

Veileder for Ledelse av pasientsikkerhet

(+47) 46 41 95 75

Takk

Vi vil takke og anerkjenne Institute of Healthcare Improvement (IHI) for deres velvilighet til å dele sitt materiell slik at det kan komme til nytte i norsk helsetjeneste. Denne veiledningen bygger i stor grad på deres retningslinjer som ble utviklet i forbindelse med deres "100 K lives" og "5 Million lives" kampanjer.

Vi vil i tillegg takke det engelske "Patient Safety First"-programmet og den skotske pasientsikkerhetskampanjen for bruk av også deres materiell, som vi har tilpasset til formatet av denne veiledningen.

Denne veiledningen er basert på litteraturen som er nevnt ovenfor og tilpasset anbefalinger som følger den norske pasientsikkerhetskampanjen. I tillegg er anbefalingene fra Nordisk ministerråd om måling av pasientsikkerhetskultur tatt inn.

Mer informasjon om IHI's retningslinjer for ledelse av pasientsikkerhet finnes på følgende nettsider:

<http://www.ihi.org/IHI/Topics/LeadingSystemImprovement/>

<http://www.ihi.org/IHI/Results/WhitePapers/LeadershipGuidetoPatientSafetyWhitePaper.htm>

Innledning

Helsearbeidere i mange land har vist at pasientbehandling kan gjøres sikrere hvis den organiseres bedre. Myter om at komplikasjoner og pasientskader er uunngåelige, er avlivet, og grensene er flyttet for hva som er akseptabel pasientsikkerhet.

Hensikten med tiltakene i denne veiledningen er å gi ledere et utgangspunkt for hvordan du kan starte eller videreutvikle arbeidet med å forbedre pasientsikkerhet i din organisasjon.

Foreslåtte tiltak og målemetoder, som er nevnt i dette dokumentet, er ikke utfyllende, men utgjør et utgangspunkt for å begynne forbedringsarbeidet. Forslagene presenterer en metodisk tilnærming som kan overføres til andre forbedringsområder.

Innholdet i denne veiledningen kan ikke oppfattes som endelig. Regelmessig revisjon vil være nødvendig for at den skal kunne være oppdatert. Dine forslag til forbedringer, samt historier med eksempler er velkommen.

Del gjerne din erfaring med andre ved å kontakte kampanjesekretariatet på post@pasientsikkerhetskampanjen

Innhold

Ledelse av pasientsikkerhet	6
Bakgrunn	6
Å komme i gang med arbeidet med ledelse av pasientsikkerhet	7
5 tiltak for ledelse av pasientsikkerhet	8
1. Utarbeid strategiske mål som prioriterer pasientsikkerhet	10
Pasienthistorier på styremøtene	10
2. Vis praktisk lederskap for pasientsikkerhet	11
Pasientsikkerhet som fast post på styremøter	11
Kalenderevaluering	11
Pasientsikkerhetsvisitter (leadership walkrounds)	12
Utvikle en god pasientsikkerhetskultur	12
3. Konsekvent og vedvarende fokus fra ledelsen	14
4. Etabler, overvåk og følg opp målinger på systemnivå	15
Overvåking av pasientsikkerhet	15
Overvåk gjennomføring og lokale resultater	16
5. Bygg kompetanse i pasientsikkerhet og systematisk kvalitetsforbedring	17
Kom i gang	19
Annet som kan være til hjelp	20
Vedlegg: Planlegge, utføre, undersøke, handle	23
1. Utfør en dybdeundersøkelse av en pasientskade	23
2. Ledelsens pasientsikkerhetsvisitt	24
3. Tverrfaglige pasientsikkerhetsmøter i avdelingene	24
4. Måling av pasientsikkerhetskultur	25
5. Forslag til tekst i sikkerhetsløfte til personalet fra øverste leder	25
6. Forbedringsmodellen	25

Ledelse av pasientsikkerhet

Målet med denne veilederen er å gi styremedlemmer og ledere i helsetjenesten en oversikt over hvordan de kan utvikle sin rolle og sitt ansvar for å lede pasientsikkerhetsarbeidet i sin organisasjon, og gi dem verktøy for å få dette til.

Bakgrunn

Utdaterte oppfatninger om sykehusledelse vil ofte handle om at sykehusstyrer først og fremst er ansvarlige for organisasjonens omdømme og økonomiske situasjon. Det økonomiske ansvaret er uomtvistelig viktig, men styrets plikter slutter ikke med økonomisk ledelse. Styret er ansvarlig for sykehusets målsetting, strategi, og styring, og for at tjenestene er sikre og gode. Ansvaret for å verne om helsetjenestenes kvalitet står sentralt. Styret er direkte ansvarlig for sykehusets oppdrag, som er å gi pasientene best mulig behandling og å unngå skade på pasientene. Dette ansvaret kan ikke delegeres til klinisk og merkantilt personell alene. Å sikre en trygg pasientbehandling utgjør kjernen i sykehusstyrenes overordnede ansvar.

