovurdering, feil, skade, hendelser

Risikohåndtering og pasientsikkerhet jobber for samme mål – å redusere eller fjerne pasientskader. Man starter med å identifisere hazard for å lage en strategi, lager videre en risikokarakterisering etter analyse og vurdering, og kommer frem til risikohåndtering og styring som omhandler utvikling, evaluering og implementering av valgmuligheter (1). Risikokommunikasjon og aksept for risiko er nødvendig, og å vite hva som er de største risikoene.

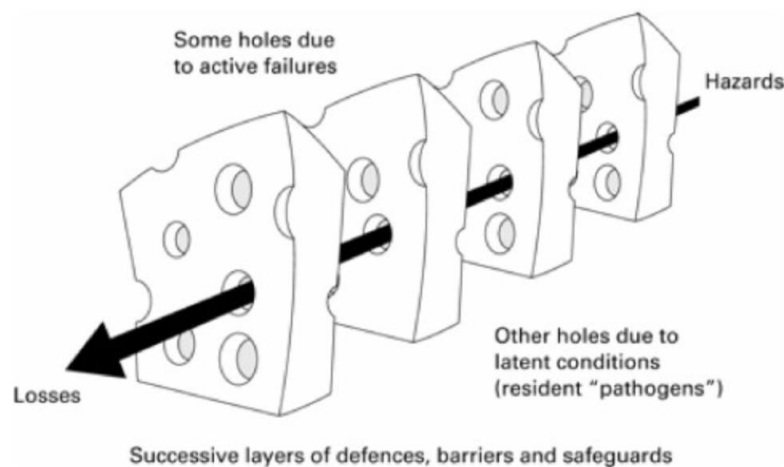
Feil er definert av John Senders and Neville Moray som noe som ”was not desired by a set of rules or an external observer”, ”led the task or system outside acceptable limits”, og ”was not intended by the actor” (2). Reason beskriver feil i to hovedtyper 1) ”Slips and lapses”, som er feil ved utøvelse og 2) ”mistakes”, som er feil ved planlegging eller ved kunnskap (2, 3), og sier at feil må sees i sammenheng med konteksten folk arbeider i. Sikkerhet skapes av mennesker, og man må forstå samspillet mellom mennesker, teknologi og organisasjon som sammen gir utfallet (2, 4).

Helsetjenesten er et komplekst sosio-teknologisk system, der mange sub-systemer må fungere, og de er heller ikke alltid synlig for andre. Sikkerhet er relatert til kvalitet men sees også i sammenheng med kostnad og utbytte. Det er flere definisjoner for pasientsikkerhet. Vincent beskriver at pasientsikkerhet kan beskrives som det å unngå, forbygge og forbedre utfall som uønskede hendelser og skader i helsetjenesten, mens WHO velger å se sikkerhet generelt, ”Safety for all”, der det ikke gjelder bare for pasienten (5). Å kunne definere skade i helsetjenesten er en utfordring da pasienten allerede er syke eller skadet, og noen behandlinger kan gi skade for å virke. Det er ikke alltid man ser skadevirkninger før etter en tid og et skadefall betyr ikke alltid at det var manglende omsorg eller sikkerhet, da utfallet kan være gitt ut i fra egenskaper hos pasienten selv. I helsetjenesten defineres skade ofte som

en uønsket hendelse (adverse event), videre beskrevet som hendelse, definert slik av forfatterne bak the Harvard Medical Practice Study:

”An unintended injury caused by medical management rather than by the disease process and which is sufficiently serious to lead to prolongation of hospitalisation or to temporary or permanent impairment or disability to the patient at time of discharge or both” (6).

Prosedyrer, veileder og rutiner er i hovedsak forankret i strategier for risikovurdering, som kan gi oss reguleringer ut i fra føre – var prinsipper, og lover og forskrifter med veiledere. Aktuelt her er blant annet Specialisthelsetjenesteloven, Helsepersonell-loven, Pasient og brukerrettighetsloven, Forskrift om smittevern i helseinstitusjoner, Forskrift om internkontroll, NOIS-registerforskriften, og Smittevernloven. Dette danner bakgrunnen for følgende videre anbefalinger. Som rådgiver vil jeg anbefale at man starter arbeidet fra både et system og individperspektiv, hvor man ser på mulige feil og hendelser og mulige forsvarsbarrierer som er brutt. Systemer lager barrierer som et forsvar mot hendelser, for å fange opp feil og for å hindre skader, oftest ved administrative, fysiske og andre barrierer som sikrer mot avvik fra normal praksis (3). Reasons sveitserost - modell beskriver når en hendelse går gjennom hull, på grunn aktive feil eller latente forhold, i alle forsvarsbarrierer (vist som osteskiver) som er satt for å unngå hendelser (7).



