

Syndabock eller föredöme? - En god patient-säkerhetskultur börjar med chefen

Ebba Wijckmark, kvalitetscontroller Akutkliniken

Sammanfattning

För att uppnå och bibehålla en god säkerhetskultur är det nödvändigt med en engagerad ledning och är en av grundförutsättningarna i Socialstyrelsens handlingsplan "Agera för säker vård".

Chefer och personal med gedigen erfarenhet av sin profession bjuds in att berätta om händelser och misstag som de själva varit delaktiga i vid s.k. morbidity-and-mortality (M&M) konferenser.

För att ytterligare sätta fokus på patientsäkerhetskulturen skickas en sammanställning av avvikelser kvartalsvis med lärdomar till medarbetargruppen där det särskilt lyfts fram "föredömliga avvikelser" om egenrapporterade misstag. Mätningar av säkerhetskulturen visar ett stabilt och ökande säkerhetsengagemang utifrån Hållbart säkerhetsengagemang (HSE), avvikelser och vårdskadeutredningar.

Bakgrund

I metoden händelseanalys ingår samtal med medarbetare som på något sätt varit involverade i det som har inträffat. Analysteamet, som består av personal med olika professionsbakgrund, identifierade tydliga skillnader mellan olika enheter på sjukhuset avseende patientsäkerhetskulturen.

Där patientsäkerhetskulturen var bristande förekom rädsla för repressalier, tystnadskultur samt en känsla av angiveri då kollegors namn nämndes i intervjuerna.

Syfte

Vi ville hitta en form för att visa att alla kan och sannolikt kommer att göra fel någon gång (även chefen), samt att vi inte är ute efter att hitta syndabockar. Vi ville visa att ledningen enbart är intresserade av att arbeta med bakomliggande orsaker till det som inträffat och att hitta förbättringsåtgärder.

Metod

För att öka känslan av trygghet och komma bort från syndabockskulturen ombads därför chefer och personal med gedigen erfarenhet av yrket berätta om sina egna misstag för medarbetarna under specifika tvärprofessionella genomgångar av händelseanalyser.

Formen som användes var konceptet "Morbidity and Mortality" (förkortat M&M). Målet var att flytta fokus från vem i personalen som gjort felet till diskussion och reflektion av bakomliggande mekanismer samt gruppens egna idéer om vad som kan göras för att förhindra att samma sak ska inträffa igen.

Detta tillvägagångssätt testades och implementerades på sjukhusets akutklinik. Verksamhetschefen kallade personalen till dessa möten för att skicka en tydligt värderan-

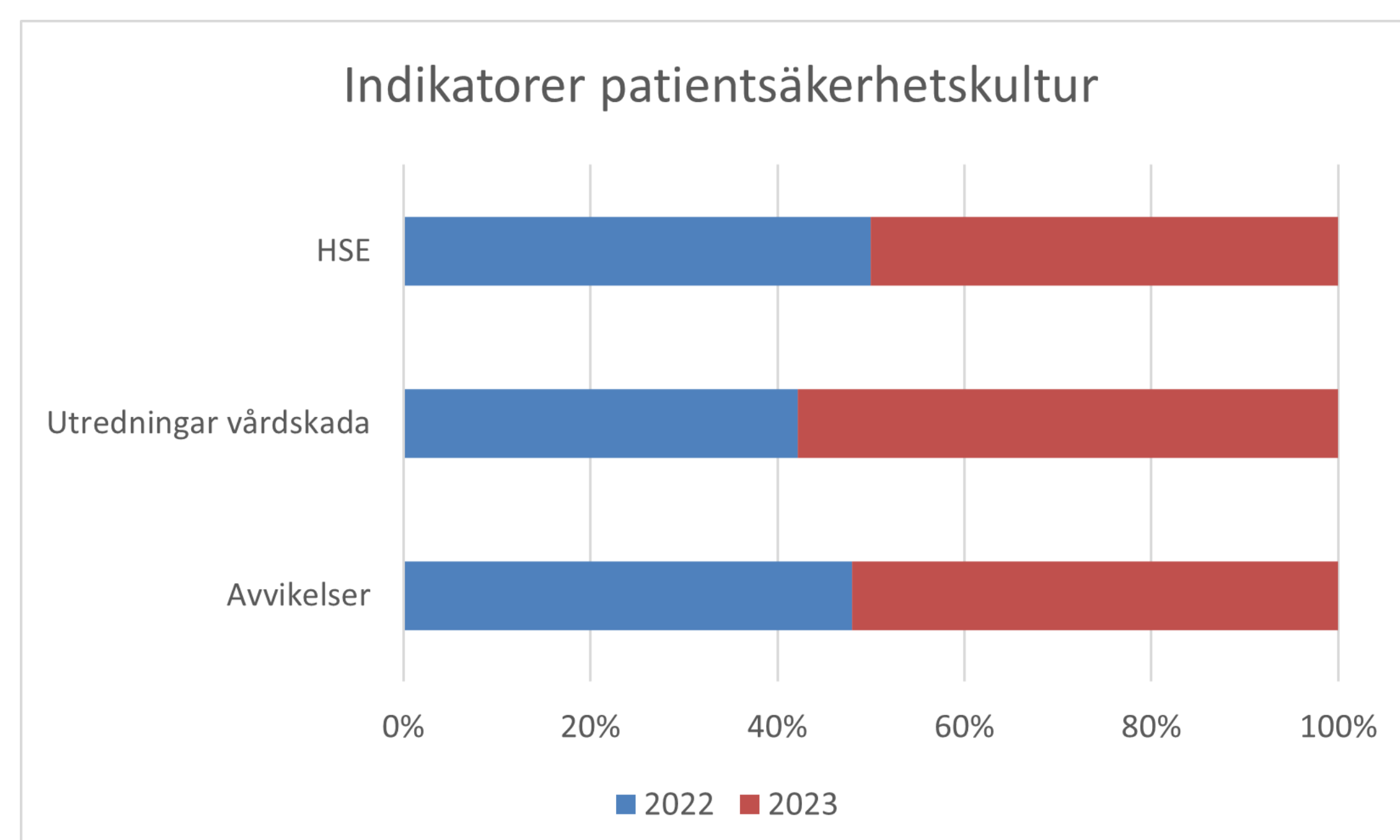


Ebba Wijckmark, kvalitetscontroller och Nicholas Gray, Akutläkarspecialist som frivilligt delade med sig av ett par misstag han gjort.

de signal. Varje kvartal ges också ett avvikelsebrev ut på akutkliniken där avvikelser som specifikt kan kopplas till ett lärande eller påminnelse om rutin redovisas. Varje brev innehåller också minst en avvikelse som kategoriseras som "patientsäkerhetskultur" med syfte att visa upp en föredömlig avvikelse, där någon i personalen skrivit en avvikelse som handlar om ett eget misstag.

Resultat

Mätningar av säkerhetskulturen visar att det hållbara säkerhetsengagemang (HSE) är högt och stabilt över tid på kliniken. Antalet avvikelser och vårdskadeutredningar har ökat från 2022 till 2023 vilket visar på en hög vilja bland medarbetarna att rapportera avvikelser och risker. Det visar också det finns ett starkt engagemang från klinikkens ledning att utreda händelser utifrån avvikelserna, se tabell.



Tabell 1. Indikatorer för patientsäkerhetskultur på Capio S:t Görans Akutklinik 2022 och 2023.



Capio

S:t Görans Sjukhus