Helsetjenesten består av mange samarbeidende enheter som er avhengig av god koordinering. I slike komplekse virksomheter er mulighetene for rutinesvikt stor. Likevel er det stor forskjell på i hvilken grad komplekse virksomheter forebygger rutinesvikt og uønskede hendelser. Risikointensive industrier som luftfart, olje og kjernekraft har vist at alvorlige hendelser kan reduseres betraktelig gjennom systematisk arbeid med sikkerhet, kommunikasjon og forebygging av menneskelig svikt. Ved å belyse faktorer som bidrar til bedre sikkerhet har disse industriene redusert alvorlige hendelser betydelig (Flin 2008).

Mange ledere erfarer at sikre og pålitelige helsetjenester gir færre kostnader fordi pasientskadene reduseres. En viktig oppgave for ledere er å la helsepersonell utvikle ferdigheter, rutiner, prosesser og teknologi som gir sikre og pålitelige tjenester.

Bedre pasientsikkerhet oppnås gjennom følgende tre kjerneaktiviteter:

1. Synliggjøre ledelsens prioritering av pasientsikkerhet og kvalitet gjennom tydelige, vedvarende prioriteringer og forpliktelser.
2. Sørge for at organisasjonen har tilgang til kunnskap om best klinisk praksis, og støtte prosesser og metoder for hvordan slik praksis kan iverksettes.
3. Stimulere til at forbedringstiltak integreres i organisasjonens daglige arbeid. Det innebærer å verdsette innsats og positive resultater av forbedringsarbeidet, støtte opp om aktiviteter som gir resultater slik at de opprettholdes, samt sørge for at informasjon om resultater spres i hele organisasjonen

Forbedring av pasientsikkerhet hviler på alle disse tre kjerneaktivitetene. Den vanligste svikten gjelder første punkt. Mer informasjon om hvordan toppledere kan bygge motivasjon og vilje finnes på: www.ihl.org/nr/rdonlyres/95eadb8f-3ad6-4e09-8734-fb7149cfd14/0/boardhowtguide.doc.

Å komme i gang med arbeidet med ledelse av pasientsikkerhet

Følgende spørsmål kan være nyttige for ledere å søke svar på for å få en oversikt over hvordan arbeid med pasientsikkerhet er forankret i egen organisasjon:

- Hva vet jeg som leder om pasientsikkerhet i min organisasjon nå?
- Hva må vi gjøre bedre?
- Hvordan vet vi om vi forbedrer sikkerheten?
- Hvordan kan jeg som leder støtte forbedring av pasientsikkerheten?
- Hvilke ferdigheter og ressurser må vi utvikle?
- Hvordan kan vi vite om vi lykkes?

For å svare på spørsmålene er det først nødvendig å kartlegge pasientsikkerheten i organisasjonen. Det kan gjøres med følgende tiltak:

- Undersøke antall pasientskader i organisasjonen ved å gjennomføre strukturert journalundersøkelse ved hjelp av verktøyet Global Trigger Tool (GTT). I kampanjen blir undersøkelser foretatt på helseforetaksnivå i hele landet, men prosedyren kan med fordel utføres på underliggende enheter. Se www.pasientsikkerhetskampanjen.no for mer informasjon.
- Analysere årsaker til dødelighet i sykehuset ved gjennomgang av de siste 50 dødsfall (se kapittel 4 "Etabler og overvåk målinger for pasientsikkerhet").

- Bruke kjerneårsaksanalyse når alvorlige, uønskede hendelser gjennomgås, og la styret definere viktige momenter som organisasjonen kan lære av hendelsen
- Gjennomgå data som vedrører pasientsikkerhet fra en rekke kilder, for bedre å forstå risiko forbundet med pasientbehandlingen, for eksempel klagesaker og meldinger om uønskede hendelser.
- Undersøke pasientsikkerhetskulturen i organisasjonen ved hjelp av et validert spørreskjema. Dette vil bli gjennomført ved hjelp av Safety Attitude Questionnaire (SAQ) i alle helseinstitusjoner i løpet av kampanjeperioden (2011 – 2013). Se referat fra kampanjens styringsgruppemøte 31.08.2011 på kampanjens nettsider for mer informasjon.
- Gjennomgå en pasienterfaring i dybden (se vedlegg 1 "Utfør en dybdeundersøkelse av pasientskade").

5 tiltak for ledelse av pasientsikkerhet

I de påfølgende kapitlene følger konkrete tiltak ledelsen kan iverksette som vil forbedre pasientsikkerheten i organisasjonen. Pasientsikkerhetskampanjen anbefaler ledelsen i virksomhetene å begynne med følgende fem tiltak for å forbedre pasientsikkerheten og redusere pasientskade. Se også "Kom i gang" side 19.

