Amerikanska vårdgivare skapar uppslutning för vård utan skador

MARION LINDH, chefläkare, Patientsäkerhetsfunktionen, Centrum för vårdutveckling, Stockholms läns landsting
marion.lindh@sll.se
CARL-JOHAN WALLIN med dr, överläkare, anestesi- och intensivvårdskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge
HÅKAN GÖTMARK, chefläkare, Södertälje sjukhus, Stockholms läns landsting
MAGNA ANDREEN SACHS, docent, Senior advisor, Medical Management Centre, Karolinska institutet

Hösten 2007 besökte representanter för landstingsledningen i Stockholms län ett antal sjukvårdsorganisationer i USA: Vanderbilt University Medical Center (VUMC) i Nashville, Tennessee, National Center for Patient Safety och Veterans Affairs Hospital inom Veterans Health Administration (VHA) och University of Michigan Health System (UMHS). De två sistnämnda finns i Ann Arbor, Michigan (Fakta 1).

I studieresan deltog politiker, sjukhusdirektörer och chefläkare, och skälet var ett behov av att få inspiration inför vidareutvecklingen av landstingets arbete med kvalitet och patientsäkerhet. Valet av studieobjekt styrdes av att dessa sjukvårdsorganisationer är kända för sitt framgångsrika utvecklingsarbete inom kvalitet och patientsäkerhet. Arbetet, som pågått i 10–15 års tid, har varit både målmedvetet och uthålligt.

VHA startade sitt förändringsarbete i mitten av 1990-talet och har lyckats vända ett dåligt rykte på grund av låg kvalitet på vården. I dag är VHA en av USA:s högst rankade vårdorganisationer [1].

VUMC fick sitt uppvaknande (»wake-up call«) vid millennieskiftet då beräkningar av standardiserad sjukhusmortalitet avslöjade att Vanderbilt låg bland de sämsta i USA [2].

På UMHS valde ledningen redan 1986 att arbeta med ett systematiskt kvalitets- och säkerhetsarbete. Bland annat deltog de i National demonstration project, som initierades i slutet av 1980-talet i USA för att besvara frågan om moderna kvalitetsutvecklingsmetoder som visat sig framgångsrika inom andra områden kunde tillämpas även inom vården [3]. UMHS är i dag bland de främsta i USA i offentliga kvalitetsrankningssystem.

Personligt engagerad ledning

De nödvändiga strategier som alla våra värdar pekade på var: personligt engagerade ledare och chefer, utveckling av en säkerhetskultur, tillämpning av standardiserade metoder, öppenhet och jämförelser med andra organisationer, analys av samtliga dödsfall som inträffar under vårdtiden samt ett målstyrt kvalitetsarbete. Förändringsarbetet karakteriserades med uttrycket »it's a journey, not a destination«.

Inom samtliga organisationer som besöktes är patientsäkerhetsarbetet en integrerad del av verksamhetsutvecklingen. Ledarna underströk att säker vård är vård som är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, patientfokuserad, effektiv, jämlik och som kan ges inom rimlig tid [4, 5].

Att minska antalet vårdskador är ett åtagande som kräver starkt personligt engagemang av alla, på alla nivåer, ansåg de ledare vi mötte. De högsta cheferna för verksamheterna satte undantagslöst patientsäkerheten som organisationens främsta kvalitetsmål. De beskrev utmanande visioner, tydliga värderingar, konkreta mål och aktivitetsplaner för förbättring av säkerheten. Vårdskador är i grunden oacceptabla, »harm is untenable«, och visionen som delades av alla var »benchmark is zero!«, det vill säga en nollvision.

I genomsnitt lägger ledare på alla nivåer, inklusive den högsta ledningen, cirka 25 procent av sin arbetstid på kvalitetsutvecklingsfrågorna. Organisationernas styrelser har patientsäkerhet och kvalitet på agendan varje månad, och kvartalsrapporterna innehåller fortlöpande presentationer av en mängd indikatorer, varav många speglar patientsäkerheten [6]. Målen följs upp systematiskt, och redovisningen sker öppet, vilket kallades »manage by goal«. Cheferna såg sig personligt ansvariga (accountable) för patientsäkerheten. Det personliga ansvaret är inte ett passivt ansvar utan innebär även att aktivt medverka i arbetet. Ledningssystemets verktyg och metoder för att öka kvaliteten och minska vårdskadorna var väl kända och användes av samtliga chefer.

