

Uønskede hendelser knyttet til vikarbruk i spesialisthelsetjenesten

Vikarbruk gir risiko for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten foreslår momenter til en sjekkliste for sykehusene. Den skal blant annet sikre at innleide vikarer er kvalifisert for oppgavene.

Momenter til sjekkliste

Sykehuset må:

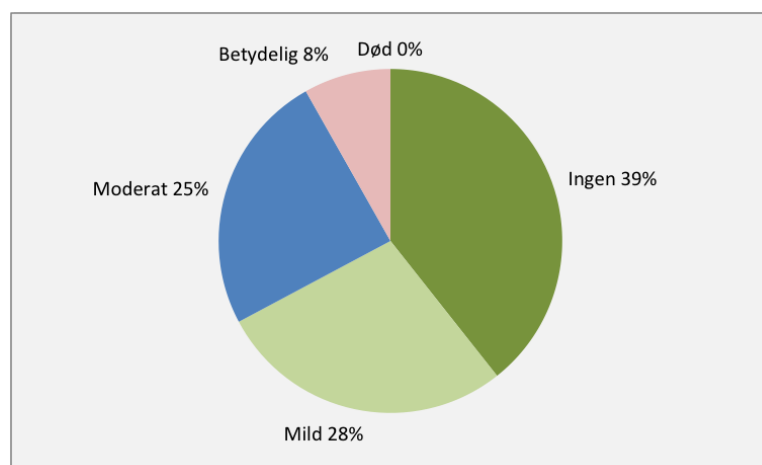
- stille krav til innleide vikarers kjennskap til aktuell pasientgruppe og relevant medisinsk utstyr
- ha nok fast ansatte og erfarne medarbeidere, slik at vikarer har noen å rådføre seg med
- gi vikarer tilstrekkelig opplæring og tilby gode arbeidsforhold, slik at vikaren har mulighet til å utøve god klinisk praksis. Dette innebærer å sikre at vikaren:
 - har faglig kompetanse som står i forhold til pasientene og oppgavene på aktuell avdeling
 - får opplæring i prosedyre- og dokumentasjonssystem
 - får nødvendig tilgang til rom, medikamenter og utstyr samt rettigheter til elektronisk pasientdokumentasjon
 - har kompetanse og kjennskap til nødvendig utstyr og prosedyrer
 - kjenner rutiner for den aktuelle avdelingen, spesielt akuttrutiner
 - har tilstrekkelige kommunikasjonsferdigheter og språkforståelse for å unngå misforståelser

I løpet av Meldeordningens 14 første måneder kom det inn 61 meldinger om uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten knyttet til bruk av vikarer.

Stort forbedringspotensial

De innmeldte hendelsene viser at flere områder har stort forbedringspotensial.

De uønskede hendelsene er klassifisert etter skadegrad og fordeler seg som vist i figur 1. Det viser seg at 20 hendelser (33 prosent) har gitt betydelig eller moderat skade på pasient. Hos 24 pasienter (39 prosent) ble det ikke observert skade, men hendelsen kunne ha gitt et alvorlig utfall. I mange av de beskrevne hendelsene har avdelingens faste personale overtatt vikarens arbeidsoppgaver og dermed forhindre uønsket skade.



Figur 1. Skadegrad på pasient - uønskede hendelser knyttet til vikarer i spesialisthelsetjenesten, n=61

I henvendelsesbeskrivelsene kommer det ikke fram om vikaren er fra vikarbyrå eller er rekruttert på andre måter. Vikar brukes i dette notatet om personell som ikke er blant stabens fast ansatte, uavhengig om vedkommende er innleid fra vikarbyrå eller ikke. Arbeidsgiver brukes her i betydningen sykehuset.

Innmeldte hendelser inneholder ikke informasjon om hvorvidt primærmelder er fast ansatt eller vikar. Hendelsesbeskrivelsene indikerer at det kun er et fåtall av meldingene som er sendt av vikaren, selv om vedkommende var involvert i hendelsen. Vi tror derfor at uønskede hendelser ved vikarbruk er underrapportert.

