

Høringsvar – delstrategi for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til høring på Helse Nord RHF's delstrategi for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 2022–2025.

Vi takker for anledningen til å gi innspill og har følgende kommentarer:

Arbeidsmiljø og pasientsikkerhet

Helse- og omsorgsdokumentet har i Oppdragsdokumentet 2022 stilt følgende krav:

Helse Nord RHF skal videreutvikle arbeidet med å se arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i sammenheng, med utgangspunkt i oppfølging av nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring og undersøkelsen ForBedring.

Så vidt vi ser er arbeidsmiljø nevnt to steder i dokumentet:

«Ledere har også et særskilt ansvar for å utvikle sikkerhetskultur blant sine ansatte. Slik kultur må ses i sammenheng med arbeidsmiljøet, og de ansattes psykologiske trygghet» (side 8)

«Sørge for at medarbeiderundersøkelsen ForBedring følges opp og at nødvendige tiltak for å styrke arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur gjennomføres, for eksempel gjennom bruk av verktøyet «snakk om forbedring», utviklet av Helsedirektoratet» (side 9)

Vi foreslår at dokumentet omarbeides og tydeligere vektlegger hvordan arbeidsmiljø og pasientsikkerhet skal ses mer i sammenheng og videreutvikles.

En proaktiv strategi med fokus på å styrke prosesser som går bra (safety II)

Delstrategien fokuserer i stor grad på risiko og uønskede hendelser, som:

«En god sikkerhetskultur forutsetter trygge ledere og ansatte, som kan si fra om risiko og uønskede hendelser, og som evner å bruke slike opplysninger til å øke sikkerheten gjennom kontinuerlig forbedring.»

«Vi skal dele både dyrekjøpte erfaringer etter uønskede hendelser og jobbe for å spre vellykkede forbedringstiltak.»

«Helseforetakene skal på eget initiativ gjennomføre aktiviteter for kontinuerlig forbedring på områder med identifiserte utfordringer innenfor området kvalitet og pasientsikkerhet. Helseforetakene skal samarbeide, og dele nyttige erfaringer og satsninger med øvrige helseforetak i regionen.»

Dette er den tradisjonelle måten å se pasientsikkerhet på. Det er en økende erkjennelse av at denne tilnærmingen må kombineres med et fokus på å styrke det som går bra. Rasjonalet for dette er godt beskrevet i blant annet i *Hollnagel E, et al. From Safety-I to Safety-II: A White Paper*:¹

Most people think of safety as the absence of accidents and incidents (or as an acceptable level of risk). In this perspective, which we term Safety-I, safety is defined as a state where as few things as possible go wrong. A Safety-I approach presumes that things go wrong because of identifiable failures or malfunctions of specific components: technology, procedures, the

¹ Tilgjengelig på: <https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/wp-content/uploads/sites/16/2015/10/safety-1-safety-2-white-papr.pdf>

human workers and the organisations in which they are embedded. Humans—acting alone or collectively—are therefore viewed predominantly as a liability or hazard, principally because they are the most variable of these components. The purpose of accident investigation in Safety-I is to identify the causes and contributory factors of adverse outcomes, while risk assessment aims to determine their likelihood. The safety management principle is to respond when something happens or is categorised as an unacceptable risk, usually by trying to eliminate causes or improve barriers, or both.

This view of safety became widespread in the safety critical industries (nuclear, aviation, etc.) between the 1960s and 1980s. At that time performance demands were significantly lower than today and systems simpler and less interdependent.

It was tacitly assumed then that systems could be decomposed and that the components of the system functioned in a bimodal manner—either working correctly or incorrectly. These assumptions led to detailed and stable system descriptions that enabled a search for causes and fixes for malfunctions. But these assumptions do not fit today's world, neither in industries nor in health care. In health care, systems such as an intensive care or emergency setting cannot be decomposed in a meaningful way and the functions are not bimodal, neither in detail nor for the system as a whole. On the contrary, everyday clinical work is—and must be—variable and flexible.

Crucially, the Safety-I view does not stop to consider why human performance practically always goes right. Things do not go right because people behave as they are supposed to, but because people can and do adjust what they do to match the conditions of work. As systems continue to develop and introduce more complexity, these adjustments become increasingly important to maintain acceptable performance. The challenge for safety improvement is therefore to understand these adjustments—in other words, to understand how performance usually goes right in spite of the uncertainties, ambiguities, and goal conflicts that pervade complex work situations. Despite the obvious importance of things going right, traditional safety management has paid little attention to this.