Nøkkelbegreper i modellen er forsvar, barrierer og sikkerhetsrutiner, hvor systemene er skyld i aktive feil og latente forhold som fører til hendelser, og fritar i stor grad ansatte, men ikke

ledelsen som systemansvarlige. Mulige barrierer på systemnivå og individnivå kan være kultur, system, teknologi, design, standardisering, utdanning, kompetanse, faglig forsvarlighet, og kommunikasjon.

1.2 Forslag til plan for kvalitet og pasientsikkerhet ved sykehus A.

Planen skal håndtere problemer med høy insidensrate og høy mortalitet etter operasjoner.

Planen bruker Demings sirkel som metode; (plan, do, check, act) for på sikre en kontinuerlig læringsløype og gi en oversiktlig struktur:

1. Plan for analyse (plan)
2. Plan for gjennomføring (do)
3. Kontroll med målemetoder (check)
4. Plan for evaluering (act), redesign.

Dette tenkes fører til en handlingsplan som implementeres i vanlig drift.

Visjon

Beste ortopediske behandling i Norge!

Mål

Felles forståelse for pasientsikkerhet i hele pasientforløpet, forankret hos sykehusledelsen.

Det skal lages en hendelsesanalyse som kartlegger mulige faktorer som er med på å gi økt risiko for infeksjoner og mortalitetsrater etter operasjoner, forstå mulige sammenhenger for høy turnover blant ansatte, og sette i gang en handlingsplan for kontinuerlig forbedringsarbeid.

2. Plan for analyse av sikkerheten i avdelingen

Plan for analyse utarbeides av rådgiver i samarbeid med medarbeidere i kvalitetsstab som ser på tilgjengelige ressurser, kriterier, begrensninger, og måloppnåelse/effektmåling ved hjelp av ulike målemetoder, som beskrives i punkt 3.1.

Analysen tenkes gjennomført i et samarbeidsteam der aktuelle aktører fra involverte avdelinger, her fortrinnsvis kirurgisk avdeling med operasjonsavdelingen. Her vil det være mulig å lage både store og små versjoner, både for å studere enkelthendelser, men også som

her hvor man ikke ser på en enkelt hendelse, men derimot leter etter mulige faktorer som kan ha sammenheng med de høye mortalitets og infeksjonsratene. Man kunne også velge å følge opp hver enkelt infeksjon f eks meldt som avvik i avvikssystemet, der man bruker hendelsesanalyse for å følge opp enkelte dype infeksjoner der det ikke er åpenbare risikofaktorer hos pasienten selv, der man kan tenke seg at det vil være mulig å finne feil og hendelser som kan være overførbare til andre dype infeksjoner.

Vi har valgt hendelsesanalyse som metode for analysen, forankret i teorimodell av Reason og Vincent et al sitt rammeverk, diskuterer SEIPS teorimodell forankret i Donebedians systemteori. Hendelsesanalysen er utgangspunktet for å lage plan til gjennomføring av kvalitetsforbedringsarbeid for bedre pasientsikkerhet, med beskrivelse av nåværende status ut i fra flere målemetoder. Beskrive målemetoder.

I analysen kartlegges nåværende status ved sykehuset ved hjelp av flere målemetoder for å finne forbedringsområder der det er beskrevet feil, uønskede hendelser eller skader. Dette blir utgangspunktet for videre plan til forbedring.

