

Pasientsikkerhetsprogrammet

I trygge hender 24-7

Strategi 2014–2018

Revidert versjon
April 2017

Innholdsfortegnelse

| | | |
|----|---|----|
| 1. | Visjon | 3 |
| 2. | Oppdraget | 4 |
| 3. | Prinsipper for programmet | 7 |
| 4. | Mål for programmet | 9 |
| 5. | Videreføring i kommunal helse- og omsorgstjeneste | 13 |
| 6. | Videreføring i spesialisthelsetjenesten | 15 |
| 7. | Kommunikasjon | 16 |
| 8. | Forskning og utdanning | 17 |

1. Visjon

Pasienter, brukere og pårørende får og opplever at Norge har verdens tryggeste helse- og omsorgstjenester.

1.1 Fremtidsbildet

Den norske helse- og omsorgstjenesten er blant verdens beste. Vi kan bli den beste på pasientsikkerhet. Vi har viljen, ideene og de evner som skal til for å lykkes. Men det vil kreve hardt, systematisk arbeid fra alle involverte for å nå målet. Det vil aldri være mulig å garantere null pasientskader. Men det er mulig å garantere at pasienten, brukeren og pårørende (heretter kalt pasienten/brukeren) i sitt møte med helse- og omsorgstjenesten alltid skal være, og selv oppleve å være, i trygge hender. I alle ledd, i alle kommuner, i alle helseforetak. Lykkes vi med det, da opplever pasienter i Norge verdens tryggeste helsetjeneste.

I verdens tryggeste helsetjeneste står pasientsikkerhet øverst på dagsordenen i alle styremøter og ledermøter i de regionale og lokale helseforetakene. I kommunene er pasientsikkerhet et fast tema når kommunestyret og kommuneledelsen diskuterer sine helse- og omsorgstjenester. Pasientsikkerhet og kvalitet er også regelmessig tema på ledermøter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Konkrete tiltak, oppfølgingspunkter fra pasientsikkerhetsvisitter og pasienthistorier er løftet opp på øverste nivå. Direktører og helse- og sosialsjefer går jevnlig pasientsikkerhetsvisitter. Pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskulturen kartlegges og følges opp med tiltak på hver enkelt sengepost. Samtlige institusjoner og avdelinger har implementert og spredt alle relevante tiltakspakker og følger egne resultater over tid.

Pasientene/brukerne er involvert i pasientsikkerhetsarbeidet, og deres kunnskap og erfaringer brukes inn i forbedringsarbeidet. Deltakelse i pasientsikkerhetsprogrammet har blitt et styringslinjeansvar. Godt arbeidsmiljø og verdsetting av kompetanse og innsats gjør at alle helsearbeidere kontinuerlig bidrar til å forbedre den helsetjenesten de er en del av. Dette er fremtidsbildet som vi skal strekke oss mot.

1.2 Slagord

I trygge hender 24-7.

2. Oppdraget

Bedre pasientsikkerheten i den norske helse- og omsorgstjenesten.

2.1 Oppgaven

Pasientsikkerhet står i dag høyt på agendaen i norske helseforetak og kommuner. Det finnes en rekke pågående pasientsikkerhetsinitiativ i helse- og omsorgstjenesten. Programmet vil være et supplement til pågående aktiviteter.

Pasientsikkerhetsprogrammet (heretter kalt programmet) skal gjennomføres både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. I programmets siste periode skal innsatsen økes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Programmet vil derfor, i tett dialog med de ulike aktørene, utarbeide en konkret handlingsplan for hvordan dette arbeidet skal gjennomføres.

Programmet skal bygge på tiltak og erfaringer fra pasientsikkerhetskampanjen, samt internasjonale erfaringer. Innsatsområdene fra kampanjen er videreført, samtidig som nye innsatsområder også testes, implementeres og spres i løpet av programperioden. Læringsnettverk som spredningsmodell skal videreføres i programmet. I tillegg vil nye spredningsmodeller bli utviklet.