1. Utarbeid strategiske mål som prioriterer pasientsikkerhet.

- Bruk kunnskap om prosessforbedring til å sette mål som er ambisiøse, som inspirerer, og som er målbare.
- Prioriter tiltak for å nå målene som er satt.
- Lag avtaler for hvilke roller og ansvar ulike styremedlemmer skal ta på seg
- Planlegg og prioriter hvilke kampanjetiltak som skal gjennomføres hos dere i samarbeid med erfarne klinikere.

2. Vis praktisk lederskap for pasientsikkerhet.

- Sørg for at pasientsikkerhet er representert på alle styremøtenes sakslister
- Gå ut og se hvordan pasientsikkerheten ivaretas i virksomheten gjennom å møte personalet. Delta i strukturerte pasientsikkerhetsvisitter i sykehusets avdelinger.
- Gjennomgå din egen timeplan for å evaluere hvor mye tid du bruker på pasientsikkerhets spørsmål.

3. Konsekvent og vedvarende fokus fra ledelsen.

- Vis tydelig og vedvarende støtte for de valgte kampanjetiltakene og mål fremgangen.

4. Etabler, overvåk og følg opp målinger på systemnivå.

- Sørg for at pasientsikkerhetsresultater som for eksempel forekomst av pasientskader, risikojustert sykehusdødelighet og infeksjonsrater inkluderes i styrets styringsparametre.
- Gjennomgå sikkerhetsinformasjon fra et bredt sett av kilder. Det kan være pasientklager, tilsynsrapporter og rapporterte uønskede hendelser for å forstå sikkerhetsrisiko i virksomheten.
- Mål nivå og trinn for gjennomføring av kampanjens tiltak, fra planleggingsnivå til ulike trinn for delvis iverksetting, til full iverksetting.

5. Bygg kompetanse i pasientsikkerhet og systematisk kvalitetsforbedring

- Sørg for at du forstår forbedringsmetodikken.
- Sørg for at personell har tilgang til nødvendige ressurser og kompetanse i forbedringsmetoder.
- Sørg for et fokusert lederskap for å gjennomføre forbedringstiltak.

1. Utarbeid strategiske mål som prioriterer pasientsikkerhet

Organisasjoner som inkluderer forbedring av pasientsikkerhet som et mål i organisasjonens strategi, gjør dette til en tydelig prioritet for alle medarbeidere. Målet bør være visjonært og bør kunne oversettes i målbare størrelser. Eksempler på strategiske mål:

- Innen juli 2013 skal det ikke forekomme forebyggbare pasientskader eller dødsfall ved vårt sykehus
- Innen 31. august 2013 skal vi ha redusert sentrale venekateter (CVK) infeksjoner til null

Dersom en organisasjon allerede har angitt spesifikke mål for pasientsikkerhet, er det verdt å gjennomgå dem for å sikre at ønsket budskap formidles på en tydelig måte.

Hvis man inkluderer en strategi for spredning vil ansatte bli oppmerksom på at målene ikke kun er satt for et forbigående prosjekt, men er del av en løpende plan for forbedring av pasientsikkerhet.

Når målene er avtalt og formål og målsettinger er kommunisert, både innenfor og utenfor organisasjonen, kan engasjementet for målbar forbedring av pasientsikkerhet annonseres offentlig.

Pasienthistorier på styremøtene

Gjennom bruk av konkrete pasienthistorier på styremøter kan styremedlemmene få en bedre forståelse av kilder til risiko i organiseringen av virksomheten, og effekten det har på pasienter, familier og ansatte. Det foreslås at man bruker en trinnvis tilnærming når dette tiltaket iverksettes. En foreslått tilnærming er skissert i vedlegg 1: "Utfør en dybdeundersøkelse av en pasientskade".

2. Vis praktisk lederskap for pasientsikkerhet

Når ledere viser ekte engasjement for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet, vil de ansatte gjøre det samme. Ledere kan tydeliggjøre organisasjonens forpliktelse til å prioritere pasientsikkerhet ved å gjøre følgende praktiske tiltak:

- Pasientsikkerhet som fast post på styremøter
- Kalenderevaluering av tidsbruk på pasientsikkerhet
- Pasientsikkerhetsvisitter på avdelinger
- Utvikle en god pasientsikkerhetskultur

Pasientsikkerhet som fast post på styremøter

Tiltak for sikrere pasientbehandling bør være første punkt på agendaen på hvert styremøte. En slik tilnærming forplantes til hele organisasjonen, slik at pasientsikkerhet blir det første elementet på hver agenda, og i intern informasjon til de ansatte.

Styret bør bruke en betydelig andel av sin tid på problemer knyttet til pasientsikkerhet og kvalitet. Det anbefales at foretaksstyrene gradvis arbeider mot et mål om å tilbringe ca 25 % av sin møtetid på saker som spesifikt berører kvalitet og pasientsikkerhet.

For å kunne balansere dette mot styrets ansvar for å ha oversikt over alle deler av virksomheten, trenger foretaksstyrene et godt system for balansert målstyring. For å evaluere egne prioriteringer kan foretaksstyrene gjennomgå sine sakslister over en periode bakover i tid, og bedømme om tilstrekkelig tid har vært satt av til saker som handler om kvalitet og pasientsikkerhet. Eksempel på saker som styrene kan sette på sin agenda er pasienthistorier.