2.1 Teoretisk forankring med mulige modeller

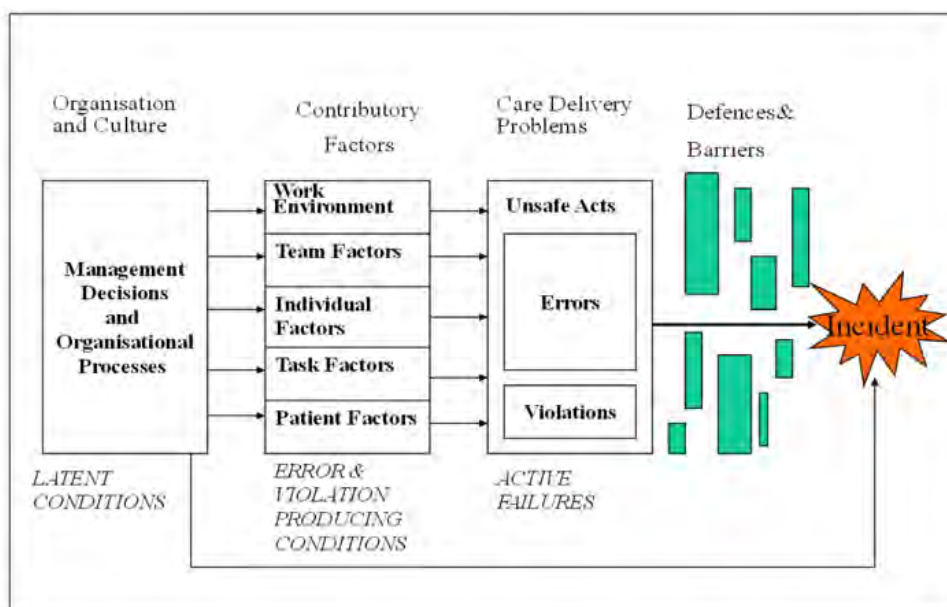


Fig 3.2 Organisational accident model (Adapted from Reason, 1997)

Reason ser system i mikro- og makroperspektiver. Vincent, Taylor-Adams og Stanhope beskriver en utvidet versjon av Reasons modell, se figur over (7), for ulykker i en organisasjon, som de har tilpasset til bruk i helsesektoren. Modellen viser et rammeverk som

klassifiserer forhold og organisatoriske faktorer som kan skape feil, ved å se på mulige faktorer som påvirker klinisk praksis. Rammeverket gir oversikt over en praktisk modell med sju sikkerhetsnivåer der de viser til flere faktortyper som påvirker klinisk praksis (7):

- 1) Pasient faktorer
- 2) Oppgave og teknologi faktorer
- 3) Individuell (ansatt) faktor
- 4) Team faktor
- 5) Arbeidsmiljø faktor
- 6) Organisasjon og ledelse
- 7) Institusjonell sammenheng/rammebetingelser

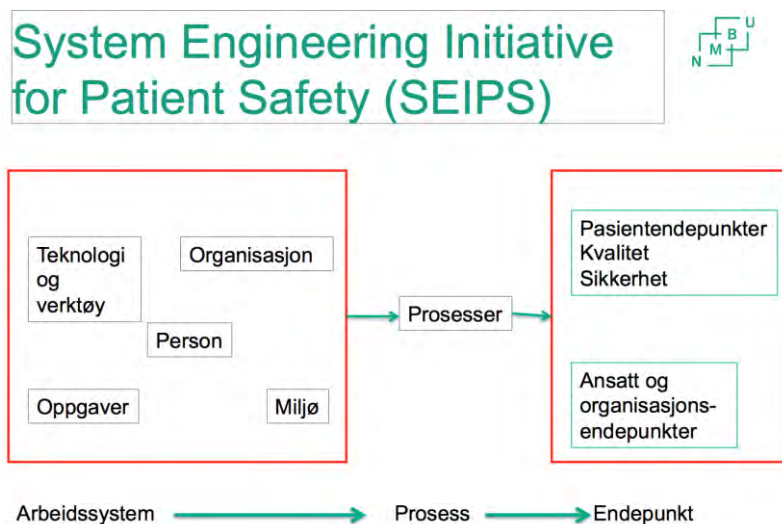
Pasientfaktorer og pasientens nåværende tilstand er pasientens individuelle faktorer som kan gi risiko for infeksjon og død som for eksempel comorbiditet, alder, kjønn, mottagelighet, fedme med mer. Faktorer som språk, sosiale omstendigheter og personlighet kan påvirke forståelse av informasjon gitt under hele pasientforløpet fra preoperativ ”hofteskole” til postoperativ oppfølging også etter utskrivelse. Oppgave og teknologi faktorer gjelder design, klarhet i struktur og tilrettelegging av oppgaver som kreves av ansatte, det kan være tilgjengelighet til og kunnskap om instrumenter som oppfyller kravspesifikasjoner for medisinsk teknisk utstyr i sykehus, prøveresultater og andre hjelpemidler. Tilgjengelighet og bruk av prosedyrer og tilgjengelighet til kvalitet på prøvesvar. Individuelle faktorer hos ansatte i sykehuset viser bl a til krav om kompetanse, kunnskap og ferdigheter hos de ulike aktørene i pasientforløpet for å gjennomføre arbeidsoppgavene som kreves, samt mental og fysiske helse.