Programmet skal sikre at kartlegging av pasientskader og undersøkelse av pasientsikkerhetskultur videreføres. Programmet skal bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget for pasientsikkerhet, blant annet gjennom samarbeid med institusjoner som jobber med kvalitetsregistre og aktører som bidrar til å bedre pasientsikkerheten, som Senter for kvalitet i legekontor.

Programmet skal arbeide for åpenhet. Det skal oppleves som trygt å si ifra om forhold som truer pasientsikkerheten, internt i tjenestene og overfor forvaltning og offentlighet. Videre skal programmet arbeide for at kunnskap om pasientskader og uønskede hendelser i alle ledd av helsetjenesten systematisk brukes til forbedring av pasientsikkerhet.

Tiltak for å øke kompetansen i forbedringsarbeid og pasientsikkerhet skal vektlegges, brukermedvirkningen styrkes og pasientsikkerhetsarbeidet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten videreutvikles. Programmet videreføres og videreutvikles i spesialisthelsetjenesten, blant annet gjennom innføring av fire nye innsatsområder.

I tillegg skal programmet søke samarbeid med aktører som arbeider med kvalitetsindikatorer og elektroniske løsninger. Programmet vil etterstrebe at målinger legges inn i etablerte systemer, og at programmets prosess- og resultatindikatorer legges inn i elektronisk journalsystem og andre pasientadministrative behandlingssystemer.

Tiltakene i pasientsikkerhetsprogrammet skal ikke oppfattes som å komme i tillegg til annen virksomhet. Krav til systematisk pasientsikkerhet- og forbedringsarbeid inngår i sentrale lover og forskrifter som regulerer norsk helse- og omsorgstjeneste. Pasientsikkerhetsarbeidet er et ordinært linjeansvar. Ledere på alle nivåer har ansvar for at relevante tiltakspakker blir innført, og ansvar for at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse i forbedringsarbeid. Ledere har også ansvar for å

gjennomføre forbedringstiltak og følge opp resultatene. Den enkelte helsearbeider skal medvirke til å gjennomføre forbedringstiltak.

Pasientsikkerhetsprogrammet og resultatene som kommer ut av programmets arbeid, blir følgevaluert av en ekstern aktør, finansiert av programmets budsjettmidler og Helsedirektoratet. Programmet skal legge til rette for framtidige satsinger gjennom å etablere et rammeverk for videre pasientsikkerhetsarbeid.

2.2 Organisering

Programmet viderefører i stor grad organiseringen fra kampanjen. Norske helseforetak og kommuner har ansvar for å arbeide med pasientsikkerhet og teste, implementere og spre programmets innsatsområder i tjenestene. Programmets organer skal være representativt sammensatt.

Styringsgruppe

Programmet eies og drives først og fremst av aktørene i helse- og omsorgstjenesten, som sammen utgjør styringsgruppen. Styringsgruppen vedtar alle sentrale beslutninger og budsjett for programmet. Styringsgruppen ledes av helsedirektøren.

Sekretariat

Sekretariatet er plassert i Helsedirektoratet og er organisert som en enhet som rapporterer til styringsgruppen. Sekretariatet er ansvarlig for utvikling og daglig drift av programmet. Det skal inneha faglig spisskompetanse innen pasientsikkerhets- og forbedringsarbeid, og fungere som pådriver og fasilitator på nasjonalt nivå.

Fagråd

Programmets fagråd er et rådgivende organ for sekretariatet på faglige områder, samt angående implementering, målinger og spredning. I tillegg kan sekretariatet søke og motta råd hos enkelte medlemmer ut i fra deres kompetanse og erfaring, utenom møtene.

Ekspert- og arbeidsgrupper

Programmets ekspertgrupper gir sekretariatet råd ved utarbeidelse og revidering av tiltakspakker for innsatsområdene. Hvert innsatsområde har sin egen ekspertgruppe. Gruppen er satt sammen av ledende fagfolk på området. I tillegg vil arbeidsgrupper knyttet til brukermedvirkning, pasientsikkerhetskultur og kartlegging av pasientskade gi sekretariatet råd og anbefalinger.