Safety management should therefore move from ensuring that 'as few things as possible go wrong' to ensuring that 'as many things as possible go right'. We call this perspective Safety-II; it relates to the system's ability to succeed under varying conditions. A Safety-II approach assumes that everyday performance variability provides the adaptations that are needed to respond to varying conditions, and hence is the reason why things go right. Humans are consequently seen as a resource necessary for system flexibility and resilience. In Safety-II the purpose of investigations changes to become an understanding of how things usually go right, since that is the basis for explaining how things occasionally go wrong. Risk assessment tries to understand the conditions where performance variability can become difficult or impossible to monitor and control. The safety management principle is to facilitate everyday work, to anticipate developments and events, and to maintain the adaptive capacity to respond effectively to the inevitable surprises (Finkel 2011).

In light of increasing demands and growing system complexity, we must therefore adjust our approach to safety. While many adverse events may still be treated by a Safety-I approach without serious consequences, there is a growing number of cases where this approach will not work and will leave us unaware of how everyday actions achieve safety. This may have unintended consequences because it unintentionally degrades the resources and procedures needed to make things go right.

The way forward therefore lies in combining the two ways of thinking. While many of the existing methods and techniques can continue to be used, the assimilation of a Safety-II view will also require new practices to look for what goes right, to focus on frequent events, to maintain a sensitivity to the possibility of failure, to wisely balance thoroughness and efficiency, and to view an investment in safety as an investment in productivity.

UNN foreslår at dokumentet omarbeides og tydeligere vektlegger at pasientsikkerhetsarbeid i større grad skal være proaktivt, slik at det legges til rette for at ledere og medarbeidere systematisk leter etter og identifiserer risiko for pasientskader før de skjer. I dag er forbedringsarbeidet for mye drevet av at uønskede hendelser har skjedd og for lite av framoverskuende risikovurdering. Vi må videre i økende grad styrke prosesser som går bra, ikke kun fokusere på å forhindre uønskede prosesser.

En måte å jobbe med dette på er gjennom #Råbra som er en metode for å bli oppmerksom på og løfte frem gode prestasjoner, handlinger eller løsninger. Målet er å lære og forbedre arbeidet slik at tjenester eller produkter blir bedre, og ikke minst at arbeidsgleden hos de ansatte øker. Metoden er under implementering i UNN og brukes ved flere norske og utenlandske sykehus. Dette kan også bidra til å styrke lagspill mellom enkeltpersoner, enheter og foretak. Videre er det et viktig grep i å styrke samspillet mellom pasientsikkerhet og arbeidsmiljø.

Øvrige tilbakemeldinger

- Konkret tilleggsforslag til punkt 4.5, ekstra kulepunkt: «• Sørge for at diagnostikk og behandling gjennomføres i tråd med pasientens ønsker gjennom samvalg.»
- Konkret forbedringsforslag til pkt 4.1 (foreslåtte tillegg i rødt): «• Legge til rette for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter for å sikre pasientens medvirkning i egen behandling ved hjelp av kursing i klinisk kommunikasjon og opplæring i samvalg.»
- Konkret forbedringsforslag til pkt 4.2: «• Følge opp helseforetakenes implementering og etterlevelse av utvalgte nasjonale faglige råd fra Helsedirektoratet.» Foreslås endret til: «• Følge opp helseforetakenes implementering og etterlevelse av nasjonale anbefalinger og retningslinjer fra Helsedirektoratet.»
- Vi foreslår at referanser til *Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet* tas ut i påvente av pågående arbeid med å gjennomgå og vurdere alle regionale funksjoner i Helse Nord.

Forslag til videre prosess

Delstrategiens formål er «å sette retning for Helse Nord RHF sitt arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i perioden 2022-2025, og er uttrykk for prioriteringer som vil prege styringsdialogen og regionale satsninger for denne perioden».

Dokumentet side 4 kan forstås som at delstrategien gjelder RHF-administrasjonen og ikke foretaksgruppen. Dersom delstrategien skal gjøres gjeldende for helseforetakene og utviklingen av spesialisthelsetjenestene i Helse Nord, tror vi måloppnåelsen kan styrkes ved at revisjonen av utkastet gjøres i tett samarbeid med sykehusforetakene. Kanskje kan man ha en arbeidsgruppe der foretakene deltar og som identifiserer innsatsområdene etter en helhetlig og strategisk risikovurdering i tråd med retningslinjene for risikostyring i Helse Nord som styret i Helse Nord RHF vedtok i 2019 (styresak 124-2019)? Dermed kan de foreslåtte innsatsområdene prioritere områdene med størst risiko og muligheter for foretaksgruppen. Dette vil kunne bidra til at delstrategien peker ut en tydeligere retning for foretaksgruppen. Man kan her også se hen til tilsvarende delstrategi i Helse Sør-Øst der satsningsområder ble utvalgt etter en kunnskapsbasert prosess med bred involvering av foretakene (se vedlegg). I delstrategien fra Helse Sør-Øst fremkommer det også tydelig at denne er utarbeidet for foretaksgruppen og ikke RHF-administrasjonen (se vedlegg).

UNN bidrar gjerne i det videre arbeidet med delstrategien.