Kalenderevaluering

Ledere anbefales å evaluere hvor mye tid de har brukt på forbedring av kvalitet og sikkerhet ved å gjennomgå sin egen kalender tilbake i tid.

Pasientsikkerhetsvisitter (Leadership WalkRounds)

Pasientsikkerhetsvisitter er en standardisert måte for ledere å møte personalet jevnlig, hvor de får direkte innspill om pasientsikkerhet. Ved å gjennomføre pasientsikkerhetsvisitter på avdelinger og sengeposter i sykehus, tilrettelegger tiltaket for dialog mellom toppledelse og helsepersonell. Vesentlig informasjon og viktige problemstillinger fra visittene meldes tilbake til foretaksstyret. Under visitten identifiseres tre, konkrete forhold som skal utbedres. Ansvar for oppfølging av sakene fordeles på ulike ledernivåer i organisasjonen, med tidsfrist. Ved at topplerne forplikter seg til å gjennomføre regelmessige visitter, kan en få en felles forståelse for sikkerhetsutfordringer i virksomheten. En slik felles forståelse danner grunnlaget for en god pasientsikkerhetskultur. Å gjennomføre pasientsikkerhetsvisitter kan høres enkelt ut, men krever nøye planlegging og forberedelse for å sikre at aktuelle temaer og hensyn noteres, følges opp i tiltak og at resultater loggføres. Retningslinjer for gjennomføring av pasientsikkerhetsvisitter finnes i Manual for pasientsikkerhetsvisitter, og er beskrevet kort i vedlegg 2 "Ledelsens pasientsikkerhetsvisitt".

Utvikle en god pasientsikkerhetskultur

"Når lederne endrer sin reaksjonsmåte på feil og uønskede hendelser, og spør hva som skjedde i stedet for hvem som gjorde feilen, vil kulturen innen helseinstitusjoner begynne å endre seg". Institute for Healthcare Improvement, Leadership Guide to Patient Safety 2006.

Menneskelig svikt forekommer under normale omstendigheter, og ikke nødvendigvis på grunn av dårlige evner eller svak dømmekraft. Helsetjenesten har mange dyktige og engasjerte medarbeidere som er i stand til å levere omsorg av høy kvalitet, men de sviktes ofte av at systemene de arbeider i ikke tar tilstrekkelig hensyn til risikoen for menneskelig svikt. For å bli sikrere, trenger helsetjenesten å dyrke frem kulturer som gjør det lettere for helsepersonell å gjennomføre trygg og god behandling. Det må samtidig foreligge en forpliktelse til full åpenhet, unnskyldning, støtte og oppreisning for pasienter og familier når skade oppstår. Hvordan organisasjonen oppfører seg i slike situasjoner er kritisk for muligheten til å utvikle en kultur preget av åpenhet og læring.

Helsetjenesten kan aktivt lære mer om mekanismer for pasientskader. Eksempler på aktiviteter er kjerneårsaksanalyser, risikoanalyser og sårbarhetsanalyser. Regelmessige pasientsikkerhetsmøter i hver behandlingsenhet er en hensiktsmessig ramme for å lære av systemfeil. Møtene bør være tverrfaglige og holdes for eksempel en gang i måneden, for å sikre at slike rutiner gjennomføres må praktisering av dem følges opp av direktører og styremedlemmer. Slike aktiviteter er med på å ska-

pe en bedre pasientsikkerhetskultur. Se mer om tverrfaglige pasientsikkerhetsvisiter i vedlegg 3.

Forbedring av pasientsikkerhetskultur kan måles gjennom pasientsikkerhetskultur-/sikkerhetsklimaundersøkelser. Slike undersøkelser fanger opp personalets oppfatninger om, og holdninger til teamarbeid, hvordan pasientsikkerhet prioriteres i behandlingsenheten, og hvordan de opplever at ledelsen tilrettelegger rutiner for trygg pasientbehandling.

Helseinstitusjoner vil gjennom pasientsikkerhetskampanjen undersøke sin pasientsikkerhetskultur/ sikkerhetsklima. Undersøkelsen bør gjøres i henhold til anbefalingene fra Nordisk ministerråd, som innebærer at de:

- anvendes på klinisk team/avdelingsnivå
- anvendes til intern sammenligning over tid (f.eks effektmåling av intervensjoner)
- anvendes til å identifisere problemområder ved intern gjennomgang
- har en svarprosent fra deltagende medarbeidere som er tilstrekkelig (større enn 70 %)

Styringsgruppen i pasientsikkerhetskampanjen har bestemt at spørreskjemaet Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) skal benyttes i kampanjen fordi det er det eneste spørreskjemaet som både er godt validert for å kartlegge pasientsikkerhetskultur i Norge, og fritt tilgjengelig for bruk på norsk. Viser til kampanjens nettside for mer informasjon om spørreskjemaet og valideringen.

