Funn: Det er utfordrende å ivareta ansvaret for ledelse og kvalitetsforbedring



Ukom



GJENTATTE HENVENDELSER TIL LEGEVAKT

Funn: Det er utfordrende å ivareta ansvaret for ledelse og kvalitetsforbedring

Publisert 20. februar 2024

ISBN 978-82-8465-034-0

I vår undersøkelse finner vi forhold som gjør det utfordrende for ledere å ivareta sitt ansvar for ledelse og kvalitetsforbedring. Vi vil særlig trekke fram stort lederspenn, høy turnover blant ledere og varierende grad av samhandling med kommuneledelse.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten slår fast at det er den som har det overordnede ansvaret for virksomheten som er ansvarlig for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften. Gjennom tydeligere og mer tjenestetilpassede krav skal forskriften gi den ansvarlige for virksomheten et godt verktøy for systematisk styring, ledelse og for kontinuerlig forbedring. Formålet er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet, samt å øke etterlevelsen av krav i helse- og omsorgslovgivningen (43).

Leder for sykepleiere ved den aktuelle legevakten hadde ansvar for tilnærmet hundre medarbeidere. Leder for legene hadde ansvar for omtrent like mange, men var usikker på hvor mange leger som var tilknyttet legevakten. Rapport fra Statistisk sentralbyrå (SSB) «Legevakttjenesten i norske kommuner i 2021» viser at en stor andel kommuner oppgir at de ikke er i stand til å rapportere hvor mange avtalte årsverk leger utfører i alt og hvor mange årsverk av fastleger som går med til legevakt (6). En av fem legevakter rapporterte i 2018 at de hadde fra 0 til 10 prosent årsverk til ledelse (9). Ledere i helse- og omsorgstjenesten i kommunene har et stort lederspenn. Det betyr at ledere har mange ansatte under seg, og dermed et stort oppgavevolum.

Stort lederspenn kan hindre arbeidet med systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Dette kan igjen påvirke jobbengasjement, prestasjon, tilfredshet, og turnover (44).

Ved legevakten som Ida hadde kontakt med, har det i løpet av få år vært gjentatte utskiftinger av både leder for legevakt og helsesjef i kommunen.

«Det er stadig skiftende ledelse, de slutter når de begynner å bli gode»

LEGE

Det er store nasjonale variasjonene i hvordan kommunene organiserer legevakttjenesten. Dette kan gjøre det vanskelig for ledere på ulike nivå å samarbeide på tvers av kommuner og dele erfaringer.

«Det at vi er den eneste virksomheten i kommunen som er en del av den akuttmedisinske kjeden gjør at du ikke har andre å dra lasset sammen med. Kun legevakter i andre kommuner og de er så utrolig forskjellig organisert at det blir fryktelig vanskelig. Man føler seg veldig alene»

LEDER

I intervju omtales den undersøkte legevakten som en «øde øy» i kommunen. Noen informanter etterspør kommuneledelsens forståelse for drift av legevakt og bedre system for lederstøtte. Systematisk kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid får lite oppmerksomhet. I dialog med fagmiljø og andre legevakter bekreftes dette inntrykket. Det er kommet fram at flere legevakter opplever varierende grad samhandling med kommuneledelsen.

Viktigheten av gode system for kvalitet- og pasientsikkerhet i kommunehelsetjenesten blir pekt på også i andre publikasjoner og rapporter, blant annet forskning ved SHARE-Senter for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten, artikkelen «Maktar kommunane å drive avanserte legetenester», og tilsynsrapporter utarbeidet av Statsforvalteren i Oslo og Viken, samt Statsforvalteren i Agder (45,41 , 2, 3, 4) .

«Det er lite fokus på ledelse. Det å ha forståelse opp i systemet for at det krever god ledelse og nok ledere for å ivareta en så krevende arbeidsplass som legevakt. Der er det rom for forbedringer»

LEDER

Samlet kan disse forholdene bidra til mangelfull kontinuitet i arbeid med systematisk forbedringsarbeid og gjøre det vanskelig å bygge en kultur for pasientsikkerhet. Vi finner at dette har betydning for legevaktens arbeid med å identifisere risikoområder og læring av alvorlige hendelser. Undersøkelsen viser at det er behov for å øke oppmerksomheten på kommunens ansvar for å sikre gode system for kvalitet- og pasientsikkerhet i legevakttjenesten.