Team faktorer fokuserer bla a på om alle har samme forståelse av dagens mål i sin avdeling. Hva slags verbal og skriftlig kommunikasjon utøves teamet f eks operasjonsteamet eller i team ved ortopedisk del i kirurgisk avdeling? Har de standardisert veiledning og hjelpsøking, hvordan er gruppestruktur når det gjelder overensstemmelse, konsistens, ledelse med mer? Arbeidsmiljø faktorer vil kunne beskrive bemanningsnivå, sammensetning av kompetanse, arbeidsbelastning og turnus. Samt utforming, tilgjengelighet og vedlikehold av utstyr, administrativ støtte og ledelsesstøtte, miljø- og fysiske faktorer.

Organisasjon og ledelsesfaktorer håndterer økonomiske ressurser og begrensninger hos ledelsen som har valgt sin organisasjonsstruktur med de føringer, standarder og målsettinger de ser fornuftig. Dette vil kunne gjenspeiles i sykehuset sikkerhetskultur og prioriteringer. Er

det for eksempel kjent i alle nivåer at det skal være et implementert infeksjonskontrollprogram med kvalitetshåndbok og infeksjonsovervåking, og hvem føler eierskap til deltagelse i nasjonale pasientsikkerhetsprogram og kvalitetsarbeid som ”Trygg kirurgi”. Hvordan implementere man bruk av standardiserte forbedringstiltak som sjekklister? Når det gjelder faktortyper innen institusjonell sammenheng og rammebetingelser, ser man på økonomiske motiver, regulerende kontekst, og forbindelser med andre organisasjoner som kan påvirke dette.

Hvert analysenivå kan utvides til å favne en mer detaljert spesifisering av delementene for hver avdeling. Og hver faktortype vil kunne si noe om mulige sammenhenger med turnover, økt mortalitetsrate og infeksjonsrate etter operasjoner ved sykehus A. Analysen gjelder her da først og fremst kirurgisk avdeling med gjeldende sengepost og operasjonsavdeling og vil være de som man først og fremst fokuserer på. Det vil kunne være andre deler av pasientforløpet som er relevant å lete etter hendelser i, der tenker jeg at det kan fanges opp ved å anbefal for eksempel en mer aktiv og målrettet bruk av sykehuset avvikssystem, slik at det vil være et systemoverspennende tiltak der sykehusledelsen bli jobber for å forbedre meldekultur hos alle ansatte i alle ledd av pasientforløpet.



SEIPS – modellen (7, 8) ligner Reasons modell og tar utgangspunkt i Donebedian som legger mest vekt på det enkelte helsepersonell, og beskriver tre dimensjoner for systemtenkning: 1) Struktur, som omfatter ansatte, type profesjoner, IKT systemer, instrumenter, systemkomponenter og interaksjoner. 2) Prosess, som beskriver standardisering, kunnskap om prosess, for eks kvalitetshåndbok med prosedyrer, som sier hva man gjør, og vektlegger samspillet mellom kliniker og pasient. 3) Endepunkt eller utfall, som kan beskrives som frisk,

død, infeksjonsrate, mortalitetsrate, prøveresultater med mer. Endringer kan måles knyttet til type prosesser som igjen er direkte knyttet til utfall. SEIPS - modellen fokuserer på det vide systemet og interaksjon mellom komponentene. Reason og har mer fokus på faglige egenskaper, og tar ikke opp ansattes trivsel, eller utfall for ansatte, eller skiller ut organisasjonsprosessene eller er så sekvensiell som SEIPS - modellen. Begge modellene har allikevel mye av det samme innholdet, og kan brukes i en praktisk tilnærming.