Fagkompetanse knyttet til funksjon

De fleste hendelsene handler om at vikaren ikke har god nok kjennskap til pasientgruppen, utstyr, rutiner og prosedyrer. Vikarer, rekruttert fra byrå eller på andre måter, vil alltid være under arbeidsgivers instruks, kontroll og arbeidsreglement. Arbeidsgiver må sørge for at vikaren får tilstrekkelig

Mangelfull opplæring i medisinsk-teknisk utstyr

«Et barn er tracheostomert og ligger tilkoplest respirator. Trenger overtrykksventilasjon. Barnet får metningsfall, blekhet og lufthunger på respirator. Undertegnede tilkalles etter 10 min. Respiratoren viser noe flow, men ikke overtrykk. Slange til fukter er glidd av, sannsynligvis ved snuing av barnet. Barnets sykepleier (innleid vikar) har ikke hatt kompetanse til å vurdere årsak til metningsfall og klinikk som ved alvorlig respirasjonsbesvær. Loggen viser at barnet ikke har fått ventilasjonsstøtte i 10 minutter. Dette skyldes for dårlig opplæring i medisinsk-teknisk utstyr og i feilsøking ved brutt respiratorkrets. Konsekvensen var at barnet fikk betydelig metningsfall, men kom seg fort ved etablert overtrykksventilasjon.»

opplæring til å utføre arbeidet på en forsvarlig måte og skal også lede vikarens arbeid. Byrået er ansvarlig for at vikaren har den kompetansen som er bestilt.

En organisasjonskultur preget av trygghet, åpenhet og samarbeid kan redusere mulighetene for uønskede hendelser (5). Man bør tilstrebe en kultur der det er akseptert å spørre når man er usikker, og der man får støtte og god opplæring når man er ny. Dersom det reises tvil om vikarens ferdigheter, har både vikar og fast ansatte plikt til å si fra.

Lov og forskrift stiller krav

Krav til systematisk og dokumentert opplæring i bruk av medisinsk utstyr er beskrevet i lover og forskrifter (2, 6, 7, 8).

De samme krav til faglig kompetanse gjelder for vikarer som for fast ansatte. I henhold til Helsepersonellovens § 4 om forsvarlighet skal helsepersonell «utføre sitt arbeid i samsvarende med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut ifra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (6).

Klar bestilling fra arbeidsgiver

Informasjon fra ett av vikarbyråene som anvendes i spesialisthelsetjenesten, viser at sykepleierne formelle og reelle kompetanse og kvalifikasjoner blir grundig vurdert gjennom intervju, vitnemål, attester, kursbevis og referanseintervjuer (personlig meddelelse fra vikarbyrå). For at et vikarbyrå skal kunne levere rett person til rett stilling, forutsettes det at arbeidsgiver gir tydelige beskrivelser av ønsket kompetanse og personlige egenskaper, arbeidsoppgaver og kvalifikasjoner.

Arbeidsgiver må utarbeide konkrete kravspesifikasjoner for vikarens kvalifikasjoner med spesifikk beskrivelse av type aktuelt utstyr. Foretakene må ha tett dialog med vikarbyråene for å sikre at det foreligger en felles forståelse for nødvendig minimumskompetanse for de ulike stillingene. Dette gjør det mulig å skaffe vikar med kompetanse og kvalifikasjoner i tråd med aktuelle arbeidsoppgaver.

Språk og prosedyrer er sentralt

Noen meldinger beskriver situasjoner der manglende kommunikasjonsferdigheter og språkforståelse medvirker til misforståelser. Et stadig økende antall studier har vist at dårlig kommunikasjon er assosiert med uønskede pasienthendelser (9). Kvalitetssikring av skriftlige og muntlige språkferdigheter er nødvendig før ansettelse av vikarer.

En del hendelser beskriver pasientforløp der vikaren har manglet kjennskap til avdelingens prosedyrer, noe som har resultert i at pasienter ikke er blitt fulgt opp adekvat. De skjedde under pasientens innleggelse, etter utskrivning, under oppfølging av prøvesvar og ved henvisninger. Institusjoner som bruker vikarer, må ha sikre rutiner og systemer som fanger opp arbeidsoppgaver som skal gjøres etter vikarens vakt.

Manglende oppfølging

«Fikk melding om at ultralydfunn fra 23.9.12 ble liggende på en arbeidsliste til en lege som har vært vikar. Funnet ble derfor ikke videreformidlet før 11.1.13. Funnet var av en slik art at MR av samme region var indisert. Pasienten har fått time til MR 5.2 og poliklinikktime 8.2.»

Må læres opp i akutt rutiner

Det må gis opplæring om akutthenvisinger til alt vakt-personell, med tydelige instruksjoner for indikasjoner og rutiner ved de ulike systemene, for eksempel hvem som blir utkalt ved de ulike alarmene, og hvilke konsekvenser det vil få dersom det blir slått feil alarm.