Risikoområder er lite kjent

Ida tok kontakt med legevaktsentralen fordi hun hadde influensasymptomer og var bekymret for barnet i magen. Gravide får råd om å ta tidlig kontakt med lege dersom de har influensasymtomer. Dette fordi risikoen for komplikasjoner av influensasykdom er noe større hos gravide enn hos ikke-gravide kvinner, særlig mot slutten av svangerskapet (46).

I en tidlig fase i pandemien viste Folkehelseinstituttet (FHI) til internasjonale studier der det gikk fram at gravide har høyere sannsynlighet for alvorlig forløp av koronasykdom enn ikke-gravide, og at risikoen er høyest i siste del av svangerskapet (47). Ved den undersøkte legevakten var det lite oppmerksomhet på at gravide var en utsatt pasientgruppe under pandemien.

Flere leger og sykepleiere opplyser at ikke alle risikoområder var kjent for dem. Det var uklart for informantene hvordan identifiserte risikoområder og nasjonale råd fortløpende blir fanget opp og implementert i legevaktens system. På den aktuelle legevakten gjennomføres det risiko og sårbarhetsanalyser (ROS-analyse) for ulike tema. Basert på identifiserte risikoområder blir det utarbeidet sjekklister som ble gjennomgått hvert tertial.

«Det er ikke kartlagt risikoområder med tanke på selekterte pasientgrupper. Det blir opptil hver enkelt hva de tenker er viktig»

LEGE

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

Ifølge Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten skal legevakten ha oversikt over områder der det er fare for svikt, manglende etterlevelse av myndighetskrav, samt områder hvor det er behov for forbedring av tjenesten (§§ 5 og 6). I kravet ligger det en plikt til å ha rutiner for risikovurderinger (systematiske gjennomganger) som skal identifisere hvor det er fare for svikt eller brudd. Pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere må inkluderes i dette arbeidet, da det bidrar til bedre innsikt om faktisk risiko (42,48),

Å utarbeide ROS-analyser er en del av lovpålagt systematisk kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid. Slike analyser kan bidra til å identifisere ulike risikoområder, og skal legges til grunn for planlegging av legevakttjenestes opplæringsplaner og organisering.

En kartlegging av legevaktordning viste at ROS-analyser gjennomføres i liten grad (9). Gjennomført ROS-analyse er en av fem nasjonale kvalitetsindikatorer på legevakt, men data blir

ikke publisert på grunn av manglende innrapportering (49). Gjennom intervju og dialogmøter kommer det fram at kommuner i større grad etterspør økonomiresultater enn resultater av systematisk kvalitetsarbeid, som for eksempel ROS-analyser.

Lite læring etter alvorlige uønskede hendelser

Etter at Ida døde var det tilfeldig om og hvordan involvert helsepersonell ble kjent med hva som hadde skjedd. En av legene som Ida snakket med om kvelden, var på jobb dagen etter og hørte tilfeldigvis utkall av nødetater til en hjertestans. To dager senere fikk hun vite gjennom en kollega at det gjaldt Ida.

«Det burde vært sikret gjennom et eget system, hvordan involvert helsepersonell blir informert. Det slo meg ikke at det gjaldt kvinnen jeg snakket med kvelden før»

LEGE

Det enkelte helsepersonellet ble fulgt opp av sin leder etter hendelsen, men de etterlyser et system for hvordan man som involvert helsepersonell blir informert om slike utfall i ettertid. Både leger og sykepleiere ved legevakten fortalte at de generelt har lite kjennskap til hvilke uønskede hendelser legevakten har vært involvert i.

Hendelsen ble tatt opp i kommunens kvalitetsutvalg og i fagutvalget til legevakten. Men det er uklart i hvilken grad hendelsen er gjort kjent og drøftet med involvert helsepersonell og medarbeidergruppen for øvrig. Det ble ikke gjennomført intern gjennomgang av hendelsen med tanke på lokal læring. Hendelsen med Ida ble varslet som en alvorlig uønsket hendelse i melde. no. Statsforvalter gjennomførte tilsyn og konkluderte med at oppfølgingen Ida fikk var faglig forsvarlig.