Det er mange metoder for å etterforske og analysere hendelser i helsetjenesten, og flere av disse beskrives som "root cause analysis" (RCA). RCA er årsaksanalyse som søker å finne svar på hva som skjedde og hvorfor. Det kan være nødvendig med RCA for å kunne forklare hva som har skjedd, men Vincent mener det her bare er et delmål i analysen (7), der hendelsen er et vindu til systemet og kan avsløre mangler i helsetjenesten. Dette er en proaktiv og fremtidsrettet tilnærming som kan sees i systemanalyser som Londonprotokollen (7, 9). Londonprotokollen er en helhetlig undersøkelse for alle involverte på alle nivåer i systemet vedrørende kommunikasjon, samhandling, og teamarbeid, med metoder laget for å oppnå åpenhet og unngå sydebukk-mentalitet og rutinemessig skyldfordeling. Vincent bruker derfor begrepet systemanalyse i stedet for RCA for å beskrive sitt forslag til plan for analyse av hendelser (7). Poenget med RCA (7) er å finne årsaksfaktorer til hendelsen, men her ønsker vi å favne videre og se på hva hendelsen i seg selv avslører av gap og mangler i den organisasjonen den oppsto i.

Hendelsesanalyse beskrives av Vincent som å se fremover der man ønsker å fjerne svakheter i systemet for å unngå neste hendelse, der Londonprotokollen (7, 9), som er en systematisk analyse av kliniske hendelser, også ser på hendelser retrospektivt for å avsløre svakheter. Hendelsesanalyse for å forbedre sikkerhet i helsetjenesten er å analysere og klassifisere feil ved å bruke teoretisk rammeverk, og søke å forstå hendelsesforløpet. Denne analyseformen kan oppleves som ikke aktuell her fordi denne situasjonen her ikke handler om enkelthendelser eller feil ved utøvelse av oppgaver, eller avvik man har oppdaget og nå etterforsker. Men vi leter etter mulige hendelser som kan forklare eller ha sammenheng med endringer i utfallene som økt mortalitet og infeksjonsrater, og høy "turnover".

Som eksempel kan man velge å se på utfallsratene, bruke lokale NOIS - data for å følge opp enkelte påviste infeksjoner som hendelser, og bruke analyse for å kartlegge feil og hendelser som kan vise sammenheng her. Dette kan tenkes gjennomført ved bruk av "failure mode and

effect analysis” (FMEA) (7). Det er en teknikk som i fem trinn er brukt ved spesifikke hendelser og som ledd i hendelsesanalyse for å illustrere systemsvakheter for å hjelpe oss å forstå hva som gikk galt; trinn 1) Kartlegging, der man definerer aktuelle fokus innenfor ”healthcare failure modes and effect analysis” (HFMEA), trinn 2) Samle et multi-disiplinært team med alle relevante disipliner representert, trinn 3) Kartlegge prosessen, identifisere subprosesser, og lage flytskjemaer, 4) Gjennomføre en risikoanalyse, med oversikt over alle mulige risikoområder og faktorer, med risikovurdering av disse, 5) Avklare handling i forhold til oppfølging etter risikovurdering og risikoaksept. Starte iverksetting av overvåkingstiltak og målinger, og identifisere mulige målrettede forbedringstiltak og endepunkts-målinger som skal brukes for å teste den nye prosessen, som er redesignet for å håndtere ny risiko.

Bruk av FMEA er ressurskrevende, men vil kunne være effektivt og realistisk om man ser for seg gjennomføring i passe målestokk og en frekvens på kanskje en gang i året. Det må da sees som en del av årlig gjennomgang f eks som en oppsummering av årets lokale forbedringsarbeid til presentasjon ved ledelsens årlige gjennomgang.