3. Konsekvent og vedvarende fokus fra ledelsen

For å lykkes i vedvarende forbedring, må topplederne overvåke gjennomføringen av pasientsikkerhetstiltak, slik at sikkerhetsarbeidet får førsteprioritet. Topplederne bør rapportere personlig til styret om målbar fremgang.

Alle ledere bør tildeles et spesifikt lederansvar for pasientsikkerhetstiltak. Det bør også omfatte ledere uten klinisk bakgrunn– erfaring viser at økonomidirektørens medvirkning kan være av stor betydning. Slike forpliktelser kan inngå i den årlige prosessen med å sette opp personlige mål for hvert enkelt leder.

Administrerende direktør bør sikre at det er klare koblinger mellom kvalitet, resultatstyring og ledelse. Sikkerhetsarbeidet skal ha førsteprioritet. Styrene bør gi en (offentlig) uttalelse til de ansatte om dette. Det er lagt ved forslag til tekst for dette formålet, som organisasjonene kan endre og bruke etter behov (se vedlegg 5). Tiltaket må ikke bli sett på som et tilleggprosjekt – det handler om å endre tanke- mønstre, atferd og handlinger, slik at pasientsikkerhet blir normen.

4. Etabler, overvåk og følg opp målinger på systemnivå

Kartleggingen og samkjøringen av allerede etablerte, relaterte prosjekter, vil gjøre det enklere for alle ansatte å se sammenhengen mellom de ulike pasientsikkerhets tiltakene. Klare koblinger mellom hvordan arbeidet samlet sett skal bidra til å minimere skader og dødsfall som kan unngås, sender en sterk melding til organisasjonen om at pasientsikkerhet utgjør den viktigste delen av arbeidet.

Overvåking av pasientsikkerhet

Styrene anbefales å regelmessig be om en rapport over virksomhetens pasientsikkerhet, som en metode til å overvåke fremdriften i organisasjonen. Målene for pasientsikkerhet bør inngå i en samlet oversikt over organisasjonens resultat sammen med aktiviteter og økonomiske resultater.

Et sentralt mål for pasientsikkerhet er forekomst av pasientskade som registreres per 1000 pasientdager. Dette målet kan fremskaffes ved hjelp av journalundersøkelse med Global Trigger Tool (GTT). I kampanjen gjennomfører alle helseforetak journalundersøkelser med GTT for å avdekke pasientskader på foretaksnivå. Prosedyren innebærer undersøkelse av et tilfeldig utvalg av ti journaler blant pasienter som er utskrevet fra sykehuset for hver 14-dagers periode. Utskrivelsene bør ligge minst 30 dager tilbake i tid.

"Tematisk" bruk av GTT kan også være nyttig. Verktøyet kan for eksempel brukes til å gjennomgå pasientnotater for femti pasienter som mottar antikoagulasjonsbehandling, for å identifisere felles triggere og skadehendelser i den aktuelle tjenesten/pasientgruppen. Denne bruken av verktøyet fjerner ikke behovet for gjennomgang av pasientnotater i hele organisasjonen. Du finner mer informasjon om GTT på www.pasientsikkerhetskampanjen.no.

Styret bør i tillegg overvåke mer spesifikke standarder/målepunkt knyttet til de enkelte kampanjeintervensjonene som organisasjonen er involvert i. Det er også hensiktsmessig å legge til konkrete, lokale målepunkt som man blir enige om.

Innledende skadegjennomgang

I første omgang kan styret gi fullmakt til en gjennomgang av notatene i de 50 siste, etterpåfølgende dødsfallene i sin organisasjon. Dette utføres ved hjelp av et matriseverktøy basert på årsaken til innleggelsen og hvor pasienten opprinnelig ble lagt inn. Resultatene fra dette arbeidet legges deretter frem for styret. Verktøyet er utviklet for å kunne brukes som en del av et program for å redusere dødeligheten og forbedre terminalpleien, og bidrar til at organisasjonene kan gå inn i minste detalj i tilfellene som undersøkes, for å identifisere systemfeil. Ved å bruke verktøyet på et tidlig stadium i pasientsikkerhetsarbeidet, kan det avsløres en mengde systemdefekter som ikke har vært kjent for styret tidligere.

Verktøyet og veiledningen kan lastes ned fra

www.institute.nhs.uk/images/documents/BuildingCapability/use_of_3x2_matrix_v1.pdf

Overvåk overordnede målinger, gjennomføring av lokale målinger, tiltak og bearbeiding av resultater lokalt

Styrene kan overvåke fremgangen på en mer effektiv måte når de mottar relevante pasientsikkerhetsdata og informasjon i et format som er lett å tolke. Dette gjør det også mulig for dem å gripe fatt i problemer som hindrer fremgang.

