

Forbedringsagentene ved Sykehuset i Vestfold

Legene Martin Paulson og Gustav Siqueland jobber med pasientsikkerhetsarbeid og kvalitetsforsikring. De har spesielt utmerket seg gjennom sitt arbeid med såkalte tavlemøter.



GOD OVERSIKT: – Tavlen hjelper oss til å huske alt vi skal gjøre, sier legene Martin Paulson og Gustav Siqueland. Foto: Sykehuset i Vestfold

Paulson og Siqueland er begge leger i spesialisering ved Sykehuset i Vestfold, og fikk Legeforeningens kvalitetspris for spesialisthelsetjenesten i 2015. Prisen fikk de for sitt bidrag til å bedre tverrfaglig dialog og oppmerksomhet mot pasienter med økt risiko for uønskede hendelser gjennom å innføre såkalte risikomøter på sykehuset.

I tillegg jobber de begge som sykehuslektorer/sykehuskoordinatore for 5. års studenter ved Universitetet i Oslo som er i praksis ved Sykehuset i Vestfold.

Hva er egentlig et tavlemøte?

– Kjært barn har mange navn. Hos oss kalles vi det risikomøte, men konseptet er velkjent fra en rekke andre virksomheter hvor høy risiko eller krav om høy ytelse er fellesnevner. Det enkleste eksempelet å knytte det til er det som innenfor lagidrett kalles en «klynge», eller «huddle» på engelsk. Arbeidsmetoden er blitt kopiert, også innen helsevesenet og trekkes frem i litteraturen som en metode for å øke bevissthet, spesielt knyttet til risiko, såkalt «situational awareness».

– Hvordan fikk dere ideen om tavlemøter?

– Vårt første møte med arbeidsformen i helsevesenet var under et besøk til Hillerød

hospital i Danmark. Under fanen «Pasientsikkert sykehus», har de blant annet utviklet tavlemøter som et viktig tiltak for å forebygge skader, gjennom daglig risikovurdering av samtlige pasienter. Deres behandlingsteam samler seg til korte «klynger»

«Vi må klare å oppdage og håndtere all den risiko du som pasient er utsatt for»

Martin Paulson og Gunnar Siqueland

hvor en tavle benyttes for å strukturere gjennomgangen av de viktigste risikoområdene og telle antall dager siden siste pasientskade.

– Hva har man å hente ved å velge denne arbeidsmetoden for å forebygge skader?

– En skade er nok. Hvis du som pasient

har fått en dyp venetrombose under oppholdet hos oss, er det liten trøst i at vi har klart å forebygge at du falt eller pådro deg et trykksår. Vi må klare å oppdage og håndtere all den risiko du som pasient er utsatt for. Dette er en utfordring vi som leger ikke klarer å løse alene. For å ta de rette valgene knyttet til din risiko for skader er vi avhengige av gode observasjoner fra hele behandlingsteamet. Samtidig som vi møtes som et team, hjelper tavlen oss til å huske på alt vi skal gjøre, dermed vil vi kanskje klare å nærme oss målet om å forhindre de vanligste skadene. Vår videreutvikling av denne ideen er å gjøre tavlen elektronisk, sånn at vi kan få målinger på i hvor stor grad vi lykkes med tiltakene.

– Hvordan foregår et tavlemøte i praksis?

Risikomøtene fungerer ved at behandlingsteamet samles til et kort daglig møte hvor utvalgte risikoområder gjennomgås. Vi begynner med å diskutere pasientens risiko for forverring ut fra endringer i vitale parametre. Videre vurderes infeksjonsrisiko i forbindelse med innlagte katetre, risiko for trykksår, venøs tromboembolisme, fall, underernæring, og uriktig legemiddelhåndtering. I tillegg har de ulike avdelingene ved sykehuset ofte egne

risikoområder som de er spesielt opptatt av, eller som deres pasientpopulasjon er spesielt utsatt for. Dilemmaet er at dette tar tid vekk fra den øvrige pasientbehandlingen. Vi presiserer at møtet kun skal ta 10 minutter. Denne tiden må vi ta oss råd til, med tanke på hvor hyppig forekommende disse skadene er.

– Ser dere resultater av metoden?

– Tidligere hadde vi som leger liten grad av bevissthet om pasienters risiko for skader. I dag tar vi stilling til denne risikoen daglig. Så langt i år har Sykehuset i Vestfold håndtert risiko i over 30 000 pasientdøgn, dette består av over 5 000 unike pasienter. Vi har en bedre oversikt over antall skader som inntreffer og i hvor stor grad vi har klart å iverksette risikominimerende tiltak. Metoden er nå implementert ved nesten samtlige av sykehusets somatiske avdelinger og målet er at alle skal gjøre dette innen utgangen av 2016.

– Har tavlemøtene blitt godt mottatt av de andre kollegaene på sykehuset?