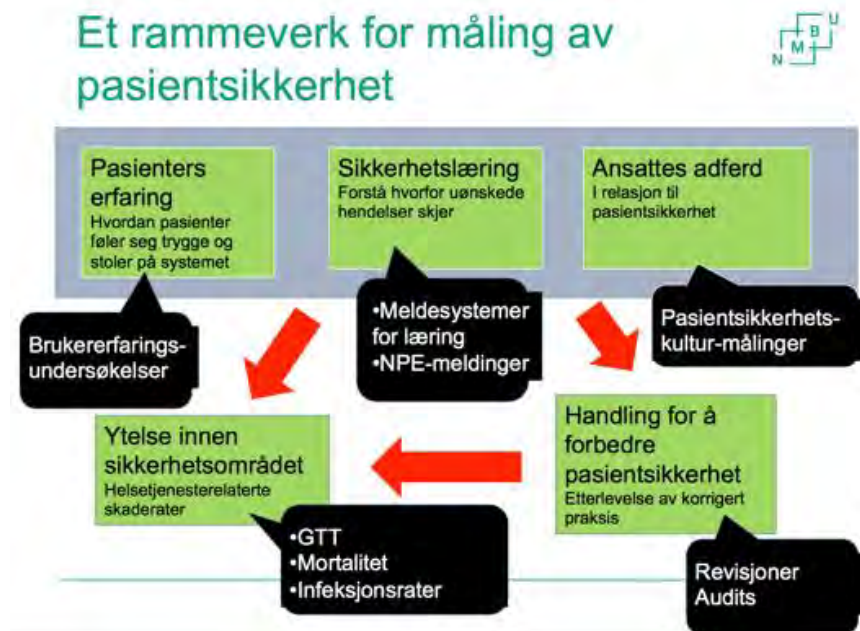
Bruk av hendelsesanalyser kan være gunstig fordi det i enkelte tilfeller kan det være enkelt å identifisere en bestemt handling eller utelatelse av handling som umiddelbare årsak til en hendelse, mens en nærmere analyse ofte avdekker en rekke med begivenheter som førte til et negativt utfall for pasienten. Det å identifisere åpenbare avvik fra god praksis er vanligvis kun det første trinnet i en undersøkelse. En strukturert og systematisk tilnærming innebærer at området som skal dekkes i enhver undersøkelse er klart avgrenset på forhånd.

Hendelsesanalyse brukes retrospektivt, mens teknikker som FMEA som undersøker en prosess ansees som prospektive. Tanken er at da kan man forebygge neste hendelse å skje. Etter hvert vil antagelig prospektive analyser supplere retrospektive analyser, der man bruk FMEA ved enkeltcaser for å identifisere mindre fokusområder som kan systematiseres og ha overføringsverdi i et kontinuerlig forbedrings og evalueringsarbeid på lengre sikt, for å nå visjonen. Ekspertene på FMEA sier at man er avhengig av et erfaringsgrunnlag fra RCA for å arbeide prospektivt. Og med RCA kan det være problematisk å komme til bare en årsak, da det sjelden er bare en.

Jeg har derfor valgt å videre bruke hendelsesanalyse som bygger på Vincent, Taylor-Adams og Stanhopes rammeverk for faktorer som påvirker klinisk praksis, med FMEA som teknikk.

3. Kontroll med målemetoder

Selv om skade defineres kan det være vanskelig å måle, og man må bruke mange målemetoder for å måle pasientsikkerhet. Et rammeverk for å måle pasientsikkerhet, se figur (8), viser her flere ulike målemetoder, der målsetningene er å redusere feil/ulykker og skader.



Samtidig ser man at det å kartlegge feil vil kunne være med på å forbedre sikkerhet og forebygge skade. Sikkerhet her har som mål å forhindre, forebygge og begrenses skader forårsaket av helsetjenesten. I analysen vil jeg benytte meg av følgende tilgjengelig materiell: Retrospektive brukerundersøkelser relatert til pasientforløpet, særlig i kirurgisk avdeling og operasjonsavdelingen, for å se om pasienter påpeker spesifikke feil, skader eller erfaringer ved oppholdet, og om de stoler på og føler seg trygge i systemet. Man bør se pasienten som en aktiv deltager og medeiere i egen behandling og under hele pasientforløpet (10).

Jeg ville tatt med inn i arbeidsgruppen saker i avvikssystemet som var meldt inn av ansatte, evt også se på om det var lite meldte saker og hvordan dette stemmer overens med svar i brukerundersøkelser, da dette sier noe om meldekultur ved sykehuset, som igjen kan si noe om hierarki, trygghet og åpenhet. Her vil også målinger av ansattes opplevelse av pasientsikkerhet bidra til å belyse dette gjøre noe med det dårlige resultatet og ha en plan for hvordan ansatte reagerer/påvirkes av resultatet. NPE - meldinger har mange fakta dokumentert allerede, og vil være et viktig datamateriale som utgangspunkt for målrettede tiltak i handlingsplan. Mortalitet etter operasjoner er lett å måle og har stor betydning

samtidig som den kan sammenlignes i stor grad med nasjonale tall, man ser trender over tid og dette kan gi viktig informasjon om forhold under bestemte perioder. Samtidig er det det verste mulige endepunkt og veier tungt i argumentasjon for fokus på plan til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