Kommunal helse- og omsorgstjeneste

Lovverket pålegger kommunene å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Programmet jobber ut mot kommunene gjennom to løp. Det ene er oppbygging av helhetlige pasient- og brukersikre kommuner (se også punkt 5.2). Det andre er samarbeidet med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, som skal bidra til gode helse- og omsorgstjenester i kommunen. Alle utviklingssentrene har et etablert nettverk med kommunene i

sitt fylke. Utviklingssentrene har en sentral rolle i å støtte implementeringen og spredningen av programmets tiltak i sykehjem og hjemmetjeneste.

For å lykkes med arbeidet i kommunene er det avgjørende å sikre god lederforankring. Programmet vil bidra til at pasientsikkerhet inngår i dialogen med kommunene.

Spesialisthelsetjenesten

Gjennom oppdragsdokumentene er regionale og lokale helseforetak pålagt å teste, implementere og spre programmets innsatsområder ved alle relevante avdelinger.

Hvert regionale og lokale helseforetak har henholdsvis en regional og lokal programleder som bistår og veileder i testing, implementering og spredning av programmets tiltak. Regionale programledere koordinerer programaktiviteten i de regionale helseforetakene og er kontaktperson for de lokale programlederne.

2.3 Samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste

For å lykkes med pasientsikkerhetsarbeidet må det være god samhandling mellom tjenestene. Det er den samme pasienten/brukeren som innlegges på sykehus som også får hjelp av kommunens helse- og omsorgstjeneste på sitt hjemsted.

Med samhandlingsreformen ble målet om å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre, tydelig. Dette er videreført i senere dokumenter og stortingsmeldinger. Pasientene og brukerne skal få tidlig og god hjelp når de trenger det, nærmest mulig der de bor. De skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. Tjenestene skal ha god kvalitet, høy pasientsikkerhet, kort ventetid og være tilpasset den enkelte pasient/bruker.

Reformen og programmet trekker i samme retning. Tiltak innenfor programmet vil være en bidragsyter for å nå målene i samhandlingsreformen. Programmet vil bidra til å forebygge skader og redusere forlenget liggetid. Programmet vil også bidra til at pasienter/brukere får trygg behandling på rett sted, og at samhandlingen mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten blir bedre.

Pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedringsarbeid bør inngå i samhandlingsavtalene mellom kommuner og helseforetak.

3. Prinsipper for programmet

Kunnskapsbasert praksis er kjernen i pasientsikkerhetsprogrammets arbeid. Det innebærer at faglige avgjørelser skal bygge på forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og pasienten/brukerens ønsker og behov. I tillegg skal programmet ha tre overordnede prinsipper:

- Programmet er til for pasientene og brukerne. Brukermedvirkning skal være en naturlig del av alle aktiviteter i programmet.
- Programmet skal legge til rette for at det bygges og videreutvikles lokal kompetanse i pasientsikkerhet og forbedringsarbeid.
- Programmet skal bidra til at ny og eksisterende kunnskap og forskning blir en del av daglige rutiner og praksis.

3.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en demokratisk rettighet, og avgjørende for å sikre en god og trygg helse- og omsorgstjeneste.

Brukermedvirkning i pasientsikkerhetsprogrammet innebærer at pasienter og brukere involveres aktivt i pasientsikkerhetsarbeidet. Pasienten/brukerens kunnskap og erfaringer skal benyttes for å redusere risiko for uønskede hendelser, og være sentral i utviklingen og forbedringen av tjenestetilbudet på både individnivå, tjenestenivå og systemnivå.

Pasienter, brukere og pårørende skal være involvert på alle organisatoriske nivåer i programmet, herunder styringsgruppen, fagrådet, ekspertgrupper og lokale forbedringsteam. I tillegg vil alle tiltak og initiativ bli utviklet i samarbeid med pasient- og brukerorganisasjoner og eventuelle brukerutvalg i helseforetak og kommune, gjennom programmets arbeidsgruppe for brukermedvirkning.

I arbeidet med programmet vil det legges vekt på å utvikle, teste, implementere og spre konkrete tiltak for å styrke pasientens/brukerens mulighet til å delta aktivt i pasientsikkerhetsarbeid på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten.