Ekonomiska incitament

Ekonomiska incitament förekom endast på Vanderbilt, vilket kan tyckas förvånande i ett så marknadsorienterat land. VUMC hade nyligen inrättat ett incitamentssystem där upp till 25 procent av chefslönen är resultatberoende inom områdena ekonomi, kvalitet, tillväxt, service och medarbetartillfredsställelse. Den verkställande direktören för VUMC ansåg emellertid inte att incitamenten var avgörande för de resultat som uppnåtts. Framgången låg snarare i att alla lokala chefer ställde upp på målen, att de »ägde« dem och tydligt agerade och ledde sin verksamhet så att målen nåddes. »Det här kräver systematisk träning och rekrytering av rätt personer«, framhöll han, och förklarade att förutsättningarna för att uppnå »chefernas ägarskap« när det gäller mål och strategier var att organisationens högsta ledning var tydlig med vad som var uppdraget.

Även patientsäkerhetsarbetets ekonomiska effekter lyftes

»Det finns pengar att tjäna på att undvika vårdskador ... Det finns sjukhus i USA som lägger mer än halva sin vinst på att betala skadestånd.«

SAMMANFATTAT

Kännetecknande för tre sjukvårdsorganisationer i USA som uppnått goda resultat inom kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet är chefers och ledares personliga engagemang och det medvetna arbetet med att skapa en säkerhetskultur och ett målstyrt arbete.

Ett studiebesök i USA inspirerade Stockholms läns landsting till att ta fram ett eget program för patientsäkerhetsorienterad ledarskapsträning för samtliga ledningsnivåer och att erbjuda en svensk version av en enkät för mätning av säkerhetsklimat.

FAKTA 1

Länkar till intressanta organisationer i USA

Organisationerna som ingick i studiebesöket:
Vanderbilt University Medical Center (VUMC)
http://www.vanderbilthealth.com
VA National Center for Patient Safety (NCPS)
http://www.patientsafety.gov
Veterans Affairs Ann Arbor Healthcare System (VAH)
http://www.annarbor.va.gov
University of Michigan Health System (UMHS)
http://www.med.umich.edu

Organisationer som arbetar för införande av samarbetsträning enligt CRM i vården:
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
http://www.ahrq.gov
American Medical Association (AMA)
http://www.ama-assn.org
Department of Defense Patient Safety Program (DoD)
http://dodpatientsafety.usuhs.mil/
Institute for Healthcare Improvement (IHI)
http://www.ihi.org/ihi
The Joint Commission (JCAHO)
http://www.jointcommission.org/
Veterans Affairs National Center for Patient Safety
http://www.patientsafety.gov/mtt/

Organisationer som tillhandahåller underlag för jämförelser av kvalitet och patientsäkerhet i vården:
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
http://www.ahrq.gov
Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)
http://www.cms.hhs.gov
Health Grades
http://www.healthgrades.com
Institute for Healthcare Improvement (IHI)
http://www.ihi.org/ihi
The Joint Commission (JCAHO)
http://www.jointcommission.org
The Leapfrog Group
http://www.leapfroggroup.org
University Health System Consortium (UHC),
http://www.uhc.edu

fram. Det finns pengar att tjäna på att undvika vårdskador, dels genom att merkostnader som uppstår vid behandling av vårdskador undviks, dels genom att antalet skadeståndsersättningar minskar. Det finns sjukhus i USA som lägger mer än halva sin vinst på att betala skadestånd. På VUMC ligger siffran på 2 procent. I alla presentationer av det kliniska förbättringsarbetet beskrevs konsekvenserna av arbetet i ekonomiska termer. På VHA betalade sig till exempel ett fallpreventionsprogram femfaldigt och ett infektionsprogram 60-faldigt.

Utvecklad säkerhetskultur

»Säkerhet handlar i grunden om kultur« är ett påstående som ständigt återkom. Att gå från en »culture of blame« till en »culture of safety« är en mödosam och ledarskapsberoende process som kräver uthållighet och målmedvetenhet. Ledare måste stå fram som personliga föredömen i arbetet.

För att fungera i rollen som kulturskapare omfattas chefer och ledare av kontinuerliga ledarskapsprogram där kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor är integrerade. Samtliga chefer och medarbetare tränas återkommande i kommunikation enligt crew resource management (CRM) [7]. I de organisationer vi besökte används arbetsmetoder som grundas på CRM-principer i det dagliga arbetet såväl av hälso- och sjukvårdspersonal som av sjukhusdirektörer, administratörer, jurister, ekonomer, divisions- och klinikchefer med flera.