På samme måte gir målinger av infeksjonsandel av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) etter inngrep i operasjonsområdet resultater som kan vise en mulig sammenheng mellom faktorer og utfall/endepunkt. GTT – målinger og prevalensundersøkelse av infeksjoner, som for eksempel UVI som er sett som en indikator som er overførbar til kvalitet generelt i en avdeling, vil være realistiske målemetoder som man kan inkludere de som er nærmest pasienten mer i. Det vil kunne medføre større kunnskap og forståelse for både forebygging og konsekvenser, og økt fokus og opplevelse av eierskap og ansvar, der fokus i seg selv er kjent for å gi positiv effekt (Hawthorn effekt). Prevalensregistrering kunne dermed foreslås å overføres til smittekontakter i klinikken etter opplæring og i samarbeid med smittevern og kvalitetspersonell, der ansvar forankres hos avdelingsleder. GTT- målinger, mortalitetsmålinger og infeksjonsovervåking (NOIS) er måleverktøy som benyttes på stabsnivå, der man kan følger opp endringer i antall hendelser innenfor valgte indikatorer og til mortalitets- og infeksjonsrater etter operasjoner. Her er det rom for bedre kommunikasjon med felles gjennomgang av resultater for alle involverte aktører.

Prospektive målemetoder som kan benyttes er bl a revisjoner og mindre egenkontroller, der man kan tenke seg at disse målemetodene, en eller begge, kan settes inn i oppfølging der det avdekkes mangler under hendelsesanalysen.

Funn ved bruk av hendelsesanalysen er utgangspunktet for å lage plan for gjennomføring, med beskrivelse av nåværende status ut i fra flere målemetoder. Her kreves det et arbeidsteam som deltar aktivt og eier prosessen, i nært samarbeid med ledelse og klinikk. Faktortypene i fokus i hendelsesanalysen viser at det er viktig å ha med teammedlemmer som er kjent med klinikkens detaljutfordringer, og innhenter informasjon på flere måter ute i klinikken.

4. Plan for forbedring av pasientsikkerhet

Plan for forbedring forankres i Demings sirkel og bygger på hendelsesanalysen der vi finner forbedringsområder innen de ulike faktortypene (delelementer) som kan påvirke klinisk

praksis; individuelle pasient og ansatte-faktorer, oppgaver og teknologi, team, organisasjon og fellesskap (4, 7).

1. Planlegging ut fra hendelsesanalysen, der funn risiko-vurderes og det prioriteres hvilke risikoområder det iverksettes målrettede tiltak i forhold til. Det kan være allerede meldte avvikssaker, eller funn ved befaring i avdelingen eller i samtaler med ansatte og ledere.
2. Målrettede tiltak der det opprettes ansvarlige for iverksetting og oppfølging.
3. Kontrollere resultater, effekt og sammenhenger, der man følger med på endringer og forbedringer. Justeres for mulige påvirkninger.
4. Evaluering for videreføring av arbeidet med ny oppfølging av hendelser, risikovurderinger og implementering av handlingsplan i daglig drift.

Man må bruke en hendelsesanalyse for å komme frem til utgangspunktet for plan for forbedring. Jeg valgte å bruke Vincent, Taylor-Adams og Stanhope utvidete versjon av Reason organisatoriske hendelsesmodell tilpasset helsesektoren fordi den fokuserer på pasienten som den svake part her, men tar allikevel hensyn til faktorer hos ansatte som individ. Hendelsesanalyse, med ulike teknikker som for eksempel FMEA, velger jeg fordi den gir bakgrunn for jobbe målrettet med fokus på det som hele tiden er dagens svakheter i systemet, som kan være med på å gi flere feil og nye hendelser, mot en fremtidsrettet visjon, og ikke bare se bakover for å lete etter årsakssammenhenger (7).