Nødvendig tilgang og rettigheter

Flere meldinger handler om at vikaren ikke har fått nødvendig tilgang til medikamentrom og elektronisk journal- og dokumentasjonssystem. Dette har skapt potensielt alvorlige hendelser. Arbeidsgiver har ansvar for å gi alle – også korttidsvikarer – mulighet til å utøve god praksis ved at nødvendig arbeidsverktøy og informasjonskilder er tilgjengelig. Arbeidsgiver bør sikre tilstrekkelig fast personell på hver vakt, slik at det er mulig for ukjent personell å ha kjente å rådføre seg med (10).

Mangler opplæring i akutt rutiner

«Gravid kvinne kommer til sykehuset med blødning. Det blir bestemt at det skal gjøres katastrafekeisersnitt pga morkakeløsning. Jordmor (vikar) trykker på feil knapp, og det går ut alarm om dårlig mor/barn. Samtidig ringer sykepleier i mottakelsen rundt og forsikrer seg at alarmer er mottatt, også til opr-sykepleierne i hjemmevakt (som ikke får mor/barn-alarm) om keisersnitt. Dette gjør at de er raskt på plass. Mens anestesipersonellet fortsatt ikke vet at det skal være keisersnitt!

Konsekvens: Uforberedt anestesipersonell møter opp på føde/gyn i stedet for operasjonsavdeling og forsinker keisersnitt på kvinne som blør. Rutine/prosedyre for tilkalling i akuttsituasjon ikke fulgt.»

Mangler tilgang til medikamenter

«Det er 2 sykepleievikarer som har nattevakt. De tar imot et barn som kommer inn som øyeblikkelig hjelp om natten. Barnet har medfødt hjertefeil og epilepsi. Pasientens mor er med ham. Gutten er kvalm og kaster opp, hadde et epilepsianfall da han var nede på røntgen før han kom opp til avdelingen. Han blir fulgt til WC av mor og en sykepleier, der får han et nytt anfall. Han har ingen perifer venekanyler. Sykepleier-vikaren kan da ikke gi Stesolid i.v. og må gi Stesolid rektalt, som ligger inne på medisinnrommet, men kommer ikke inn dit da hun ikke har adgangskort. Anfallet gikk over av seg selv etter 3 minutter. Dette kunne ført til en alvorlig hendelse grunnet manglende adgangskort og på grunn av mangel på opplæring til våre vikarer.»

Lite oppsummert forskning

Forskning knyttet til vikarbruk omhandler stort sett sykepleiere. Søk i McMaster Plus og i databasene Cinahl, PubMed, Cochrane med søkeordene Patient Safety, Safety, Quality, Measuring of Quality, Health Personnel, Temporary Workers og Agency Nurses, indikerer at det er lite oppsummert forskning på effekter av forbedringstiltak knyttet til bruk av vikarer i spesialisthelsetjenesten. De anvendte referansene er stort sett enkeltstudier. Referanser er i tillegg hentet fra norsk lovgivning og offentlige rapporter.

Studiene viser ikke sammenfallende resultater. Mange studier har funnet en negativ sammenheng mellom vikarbruk og forekomst av uønskede hendelser (10). Det anbefales at sykehusene bruker intern vikarpool i stedet for eksterne byråer. Dette begrunnes med at sykehusinterne sykepleiere vil være kjent med de felles organisatoriske systemene som er viktig for pasientsikkerheten – som for eksempel informasjonsteknologi og avviks- og beslutningssystem, og at de vil få del i organisasjonens kultur og internopplæring (10).

Vikarer er mest hos pasienten

Flere studier har vist at vikarbruk var assosiert med tryg-gere pasientbehandling og lavere forekomst av uønskede hendelser (11-13). Dette ble forklart med at vikarer må bruke mindre tid på administrative arbeidsoppgaver og således bruker mer tid inne hos pasienten.

Noen studier har vist at trygg pasientbehandling ikke er

avhengig av antall vikarer i forhold til antall faste, men at pasientsikkerhet aller mest handler om tilstrekkelig antall sykepleiere per pasient (11, 14). Mulige negative effekter av vikarbruk har i en studie blitt forklart med at vikarer i stor grad blir anvendt i høy-risikoavdelinger i høy-risikoperioder (13).

Funn i artiklene er altså motstridende. Det savnes multi-senterstudier med tilstrekkelig styrke som kan si noe om effekter av vikarbruk på pasientsikkerhet.