3.2 Kompetanse i pasientsikkerhet og forbedringsarbeid

Pasientsikkerhet og forbedringsarbeid krever kunnskap om og erfaring med forbedringsarbeid og forbedringsmetodikk. Forbedringskunnskap er et eget fag som må læres.

Helsepersonell i både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten trenger forbedringskunnskap for å lykkes med å forbedre pasientsikkerheten. For å oppnå dette skal programmet tilby opplæring og veiledning i forbedringsarbeid.

For å sikre tilstrekkelig forbedringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten, er det en forutsetning at opplæring og veiledning tilbys både nasjonalt, regionalt og lokalt. Dette innebærer bidrag fra både sekretariatet, KS og kommuner, regionale foretak og foretak.

3.3 Ny og eksisterende kunnskap og forskning

Det er et gap mellom det vi vet er beste praksis og det vi faktisk gjør. Forskningen viser at det kan ta opp til 17 år før forskningsbasert kunnskap blir implementert i praksis¹.

Endring av arbeidsprosesser og rutiner er krevende og tar tid. For at nye daglige rutiner skal bli innarbeidet hos alle medarbeidere må vi jobbe mer systematisk med kvalitet og forbedring. Forbedringsmodellen² er en enkel og anvendelig metode som kan benyttes for å redusere avstanden mellom det vi vet vi bør gjøre (beste praksis), og det vi faktisk gjør.

Pasientsikkerhetsprogrammet skal støtte helse- og omsorgstjenesten med å implementere slik kunnskap i praksis, og fungere som en bro mellom forskning og praksis.

¹ Balas E, Boren S. Managing Clinical Knowledge for Health Care Improvement. In: Van Bemmel Jh, Mccray At, Eds. Yearbook of Medical Informatics. Stuttgart: Schattauer Verlagsgesellschaft Mbh, 2000:65–70

² Langley GL, Moen R, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance (2nd edition). San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 2009.

4. Mål for programmet

4.1 Overordnede mål

Programmet skal videreføre målene som ble satt for pasientsikkerhetskampanjen 2011–2013:

- Redusere pasientskader
- Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

4.2 Tallfesting av mål

Det eksisterer ingen enkeltindikator som gir uttrykk for den samlede pasientsikkerheten i komplekse organisasjoner. Ei heller finnes det en «gullstandard» for hvilke typer indikatorer som bør settes sammen for å gi det mest korrekte bildet av pasientsikkerheten.

Programmets styringsgruppe vil følge utviklingen av pasientsikkerhet i Norge ved hjelp av et dashboard, som er en samlet visuell presentasjon av samtlige indikatorer fremstilt i tidsserier. Dashboardet vil være sammensatt av et utvalg nasjonale kvalitetsindikatorer, som angitt i listen under. Det er knyttet et nasjonalt mål for programperioden til den enkelte indikator. Indikatorene og de respektive målene revideres løpende i programperioden.

Det finnes en rekke nasjonale, regionale og lokale pasientsikkerhetsinitiativ, og programmet vil være et supplement til disse. Dashboardet vil således avspeile resultatene av det samlede pasientsikkerhetsarbeidet i tjenesten, ikke utelukkende effekten av det arbeid som utføres som en del av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet.

Dashbord for den kommunale helse- og omsorgstjenesten utvikles av sekretariatet i samarbeid med de neste Pasient- og brukersikre kommunene og andre avdelinger i Helsedirektoratet. Dashbord for spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles av Helsedirektoratet.

Følgende mål er satt for respektive nasjonale kvalitetsindikatorer gjeldende for programperioden:

Pasientskader

Kilde: Årlig rapport om pasientskader målt med Global Trigger Tool (GTT), utgitt av Helsedirektoratet.

- Ved utgangen av 2018 skal «andel pasientopphold med minst én pasientskade, alle alvorlighetsgrader (E-I)» reduseres til 10,3 prosent. Det tilsvarer en 25 prosents reduksjon fra 2012-nivå, som var på 13,7 prosent.