Handlingsplanen inneholder oversikt over utvalgte forbedringsområder og faktorer rangert etter alvorlighetsgrad etter risikovurdering, fra funn i hendelsesanalysen. Det avklares ansvarlige innenfor arbeidsteamet som har ansvaret for igangsetting, oppfølging og videreføring av sine forbedringsområder. Rådgiver som er tildelt ansvar for forslag til plan er koordinator for hele planen og følger opp hver delansvarlig. Det avtales 1-2 møter per halvår for å samle tråder, og disse suppleres med telefoner eller enkeltmøter mellom koordinator og en el flere medlemmer fra arbeidsteamet. Hovedmøtene brukes for å følge opp hver enkelthendelse som er kartlagt i hendelsesanalysen, ved hjelp av de ulike målemetodene og dette følges opp med å følge med på endringer underveis som presenteres for teamet som tar med seg dette ut igjen til sine avdelinger. Det evalueres fortløpende etter resultater som viser mulige sammenhenger eller effekt ved disse møtene. Der dette er opprettet som prosjekt for en tidsavgrenset periode, søkkes det å implementere dette arbeidet i daglig drift for

videreføring av bruk av samme hendelsesanalyse, plan for målrettede forbedringstiltak og kontroll av målinger med evaluering av arbeidet.

5. Plan for evaluering

Pasientsikkerhetsarbeid kan være avviksmeldingsbasert, skade- eller risikobasert. For å måle effekt må man se på en årsakssammenheng, noe som ikke alltid mulig. Men man kan finne mulige sammenhenger mellom faktorer som påvirker klinisk praksis og endepunktsvariablene mortalitets- og infeksjonsrater, og turnover blant ansatte. Blant annet ved hjelp av prevalens – og insidensmålinger av infeksjoner, GTT- målinger, mortalitetsmålinger, lokalt avvikssystem og brukerundersøkelser. Forbedringer her kan for eksempel synes i form av synkende rater, færre meldte hendelser i avvikssystemet (krever et aktivt system), til NPE eller tilsynssaker, samt bedre kvalitative resultater ved brukerundersøkelser og tilbakemeldinger fra ansatte. Og ikke minst om man kunne se en endring i ”turnover” av ansatte. Her må det tas hensyn til andre innvirkende faktorer og om mulig justeres for disse

Det er viktig å se at arbeidet må ha et system og et individperspektiv, der man både ser på design, teknologi og standardisering, men også ha det for øye at det er utøveren som skaper sikkerhet. Risikohåndtering med regler og målinger er ikke nok, man må ha læringsløyper og pasientens og ansattes fortellinger for å komme videre, både for å endre holdninger, forståelse og risikoopplevelse hos den enkelte og organisasjonskulturen på mikro- og makronivå. Risikokommunikasjon med åpenhet og synliggjøring er viktig og kan ha og f eks ved bruk av §3-3 meldinger som legges ut for felles læring på Kunnskapssenteret sine nettside. Det er viktig å skape motivasjon for de som skal følge opp eget og andres arbeidsfelt, oppgaver og omgivelser, og ansatte i stab må ikke eie forbedringsarbeidet alene, det må deles med klinikerne, med forankring på alle ledelsesnivåer.

Referanser

1. Yassi A KT, de Kok T, Guidotti TL. Basic environmental health: Oxford University Press; 2001.
2. Vincent C. Patient safety. Ch 7: Human error and system thinking.: Wiley - Blackwell.; 2010.
3. Vincent C. The Essentials of Patient Safety. Ch 3: Understanding How Things Go Wrong. 2011.
4. Vincent C, Taylor - Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine.1998.
5. Vincent C. Patient safety. Ch 3: Integrating safety and quality.: Wiley - Blackwell.; 2010.
6. Vincent C. The Essentials of Patient Safety. Ch 2: The Nature and Scale of Harm and Patients. 2011.
7. Vincent C. Patient safety. Ch 8: Understanding how things go wrong.: Wiley - Blackwell.; 2010.
8. Bukholm G. Design, teknologi, kultur. Forelesning ved delemne FHV340 - Pasientsikkerhet og smittevern, 12.november. Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU).2015.
9. Kunnskapssenteret. Systemanalyse av uønskede hendelser: Londonprotokollen.Notat fra Kunnskapssenteret. Oversettelse av Londonprotokollen (2004), Centre for Patient Safety and Service Quality. 2012.
10. Vincent C. The Essentials of Patient Safety. Ch 5: People Create Safety. 2011.