I flere undersøkelser ser Ukom at en konklusjon fra tilsynsmyndighetene kan hindre arbeid med læring og forbedring. Konklusjonen kan innebære at virksomheten lukker saken, til tross for at det kan være mye å lære.

«Det blir ikke snakket om avvik, kanskje kun med de som er involvert. Da lærer ikke andre noe av hendelsen»

TELEFONOPERATØR

Pårørendeinvolvering i interne gjennomganger etter alvorlige uønskede hendelser

Idas mor var hos henne de siste dagene hun levde, og har informasjon om hendelsen som er viktig for refleksjon og læring. Pårørendeperspektivet er en sentral del av arbeidet med pasientsikkerhet, også i etterkant av en alvorlig uønsket hendelse. Pårørendeinvolvering kan bidra til et mer helhetlig bilde av hva som skjedde. Pårørende har rett til å bli inkludert i interne gjennomganger etter alvorlige uønskede hendelser (50). Både i denne undersøkelsen, og i andre undersøkelser vi har gjennomført, er det vårt klare inntrykk at helse- og omsorgstjenesten ikke i tilstrekkelig grad involverer pårørende i gjennomganger etter slike hendelser. Tjenestene går dermed glipp av et sentralt perspektiv for læring.

Lydopptak

Alle legevaktsentraler skal ha lydopptak (lydlogg) av viktig informasjon for dokumentasjon og kvalitetssikring (7) .

Samtalene Ida hadde med AMK og telefonoperatørene ved legevaktsentralen ble tatt opp. Begge telefonsamtalene Ida hadde med legevaktlegene var fra legekontor, og der er det ikke utstyr for lydopptak. Lydopptak brukes i liten grad til læring på legevakten vi undersøkte.

Aktiviteten i legevakttjenesten er i betydelig grad knyttet til tidskritiske hendelser hvor det kan være vanskelig å dokumentere skriftlig alle forhold som ønskes journalført, både i sanntid og i ettertid (51). Det er generelt lite praksis for lydopptak av legenes telefonkonsultasjoner. Dette hindrer dokumentasjon og begrenser mulighet for læring. I samtaler med andre legevakter og fagmiljø uttrykker flere leger at det hadde vært til hjelp å ha lydopptak, også for leger. På den andre siden blir det reist spørsmål ved nytteverdien av lydopptak av telefonkonsultasjon med lege. Momenter som løftes fram er hensynet til pasientens opplevelse av å kunne snakke fritt, legens personvern og at det er ressurskrevende å gjennomgå lydlogger.

Legeforeningens innspillsrapport «For en bedre legevakt» påpekte at opptak må brukes til opplæring og kvalitetssikring (52). I rundskriv til akuttmedisinforskriften står det at lydopptak skal være til bruk for dokumentasjon og kvalitetssikring av AMK- og legevaktsentral (29). Helsedirektoratet har i 2023 kartlagt praksis for lagring av lydlogg og videoopptak. I dette arbeidet har de ikke sett på opptak og lagring av lyd og bilde i prehospitale tjenester utover AMK- og legevaktsentraler. Lydopptak og lagring av telefonkonsultasjon fra legesamtaler er ikke omtalt i utredningen (51). Ukom vurderer at siden lydopptak anses som et redskap for å sikre dokumentasjon og etterprøvbarhet av vurderinger som er gjort og helsehjelp som er gitt på telefon, bør også dette gjelde for legens telefonkonsultasjoner.

For å sikre læring etter alvorlige uønskede hendelser er det viktig med et system som sikrer at involvert personell blir informert om hendelsen. Videre at det gjennomføres intern gjennomgang med involvering av pårørende. I tillegg kan gjennomgang av lydopptak være et viktig verktøy i arbeid med læring og evaluering av praksis. Det er potensiale for å benytte lydopptak i større grad i legevakters tverrfaglige kvalitetsarbeid.

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

Postboks 225 Skøyen
0213 Oslo
E-post: post@ukom.no
Org nr: 921018924