

Pasientbehandling forbedres gjennom å lære av uønskede hendelser

Pasientsikkerhet

Vi leger har som mål for vårt arbeid å gi pasientene best mulig diagnostikk, behandling og omsorg. Organiseringen av behandlingen understøtter dessverre ikke alltid dette arbeidet, og det skjer for mange uhell og uønskede hendelser. Forbedring av behandlingsprosessene er et ledelsesansvar. Legene må få tid til å planlegge og etterprøve hvordan pasientbehandlingen gjennomføres og organiseres, og til å arbeide kontinuerlig med forbedringer.

Oppmerksomheten i medisinske miljøer har tradisjonelt vært rettet mot det som er faglig velbegrunnet og dokumentert behandling. Det har i stor grad vært tatt for gitt at behandlingen som forordnes vil bli gjennomført uten at pasienten utsettes for unødig risiko eller skade. De siste ti år har imidlertid undersøkelser i flere vestlige land vist at pasientskader oppstår ved ca. 10 % av alle sykehusopphold (1). Halvparten av disse forårsakes av måten behandlingen gjennomføres på, for eksempel feil forbundet med medikamentbruk, sykehusinfeksjoner, tekniske feil under operasjoner, fall eller forsinket diagnose.

Vi gjør alle feil og kommer til å bli involvert i uheldige hendelser – målet må være å begrense antall og alvorlighetsgrad. Vi må også minne både pasienter, pårørende, medarbeidere og oss selv om at det kan oppstå komplikasjoner og uønskede situasjoner uten at det er begått feil. For å klare å håndtere uheldige hendelser trengs god og ærlig kommunikasjon gjennom hele behandlingsforløpet. Peter F. Hjort har nylig skrevet en lære-, tenke- og faktabok om uheldige hendelser som er et godt bidrag til kunnskap og innsikt i tema (2).

Gjennomgang av uheldige hendelser gir muligheter for læring. Vi skal likevel ikke glemme læringseffekten av situasjoner som går bra og bygge på dette. Det kan gjøres mye middelmådig arbeid uten å gjøre feil. Målet må være god kvalitet både gjennom systematisk gjennomgang av positive erfaringer og læring av uheldige hendelsene.

Pasientene skal være sikre på at helsetjenesten kontinuerlig jobber for forbedring. Et viktig virkemiddel er reell mulighet til å lære av uheldige hendelser. Dette er bare mulig hvis vi trygt kan si fra om uønskede hendelser og feil. Det primære målet med å si fra må være forbedring av helsetjenesten og derved pasientsikkerheten – ikke straff. Ledelsen på alle nivåer i helsetjenesten må tilrettelegge for identifisering, kartlegging og grundig analyse av uønskede hendelser. Da kan vi måle kvalitet og pasientsikkerhet, og dermed skaffe oss et bedre grunnlag for forbedring.

Pasientsikkerhet påvirkes av de verdier og holdninger som preger helsetjenesten – enten det gjelder sykehus, sykehjem, legekantor eller legevakt. Dette kalles organisasjonens pasientsikkerhetskultur. Pasientsikkerhetskulturen påvirkes av den prioriterte ledelsen gir pasientsikkerhet og av den dialog ledelsen har med helsepersonell i frontlinjen. Undersøkelser har vist at forekomsten av uønskede hendelser påvirkes av i hvilken grad helsepersonellet opplever at det er lett å melde fra om problemer i pasientbehandlingen. Eksempler fra USA har vist at det er mulig å redusere forekomst av skade og død betydelig som følge av at personalet får bidra med innspill om hvordan man kan forebygge at skade skjer (3).

For å senke terskelen for å rapportere avvik, bør melding kunne skje konfidensielt. De som analyserer rapportene må ha mulighet for å kontakte melder for utdyping av detaljer uten at informasjon om melder gis videre. De som rapporterer må være trygge på at meldingen blir tatt på alvor, og at det å melde kan føre til forbedringer i helsetjenesten. Melding i seg selv fører ikke til forbedring. Det må utvikles effektive systemer for håndtering av meldingene og tilbakeføring av informasjon både til organisasjonen og til helsepersonellet. På den måten kan man lære av sine feil, og bare på den måten kan pasientsikkerheten og kvaliteten på helsetjenesten bedres.

Forbedring av pasientsikkerhet krever et oppriktig og vedvarende engasjement fra ledelse og ansatte på alle nivåer. Vi kan ikke bare praktisere kunnskapsbasert medisin – vi må også kunne dokumentere at vi faktisk gjør det. Institute of Healthcare Improvement i USA har utarbeidet en veiledning for hvordan ledere kan forbedre pasientsikkerhet (4). Den understreker betydningen av at pasientsikkerhet defineres som virksomhetens fremste verdi og at engasjementet frontes av toppledelsen i helsetjenesten.

Legeforeningen har et aktivt pasientsikkerhetsutvalg og har også utarbeidet en rapport om pasientsikkerhetsarbeid. Landsstyremøtet vedtok i mai i år en resolusjon hvor man tydelig påpeker behovet for mer åpenhet og læring av uønskede hendelser for å øke sikkerheten for pasientene.

Det må utvikles gode metoder til å dokumentere resultatene av pasientbehandlingen. Helsetjenesten må i mye større grad styres etter resultater som gjenspeiler kvalitet i stedet for økonomi. Høy produktivitet har liten verdi hvis det vi produserer gir for mange uønskede hendelser. Klinikere må gis tid og rom til kontinuerlig å etterprøve sitt arbeid og til å bruke resultatene i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Helsemyndighetene må snarest sikre rammebetingelser for gode meldesystemer og bruk av tilbakemeldingene for aktiv læring. Legeforeningen er en aktiv medspiller i dette arbeidet.

Litteratur

1. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: Preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001; 322 (7285): 517–519.
2. Hjort, PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007.
3. Pronovost PM, Weast BM, Rosenstein BM et al. Implementing and Validating a Comprehensive Uni-Based Safety Program. *Journal of Patient Safety* 2005; 1(1): 33–40.
4. Botwinick L, Bisognano M, Haraden C. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement 2006. Leadership Guide to Patient Safety. (<http://www.ihl.org/IHI/Results/WhitePapers/LeadershipGuidetoPatientSafetyWhitePaper.htm> (2.10. 200).)



Torunn Janbu

Torunn Janbu
torunn.janbu@legeforeningen.no
president