Exempel på verktyg i CRM är: »Speak up« (det vill säga skyldighet att alltid anmäla när patientsäkerheten upplevs vara hotad), »The assertive statement« eller »Challenge – response« [8], standardiserade överrapporteringar enligt »SBAR« (situation, bakgrund, aktuellt tillstånd, rekommendation) [9, 10), och standardiserade avstämningar enligt »Time out« [9, 11, 12). Syftet med metoderna, där även patienterna kan involveras, är att skapa sammanhållna arbetslag, en förbättrad situationsförståelse och kommunikation samt ansvarsmedvetenhet. Det finns ett flertal organisationer i USA som aktivt propagerar och arbetar för införande av samarbetsträning enligt CRM inom sjukvården (Fakta 1). De organisationer vi besökte mäter fortlöpande säkerhetskulturens utveckling med ett och samma enkätverktyg [13]. Den positiva utvecklingen av säkerhetsklimatet ansågs av samtliga vara ett resultat av de åtgärder som vidtagits, till exempel den kontinuerliga CRM-träningen och det systematiska utvecklingsarbetet.

»Att gå från en ‘culture of blame’ till en ‘culture of safety’ är en mödosam och ledarskapsberoende process ...«

Det betonades från alla att kännetecknande för en organisation med en väl utvecklad säkerhetskultur är att den så långt det är möjligt tillämpar standardiserade metoder för att undvika vårdskador. Standardisering av ett relativt fåtal, men i gengäld centrala, processer ansågs vara förklaringen till sänkt dödlighet. De standardiserade metoder som införts gällde bland annat säker läkemedelshantering, vårdhygien, metoder för att förhindra vårdrelaterade infektioner, fallprevention och trombosprofylax samt kommunikation i arbetslaget. Följsamheten mättes fortlöpande med hjälp av verksamhetsstödjande IT, och resultaten rapporterades öppet.

Öppenhet och jämförelser med andra organisationer

Ledarna på de ställen vi besökte beskrev att kvalitetsarbete startar med en personlig insikt om att det finns en förbättringspotential. Genom att tydliggöra gapet mellan det egna resultatet och den bästa organisationens resultat skapas det man kallade »the burning platform«. Patientsäkerhets- och verksamhetsdata som gör det möjligt att jämföra organisationer offentliggörs fortlöpande i USA (Fakta 1). Materialet används aktivt som stöd för utveckling. Exempel på mätdata är standardiserad sjukhusmortalitet (HSMR) [2], verksamhets- och kvalitetsdata samt resultat från patientenkäter. Sådana öppna, jämförande redovisningar betraktas numera som gratisreklam av ledningen på VUMC, och deras mål är att ständigt överträffa sina egna resultat.

Med öppenhet menas också öppenhet kring vårdskador som inträffat och upptäckts under vårdtiden. På UMHS har man i dag tagit ytterligare ett steg genom att systematiskt leta efter oupptäckta vårdskador i de patientadministrativa systemen. Vissa diagnosmönster utgör markörer, »triggers«, för en inträffad vårdskada. När en dold skada upptäcks informeras personalen, som analyserar händelsen. Patienten underrättas, erbjuds samtal och ekonomisk ersättning. Förtroendet för UMHS har tack vare detta ökat påtagligt, vilket bidragit till att kostnaderna för skadestånd har minskat.

Strukturerade samtal med kollega

Ett annat exempel på öppenhet är ett initiativ på VUMC som kallas PARS (patient advocacy reporting system). Det är ett projekt till stöd för medarbetare som dragit på sig mer än det genomsnittliga antalet anmälningar och/eller patientklagomål. De här läkarna är ofta inte medvetna om behovet av att förändra sitt bemötande och sitt riskbeteende [15, 16]. Läkaren kallas till ett eller flera strukturerade samtal med en respekterad och för uppgiften tränad kollega. Tillsammans går de igenom statistiken och underlagen samt patienternas berättelser om sina upplevelser. De gör sedan gemensamt en analys av klagomålsprofilen. Syftet är att hjälpa läkaren att reflektera över

sina attityder och sitt sätt att arbeta. I höstas hade över 300 medarbetare fått stöd genom programmet. Över hälften av läkarna som deltog ändrade sitt beteende och sänkte sin anmälnings- och klagomålsfrekvens.

Dödsfall under vårdtiden analyseras

De öppna jämförelserna av sjukhusmortalitet var den starkaste drivkraften för de enskilda organisationerna att påbörja sitt säkerhetsarbete. På samma sätt är analys av varje inträffat dödsfall under vårdtiden ett av de viktigaste medlen för att bli varse och åtgärda brister i vården. »Utan dödsfallsanalyser kommer frågorna inte upp på bordet«, konstaterade en patientsäkerhetschef på VUMC, där mortalitet följs med styrdiagram.

Åtgärderna handlar om införande av standardiserade, evidensbaserade metoder och vårdprogram med tydliga mål och om förnyelse av olika arbetsprocedurer. Som ett resultat av det samlade arbetet på VUMC har förhållandet mellan observerad och förväntad mortalitet sjunkit från 1,3 till 0,8 på några år.