– Risikomøtene har fra starten av hatt en

blandet mottakelse. Fra legene har vi fått tilbakemelding om at metoden er til stor hjelp til å huske og holde oversikten over den nødvendige risikohåndteringen som skal utføres. Samtidig er risikomøtene en inngripen i våre etablerte arbeidsrutiner, hvor vi nå i større grad må ta del i ansvarsområder som vi tradisjonelt har overlatt til andre faggrupper.

– Er dette en modell som også andre sykehus har tatt i bruk?

– Det er stor interesse for denne arbeidsmetoden. På samme måte som vi ble inspirert av et besøk til Hillerød hospital, har vi nå tatt imot besøk og blitt invitert til å besøke en rekke sykehus i hele landet. Vi kjenner til flere sykehus som nå er i ferd med å innføre arbeidsmetoden, i ulike former.

Lisbet T. Kongsvik

lisbet.kongsvik@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling

Tydelig avklaring om ny spesialitetsstruktur

Helse- og omsorgsdepartementet har nå fastlagt en modell som tydeliggjør roller, ansvar og oppgaver i legenes fremtidige spesialitetsstruktur og spesialistutdanning. Legeforeningen skal fremdeles ivareta viktige funksjoner.

I brevet som er sendt Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, KS og Legeforeningen, legger departementet opp til at spesialistutdanningen for leger må være innrettet etter behovene til fremtidens pasienter, ta opp i seg ny fagutvikling og utvikling i helsesektoren og tilrettelegge for strukturerte utdanningsløp.

Brevet tydeliggjør aktørenes roller, ansvar og oppgaver i ny modell.

Om Legeforeningen skriver departementet følgende:

«Legeforeningen er en fag- og interesseforening for leger. De ivaretar i dag et stort ansvar innen utdanningen, og besitter stor erfaring og kompetanse. Deres faglige organisasjonsdel, særlig Spesialitetskomiteene, har stor faglig legitimitet blant legespesialistene. Deres oppgaver vil være:

- Gi faglige innspill (ved Spesialitetskomiteene) til direktoratets læringsmål, og anbefaling om læringsaktiviteter, i samarbeid

med Helsedirektoratet og i henhold til mal oppsatt av direktoratet

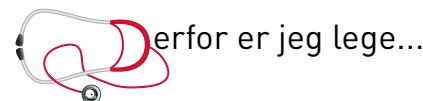
- Gjennomføre kvalitetsvurdering av utdanningssteder, og rapportere til direktoratet

Det forutsettes at utdanningsfondene benyttes som i dag; til utgifter i forbindelse med Spesialitetskomiteenes virksomhet, utgifter i forbindelse med kursavvikling og utgifter til allmennlegenes spesialistutdanning. Legeforeningen ivaretar læringsaktiviteter for allmennlegespesialiteten, jf dagens ordning.»

Helse- og omsorgsdepartementet forutsetter at endringen og kvalitetsutvikling skjer over tid innenfor ordinære budsjettammer. Ny forskrift vil bli utarbeidet.

Knut Braaten

knut.braaten@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling



Medisin og nysgjerrighet



I sjuende klasse skulle vi skrive stil om et yrke vi kunne tenke oss. Konklusjonen i min stil lød: «Legeyrket medfører kontakt med mennesker og man må være renslig, derfor vil jeg bli lege.» Hvor ideen kom fra vet jeg ikke, det var ingen leger i familien, men fra da av var medisinerstudiet et mål. Kanskje var forbildet vår inspirerende og flinke familielege som kom i sykebesøk til alle døgnetstider iført «røkejakke» og innesko og som kjørte meg til sykehuset i sin gyngende Citroën da jeg var ordentlig syk?

Medisinerstudiet var som å lese god krim, kunne jeg nok fysiologi og patofysiologi i det enkelte faget så kunne jeg avsløre den skyldige. Medisin passet min nysgjerrighet. Anestesi på Ullevål medførte tjenesterotasjon på legeambulansen i Oslo og akuttmedisin ble fortsettelsen av krimfortellingene. Det ble 20 spennende år med høy vakthypphet i rød uniform og forskning i akuttmedisin og etikk.

Som avdelingsoverlege i ambulansetjenesten kan jeg bidra i utviklingen av en stadig bedre ambulansetjeneste til beste for pasientene og våre ansatte. Fag- og prosedyreutvikling, kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid, studentundervisning og forskning i et hyggelig arbeidsmiljø i ambulansetjenesten er stikkord fra min arbeidsdag. Pasienter, pårørende, kollegaer, medarbeidere, studenter og forskere har lært meg mer om medisin og mennesker enn jeg hadde turt å håpe på da jeg valgte yrke. Etter 30 år som lege gleder meg til å gå på jobb hver dag, det vet jeg er et privilegium.

Anne-Cathrine Braarud

Avdelingsoverlege, PhD
Ambulansetjenesten, Prehospital klinikk
Oslo universitetssykehus