Infeksjoner

Kilde: Nasjonal kvalitetsindikator presentert i programmets dashboard (kilde for nasjonal indikator er NOIS-POSI)

- Redusere «postoperative infeksjoner etter innsetting av totalprotese (hofte)» med 25 prosent, fra 2010-nivå til utgangen av 2018
- Redusere « postoperative infeksjoner etter utført keisersnitt» med 25 prosent, fra 2010-nivå til utgangen av 2018
- Redusere « postoperative infeksjoner etter fjerning av galleblære (kolecystektomi) med 25 prosent, fra 2010-nivå til utgangen av 2018

Kilde: Andel urinveisinfeksjon under nasjonal kvalitetsindikator «Sykehusinfeksjoner» presentert i programmets dashboard (kilde for nasjonal kvalitetsindikator er NOIS-PIAH)

- Redusere «andel pasienter som har fått urinveisinfeksjon på sykehus» med 25 prosent, fra 2010-nivå til utgangen av 2018

30 dagers overlevelse

Kilde: Nasjonal kvalitetsindikator presentert i programmets dashboard

- Øke «Overlevelse 30 dager etter innleggelse for hoftebrudd» med 2 prosent, fra 2010-nivå til utgangen av 2018
- Øke «Overlevelse 30 dager etter innleggelse for hjerneslag» med 3 prosent, fra 2010-nivå til utgangen av 2018
- Øke «Overlevelse 30 dager etter innleggelse» med 3 prosent, fra 2010-nivå til utgangen av 2018

Pasientsikkerhetskultur

Kilde: Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen

- Svarprosent i Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen skal være på minst 70 prosent ved hver enhet
- «Andel enheter med modent teamarbeidsklima» ved hvert helseforetak skal være minst 70 prosent. Det betyr at minst 60 prosent av medarbeiderne i enheten skårer 75 eller høyere.
- «Andel enheter med modent sikkerhetsklima» ved hvert helseforetak skal være minst 60 prosent. Det betyr at minst 60 prosent av medarbeiderne i enheten skårer 75 eller høyere.

Pasienterfaringer

Kilde: Årlig nasjonal rapport for pasienterfaringer med norske sykehus, utgitt av Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet (PasOpp-rapport)

- Forbedre «Pasientopplevd pasientsikkerhet» til 90,4 prosent ved utgangen av 2018. Det tilsvarer en 5 prosents bedring fra 2011-nivå, som var på 86,1 prosent.

4.3 Mål for implementering og spredning

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal minimum ett innsatsområde igangsettes i minimum en relevant enhet/avdeling i 75 prosent av norske kommuner innen utgangen av 2018. Det skal utarbeides en oppdatert oversikt over systematisk pasientsikkerhetsarbeid som allerede foregår i kommunene.

Kommunene oppfordres til å jobbe med alle relevante innsatsområder, men bør som minimum jobbe med innsatsområdet *riktig legemiddelbruk*, som måles gjennom nasjonal kvalitetsindikator for legemiddelgjennomgang.

Ved utgangen av 2018 skal «Andel beboere i institusjon (≥65 år) som har fått legemiddelgjennomgang, i henhold til Veileder om legemiddelgjennomganger IS-1998, siste seks måneder» og «Andel brukere i hjemmebaserte tjenester (≥65 år) som har fått legemiddelgjennomgang, i henhold til Veileder om legemiddelgjennomganger IS-1998, siste seks måneder» i programmets dashboard. De nye kvalitetsindikatorne vil bli publisert for første gang i midten av 2017³.

I spesialisthelsetjenesten skal alle relevante tiltakspakker i programmet testes, implementeres og spres til alle relevante enheter/avdelinger innen utgangen av 2016.⁴ Utviklingen følges gjennom rapportering av andel relevante enheter hvor tiltakspakkene er implementert, samt prosessindikatorer i utvalgte tiltakspakker.

³ Det er ikke mulig å tallfeste mål på legemiddelgjennomgang siden første gangs måling vil skje i midten av 2017 og vil fungere som en baseline.

⁴ Tiltakspakkene «Forebygging og behandling av underernæring», «Tidlig oppdagelse av forverret tilstand» og «Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis» er frivillige.