Målstyrt kvalitetsarbete

Kännetecknande för de organisationer vi besökte var bland annat att de alla hade tydliga och transparenta ledningssystem. Exempel på mål var: observerad mortalitet lägre än förväntad mortalitet, placering bland de tio bästa i öppna redovisningar av nationella kvalitetsmått.

För att nå målen för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har all personal tränats i strukturerat, lärandestyrt förbättringsarbete vilket gör att de självständigt kan angripa problem i vardagsarbetet. Kvalitets- och säkerhetsavdelningarnas riskhanterare, »risk managers«, bistår ledningen i analysen av kvalitetsutfall och i genomförandet av risk- och händelseanalyser.

VHA har byggt upp ett målstyrt patientsäkerhetsarbete med

»Utan dödsfallsanalyser kommer frågorna inte upp på bordet.«

en tydlig infrastruktur: på varje nivå i organisationen arbetar riskhanterare, som analyserar inträffade avvikelser i samarbete med den centrala enheten National Center for Patient Safety (NCPS). Tack vare NCPS:s centrala roll kan information om risker snabbt spridas i hela sjukvårdssystemet via så kallade alerts, och åtgärder som förhindrar upprepningar av inträffad händelse vidtas.

Framtidsperspektiv

Patientsäkerhetsfrågorna har sedan 2006 varit i fokus inom Stockholms läns landsting. Arbetet har stöttats av en förstärkt landstingsgemensam struktur för patientsäkerhetsarbetet. Deltagandet och engagemanget i den nationella patientsäkerhetssatsningen bidrar ytterligare till att sätta fokus på flera viktiga åtgärder. Efter besöket, som tydligt lyfte fram hörnstenar i ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete, är vi stärkta i det fortsatta arbetet med öppna jämförelser och tydligare mål för säkerhetsarbetet. Besöket har inspirerat oss till att ta fram ett program för patientsäkerhetsorienterad ledarträning för alla ledningsnivåer och att erbjuda en svensk version av den enkät för mätning av säkerhetsklimat som de besökta organisationerna använder. Analys och uppföljning av risker och händelser ska utvecklas och spridning och lärande förstärkas. Slutligen hoppas vi också kunna utvidga landstingets resurser för CRM-träning med syfte att uppnå en bättre kommunikation i arbetslagen och med patienterna.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Jha AK, Perlin JB, Kizer KW, Dudley RA. Effect of the transformation of the Veterans Affairs Health care System on the quality of Care. N Engl J Med. 2003;348(22): 2218-26.
2. Köster M, Jürgensen U, Spetz C-L, Rutberg H. »Standardiserad sjukhusdödlighet« som kvalitetsmått i hälso- och sjukvård. Läkartidningen. 2008;105:1391-7.
3. Berwick DM, Godfrey AB, Roessner J. Curing health care. New strategies for quality improvement. San Francisco: Jossey-Bass Publ; 1990.
4. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
5. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century. Washington, DC: The National Academies Press; 2001.
6. The Joint Commission. http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/
7. Baker DP, Gustafson S, Beaubien J, Salas E, Barach P. Medical teamwork and patient safety: The evidence-based relation. Literature review. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005. AHRQ Publication No. 05-0053. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/qual/medteam/
8. Gaffney FA, Harden SW, Seddon R. Crew resource management: the flight plan for lasting change in patient safety. Marbelhead, MA; HCPro; 2005.
9. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual Saf Health Care. 2004;13 (suppl 1):i85-i90.
10. Wallin CJ, Thor J. SBAR – modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. Ineffektiv kommunikation bidrar till majoriteten av skador i vården. Läkartidningen. 2008;105(26):1922-5.
11. Lingard L, Regehr G, Orser B, Reznick R, Baker GR, Doran D, et al. Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses and anesthesiologists to reduce failures in communication. Arch Surg. 2008; 143:12-7.
12. Ahlberg J, Antoniadou I. Säker kirurgi räddar liv – ska Sverige vara med? WHO-utmaning mot tio aktionsområden inom patientsäkerheten. Läkartidningen. 2008;105(8):544-7.
13. Agency for Healthcare Research and Quality. http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/
14. Doctors say 'I'm sorry' before 'see you in court'. The New York Times. http://www.nytimes.com/2008/05/18/us/18apology.html?_r=1&scp=2&sq=patient+safety&st=nyt&oref=slogin
15. Hickson GB, Federspiel CF, Pichert JW, Miller CS, Gauld-Jaeger J, Bost P. Patient complaints and malpractice risk. JAMA. 2002; 287:2951-7.
16. Vanderbilt University Medical Center. Center for Patient & Professional Advocacy. www.mc.vanderbilt.edu/cppa

Läsarkommentar

På lakartidningen.se kan du ge kommentarer i direkt anslutning till våra artiklar.

Utmanande saklig Läkartidningen