Ledelsen i organisasjonen bør opprette en prosjektplan for hvert tiltak, med klare milepæler. Det bør finne sted hensiktsmessig og betimelig rapportering av gjennomføring av tiltak, hvordan fremgangen er i forhold til planen, og spesifisering av ansvarlige.

Sikre at følgende problemstillinger settes som faste saker på agendaen i møter med ledelse og personalet (som for eksempel på tverrfaglige pasientsikkerhetsmøter):

- Hvilke mål vil vi oppnå? Hva er forbedringsstrategien?
- Hva viser resultatene? Er vi på vei mot å oppnå målene? Hvis ikke, hvorfor ikke?
- Hvordan praktiserer vi forebyggende tiltak som kan påvirke målet?
- Hvilke tiltak må vi revidere eller gjennomføre for å nå målene?
- Hvilke tiltak er de viktigste for å nå målene?

5. Bygg kompetanse i pasientsikkerhet og systematisk kvalitetsforbedring

Styret skal være fortrolig med formålet med pasientsikkerhetstiltakene og hva styret kan gjøre for å sikre at de lykkes. For å oppnå dette, må styret identifisere egne behov for læring, for eksempel behovet for å forstå forbedringsmetoder, slik at de på en god måte kan engasjere seg i og utfordre rapportene som kommer inn. Opplæring i pasientsikkerhet og skadereduksjon anbefales å starte på styrenivå, og et planlagt opplæringsprogram kan bidra til å skape forventninger om opplæring for hele personalet. Opplæringsmoduler for styremedlemmer skal besvare følgende spørsmål:

- Hvilke forventninger stilles til styret når det gjelder kvalitet og sikkerhet?
- Hva er nåværende status for kvalitetsutvikling og sikkerhet i helsetjenesten generelt, i ditt lokalsamfunn og i helsetjenestens organisasjoner? Hvordan er rådende klinisk praksis i forhold til beste klinisk praksis?
- Hvordan kan styret effektivt utnytte sine roller og erfaringer til å påvirke takten på kvalitetsutviklingen i sin egen organisasjon?
- Hva er de beste strategiene for å opprettholde og drifte kontinuerlig forbedring?

Når styrene utvikler en bevissthet om hvilken rolle den menneskelige faktoren spiller i tilfeller med feil og skader, og kan koble denne kunnskapen med en forståelse av hvordan man konstruerer pålitelige systemer, vil det ikke bare gjøre dem årvåkne i forhold til det som skjer i organisasjonen, men også endre hvordan de reagerer på feilene som forekommer.

De fleste styrene og lederne overvurderer klinikere sin evne til å endre sine rutiner selv. I mange tilfeller, selv med tilstrekkelig vilje og gode ideer som har fungert andre steder, stopper gjennomføringen. Styrene kan arbeide for å sikre at alt helsepersonell vet hvordan man forbedrer gjennomføring av helsetjenestene, og lederne kan bidra til å spre forbedringstiltak til hele systemet og opprettholde fremgangen over tid. Dette kan bare oppnås hvis styrene sørger for at det finnes opplæringsprogrammer om forbedringsverktøy og -teknikker som alle ansatte som har behov for det, kan få tilgang til på en enkel måte. (Les om forbedringsmodellen i vedlegg 6).

Kom i gang

Før testing og innføring av "ledelse av pasientsikkerhet", bør organisasjonene vurdere følgende aktiviteter for å ta steget i riktig retning:

- Distribuer veiledningen umiddelbart til styret og ledere i organisasjonen.
- Sett pasientsikkerhet på dagsordenen på de neste styremøtene og møter i relevante utvalg, samt på møter i den øverste ledelsen, i medisinske utvalg og kvalitetsutvalg.
- Åpne disse møtene med en kort oppsummering av en faktisk pasienthendelse, som illustrerer en skadetype eller et skademønster som har oppstått i løpet av den siste måneden i deres organisasjon. Dette fungerer mest effektivt når den kobles til organisasjonens strategi for skadereduksjon, deriblant hvilken lærdom man har dratt av hendelsen og hvilke tiltak styret har etterspurt.
- Presenter de fem tiltakene (omtalt her) som skal forbedre kvaliteten og redusere skade, og utarbeid en handlingsplan for hvordan arbeidet med innføringen av hvert tiltak skal foregå i løpet av den neste måneden.
- Legg organisasjonens skadestatistikk på systemnivå på bordet til styret og den øverste ledelsen.
- Kartlegg alle aktivitetene, prosjektene og initiativene som allerede pågår i organisasjonen. Koble disse til statistikken på systemnivå, slik at du og alle ansatte kan se hvordan resultatene av dette arbeidet samlet sett kan bidra til at man når de øverste målene.