Vikar-dilemmaet

Bruken av vikarer i helsesektoren steg markant i perioden 2004–2009, men den har gått ned de siste årene (1). Spesialsykepleiere utgjør den største andelen av vikarer innen helsesektoren (2). Vikarer er nødvendig for å opprettholde døgnkontinuerlig drift, særlig i ferieperioder og i akuttavdelinger.

Holdningen til vikarbruk har endret seg fra å være en kiseløsning til å bli nødvendig i daglig drift (3). Helse-tilsynet erfarer at «nye vikarer i ferieperioder er en velkjent risiko for uventede og alvorlige hendelser» (4).

Hva kan forbedres?

Arbeidsgiver må stille detaljerte krav til byrå eller sykehusintern vikarpool om vikarers nødvendige kompetanse, både når det gjelder kjennskap til pasientgruppe og bruk av medisinsk utstyr. Intern vikarpool og vikarbyrå må ha helsefaglig kompetanse til å forstå bestillingen. Arbeidsgiver må gi vikarer tilstrekkelig opplæring og tilgang, slik at vikaren kan utøve forsvarlig klinisk praksis.

Vikarer bør arbeide på samme avdeling over en lengre periode. Rekrutteringen av vikarer må kvalitetssikres med hensyn til formell og reell kompetanse, språkferdigheter og personlig egnethet. Utover å legge til rette så godt som mulig gjennom kvalitetssikring og opplæring før vikaren starter, må sykehus som bruker vikarer nøye følge opp kvaliteten på vikarenes praksis.

Referanser

1. Statistisk sentralbyrå2013. Available from: <https://www.ssb.no/statistikkbanken>. Lesedato 11.10.2013
2. Berge O, Falkum, E, Trygstad, SC, Ødegård, AM. Skaff oss dem vi trenger. Om arbeidskraftstrategier og forebygging av sosial dumping i helse og omsorg. Fafo-rapport. 2011;11:156
3. Nergaard K, Nesheim T, Alsos K, Berge ØM, Trygstad SC, Ødegård AM. Utleie av arbeidskraft 2011. Fafo-rapport. 2011;2011:33
4. Helsetilsynet. Tendens til færre varsler i ferietiden2103. Available from: <http://www.helsetilsynet.no/no/Toppmeny/Presse/Nyhetsarkiv/Tendens-til-farre-varsler-i-ferietiden/>. Lesedato 10.10.2013
5. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety StrategyA Systematic Review. Annals of Internal Medicine. 2013;158(5_Part_2):369-74.
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)1999; LOV-2013-06-14-39 Available from: <http://lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>. Lesedato 7.3.2013
7. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om internkontroll i helse- og sosiallovgivningen.2002 6.3.2013. Available from: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20021220-1731.html>. Lesedato 7.3.2013
8. Helse- og omsorgsdepartementet, Helsereettsavd. Forskrift om autorisasjons, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra SveitsFOR-2008-10-08-1130. Available from: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20081008-1130.html>. Lesedato 6.3.2013
9. Betancourt JR; Green AR; Carillo J. Cross-cultural care and communication. UpToDate [Internet]. 2013. Available from: http://www.uptodate.com/contents/cross-cultural-care-and-communication?detectedLanguage=en&source=search_result&search=cross-cultural+care+communication&selectedTitle=1%7E150&provider=no-Provider. Lesedato 10.10.2013
10. Page AEK. Temporary, Agency, and Other Contingent Workers. In: Hughes RG, ed. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses: Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008
11. Aiken LH, Xue Y, Clarke SP, Sloane DM. Supplemental nurse staffing in hospitals and quality of care. The Journal of nursing administration. 2007 Jul-Aug;37(7-8):335-42. PubMed PMID: 17939464. Epub 2007/10/18. eng
12. Newhouse RP, Johantgen M, Pronovost PJ, Johnson E. Perioperative nurses and patient outcomes—mortality, complications, and length of stay. AORN journal. 2005 Mar;81(3):508-9, 13-22, 25-8. PubMed PMID: 15799504. Epub 2005/04/01. eng
13. Hurst K, Smith A. Temporary nursing staff - cost and quality issues. Journal of advanced nursing. 2011 Feb;67(2):287-96. PubMed PMID: 20969614. Epub 2010/10/26. eng
14. Neff DF, Cimiotti J, Sloane DM, Aiken LH. Utilization of non-US educated nurses in US hospitals: implications for hospital mortality. International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care /ISQua. 2013 Sep;25(4):366-72. PubMed PMID: 23736834. Epub 2013/06/06. eng

Sitering:

Saastad E, Moberg TO, Flesland Ø. Nytt fra Meldeordningen 3/2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013