Annet som kan være til hjelp

Styring og lederskap for høyere kvalitet:

Bader B. Best Practices for Board Quality Committees. Great Boards. April 20, 2006.

http://www.greatboards.org/newsletter/2001/october/gb_2001oct_effectiveboard.PDF

Bader B. 7 Things Your Board Can Do to Improve Quality and Patient Safety. Great Boards. Våren 2006.

http://www.greatboards.org/newsletter/2006/spring/spring2006_greatboards.pdf

Bader B. Quality and Patient Safety: Engaging Your Board to Take the Lead. ACHE Journal, mars-april 2006.

http://www.greatboards.org/pubs/Healthcare_Executive_Bader_article_patient_safety.pdf

Bader B. The right stuff, the right way: 10 ways to improve board meetings. Great Boards. Vinter 2005.

http://www.greatboards.org/newsletter/reprints/Ten_Ways_to_Improve_Board_Meetings.pdf

Botwinick L, Bisognano M, Haraden C. Leadership Guide to Patient Safety. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2006. (Tilgjengelig på www.IHI.org.)

Flin R, O'Connor P and Crichton M. Safety at the Sharp End: A Guide to Non-Technical Skills by (Paperback – 28. feb. 2008).

Gautam KS. A call for board leadership on quality in hospitals. Qual Manag Health Care. 2005;14(1):18-30.

Gosfield AG, Reinertsen JL. The 100,000 Lives Campaign: Crystallizing standards of care for hospitals. Health Affairs. 2005;24(6):1560-1570.

Great boards ask tough questions: What to expect from management on quality. The Governance Institute. 2005;16(2).

Joshi MS, Hines SC. Getting the board on board: Engaging hospital boards in quality and patient safety. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2006;32(4):179-187.

Move Your Dot™: Measuring, evaluating, and reducing hospital mortality rates. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2003. (Tilgjengelig på www.IHI.org.)

National Patient Safety Agency. Seven Steps to Patient Safety (all versions): www.npsa.nhs.uk/patientsafety/improvingpatientsafety/patient-safety-tools-and-guidance/7steps/

NHS Confederation and National Patient Safety Agency, Briefing 5 actions to improve reporting. www.npsa.nhs.uk/nrls/reporting/five-actions-to-improve-reporting

Nolan T, Resar R, Haraden C, Griffin FA. Improving the Reliability of Health Care. IHI Innovation Series white paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2004.

Patient safety survey. Trustee. 2005;58(1):8-9.

Reason J. 'Managing the Risks of Organizational Accidents' 1997 Ashgate, Aldershot.

Reinertsen J, Pugh M, Bisognano M. Seven Leadership Leverage Points for Organisation-level Improvement in Health Care. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2005. (Tilgjengelig på www.IHI.org)

Reinertsen J. A Theory of Leadership for the Transformation for Health Care Organisations. The Reinertsen Group; May 2003. (Upplisert manuskript, revidert januar 2004.)

Vincent C. 'Patient Safety'; 2006 Elsevier, Oxford.

Whittington J, Simmonds T, Jacobsen D. Reducing Hospital Mortality Rates (Part 2). IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2005.

Publikasjoner fra styringsinstitusjoner

Board Quality Committees: The Governance Institute's Fax Poll Results. Dec 2002.

Getting on Board with Quality. Board Room Press. Februar, 2005.

Taking a Strong Stance on Quality Oversight. Board Room Press. Oktober, 2006.

The Board's Role in Quality Oversight: Not a Responsibility That Can Be Delegated. Board Room Press. Oktober, 2004.

Total Quality Management: A Committee Takes the Reigns. Board Room Press. April, 2006.

Presentasjoner fra IHI National Forum

Bader B, Joshi M. Hospital Boards: No Pain, No Gain. IHI National Forum, des. 2005. Tilgjengelig 20. april 2006.

<http://www.delmarvafoundation.org/newsAndPublications/presentations/documents/ihidecember2005.pdf>

Bader B. Follow the Leaders. IHI National Forum, des. 2005. Tilgjengelig 14. mai, 2007.

http://www.ihl.org/ihl/files/Forum/2006/Handouts/C9_BBader_Follow_the_Leaders_Handout.pdf

Joshi M, Christian D. How Governance Makes a Difference in the Quality of a Hospital's Performance. IHI National Forum, des. 2004. Tilgjengelig 20. april 2006.

www.ahqa.org/pub/uploads/LeadershipSession_Joshi.ppt

Publikasjoner fra American Hospital Association for styring i helsetjenesten

http://www.aha.org/aha_app/issues/Quality-and-Patient-Safety/index.jsp

Does Excellent Health Care Governance Lead to Excellent Performance? (Or, can a Great Board make a Difference?).

Hospital Patient Safety and Quality Monitoring: A Resource for Governing Boards and Trustees.

Patient Safety and Quality Reporting for Governance: Data Reporting Guide for Hospital Staff.

Viktige organisasjoner innen ledelse og styring

Center for Healthcare Governance www.americangovernance.com/.

CMS www.cms.hhs.gov/.

Estes Park Institute www.estespark.org/.

Great Boards www.greatboards.org/.

JCAHO: www.jointcommission.org/.

National Center for Healthcare Leadership www.nchl.org/.

National Quality Forum www.qualityforum.org/.

The Governance Institute www.governanceinstitute.com/.

Vedlegg: Planlegge, utføre, undersøke, handle

1. Utfør en dybdeundersøkelse av en pasientskade

Øverste leder skal personlig, med hjelp fra den medisinske ledelsen og pleielederen, utføre en detaljert undersøkelse av en betydelig pasientskade som har forekommet på sykehuset.

- Identifisere en pasient
- Undersøke hendelsen i detalj. Dette omfatter samtaler med den aktuelle pasienten, samt pårørende og personale. Formålet er å få innsikt i hele historien, i all sin kompleksitet, for å belyse faremomentene i en kompleks helseorganisasjon.
- Øverste leder skal personlig legge frem dette tilfellet for styret i et møte som skal vare minst én time.
- Hvis det er mulig og ønskelig, skal den aktuelle pasienten og/eller vedkommendes pårørende delta på styremøtet for å gi sine fremstillinger av saken.
- Øverste leder skal gjennomgå hendelsen ved å innhente tilbakemeldinger fra styret og pasienten og/eller vedkommendes pårørende.
- På bakgrunn av erfaringer og tilbakemeldinger oppretter du en plan for hvordan prosessen kan utføres annerledes neste gang. Hvis pasienten for eksempel syntes det var vanskelig å besvare spørsmål i styrerommet, må du samarbeide med pasienten for å finne ut hvordan dette kan gjennomføres på en bedre måte. Kanskje spørsmålene kan stilles på en annen måte, eller man må finne et mer egnet møtested.

2 . Ledelsens pasientsikkerhetsvisitt

Se hele veilederen for pasientsikkerhetsvisitter:

http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/Ledere/Artikler/_attachment/227?ts=12dc1f92bd0

Pasientsikkerhetsvisitter har blitt testet av en nasjonal pilot på Nordlandssykehuset i pasientsikkerhetskampanjen. Pilotrapporten med erfaringer og resultater vil være tilgjengelig på www.pasientsikkerhetskampanjen.no i løpet av høsten 2011.

Følgende lenke kan gi praktiske råd for gjennomføring:

<http://www.hret.org/quality/projects/walkrounds.shtml>

3. Tverrfaglige pasientsikkerhetsmøter i avdelingene

Tverrfaglige pasientsikkerhetsmøter er regelmessige møter mellom ledere og personale fra ulike faggrupper som samarbeider om å behandle pasienter. Hensikten er å skape en fast arena for å drøfte årsaker til, og lære av uønskede hendelser, slik at mekanismer for slike hendelser kan identifiseres og tiltak for å redusere risiko prioriteres. Læring foregår i henhold til forbedringsmodellen (se vedlegg 6).

Tverrfaglige pasientsikkerhetsmøter gjentas jevnlig og anbefales gjennomført månedlig i hver behandlingsenhet. De kan også iblant gjennomføres på tvers av flere behandlingsenheter som samarbeider om pasienter. Manualen for tverrfaglige Pasientsikkerhetsmøter er tilgjengelig på www.pasientsikkerhetskampanjen.no

4 . Måling av pasientsikkerhetskultur

Sikkerhetsklimaundersøkelsen: Safety Attitude Questionnaire (SAQ), finner du mer informasjon om her:

http://www.uth.tmc.edu/schools/med/imed/patient_safety/questionnaires/registration.html

5. Forslag til tekst i sikkerhetsløfte til personalet fra øverste leder

Pasientsikkerhet: Retningslinjer for sikkerhetsløfte til personalet

Avsnittet under er ment å fungere som en veiledning til personalet, og distribueres slik organisasjonen ønsker.

Styreerklæring:

Styret vil "å gi pasientenes sikkerhet førsteprioritet i alle situasjoner", og målet er å oppnå resultatet "ingen dødsfall som kan unngås, og ingen skader som kan unngås" i hele helsetjenesten. Pasientenes sikkerhet har derfor høyeste prioritet. Krav om økonomisk balanse, må ikke gå på bekostning av sikkerheten til pasientene våre. Det er viktig at personalet tar opp problemet med sine overordnede hvis de føler at pasientenes sikkerhet settes på spill.

6. Forbedringsmodellen

Forbedringsmodellen, også kjent som PDSA -sirkelen (Plan, Do, Study, Act), går ut på å planlegge konkrete tiltak, utprøve disse i liten skala, vurdere effekt, og revidere eller spre tiltakene.

Kampanjesekretariatet tilbyr manualer og kurs i forbedringsmetodikken. I tillegg arrangeres det lokale og nasjonale læringsnettverk per innsatsområde, inkludert ledelse. Læringsnettverk er samlinger hvor deltakere får innføring i blant annet forbedringsmodellen, og utvikler kompetanse på å gjennomføre tiltak i egen organisasjon.

Mer informasjon, Introduksjon og praktiske manualer i forbedringsmetodikken vil bli tilgjengelige på kampanjens nettsider i løpet av høsten 2011 på

www.pasientsikkerhetskampanjen.no