4.4 Lokale mål og målinger

I kommunal helse- og omsorgstjeneste eksisterer det per i dag ikke mange egnede indikatorer for pasientsikkerhet. Det er en overvekt av sykehusindikatorer, og diagnosespesifikke indikatorer er lite egnet i kommunehelsetjenesten. Det er derfor behov for at det utvikles nasjonale kvalitetsindikatorer knyttet til pasientsikkerhet for denne sektoren. Programmet vil innenfor sitt kompetanseområde være en faglig ressurs for kommunesektoren og staten i arbeidet med utvikling av kommunale kvalitetsindikatorer.

På kommunalt nivå/helseforetaksnivå og på enhetsnivå/avdelingsnivå skal det settes lokale mål i tilknytning til aktuelle indikatorer basert på eget potensiale. Det anbefales at den enkelte kommune og helseforetak etablerer et eget dashboard for å følge det lokale pasientsikkerhet- og forbedringsarbeidet. Programmet vil bistå i dette arbeidet.

Programmet skal redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak i helseforetak og kommuner. Programmets mål skal nås ved å teste, implementere og spre konkrete forbedringstiltak på utvalgte innsatsområder. Hvert innsatsområde har en egen tiltakspakke med tilhørende indikatorer som forbedringsteamene skal måle jevnlig på.

I anvendelse av forbedringsmodellen er målinger en viktig del av det lokale forbedringsarbeidet. I tillegg til at målinger er nødvendig for å kunne dokumentere statistisk signifikante forbedringer, er formålet med målingene å underbygge at forbedringsteamene gjennom småskalatesting (PDSA-metodikk) lærer hvordan tiltakene best implementeres og spres i lokal kontekst.

For alle innsatsområder er det etablert én eller flere prosessindikatorer. For de innsatsområder der det har vært gode alternativer tilgjengelig, er det også etablert en resultatindikator. I tillegg vil helseforetakene benytte en prosessindikator for å ha en løpende oversikt over egen implementerings- og spredningsgrad. Dette vil også bli utviklet for de pasient- og brukersikre kommunene.

5. Videreføring i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Norske kommuner har det overordnede ansvaret for planlegging og koordinering av egen helse- og omsorgstjeneste. Kommunenes deltakelse i programmet er frivillig. Paragraf 4.2 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester pålegger kommunene å jobbe «systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet». Programmets tiltak kan derfor være konkrete bidrag til å etterleve kravene i lovverket.

Innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal minimum ett innsatsområde igangsettes i minimum én relevant enhet/avdeling i 75 prosent av norske kommuner innen utgangen av 2018. Kommunene oppfordres til å jobbe med alle relevante innsatsområder, men bør som minimum jobbe med innsatsområdet *riktig legemiddelbruk*. Programmets innsats skal primært være rettet mot sykehjem og hjemmetjenester.

5.1 Ledelsesforankring

Pasientsikkerhetsarbeidet i kommunene må forankres i ledelsen, både politisk og administrativt. Arbeidet med pasientsikkerhet er lovpålagt.

Sekretariatet vil bidra med kunnskap om pasientsikkerhet og forbedring på relevante regionale kurs og samlinger for ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og som veiledere og støttespiller når tiltakspakker og ledelsesverktøy i programmet skal testes, implementeres og spres. Sekretariatet vil samarbeide tett med styringsgruppens medlemmer om dette. KS vil gjennom sin organisatoriske struktur spre informasjon om programmet og stimulere kommunene til deltakelse. Videre vil KS kunne gi råd og veiledning overfor sekretariatet om kommunesektoren.

Programmet skal fortsette med å utvikle system for måling av forbedringsarbeid i kommunene (dashbord). Dette testes ut og utvikles i samarbeid med pasient- og brukersikker kommune. Det er ønskelig at målingene skal være til inspirasjon og etterspørres av ledelsen i den enkelte kommunes helse- og omsorgstjenester og kommunalt administrativ og politisk styringssystem.

5.2 Pasient- og brukersikre kommuner

Pasient- og brukersikker kommune er en satsning som dreier seg om å arbeide helhetlig med pasientsikkerhet i kommunen gjennom å involvere kommuneledelsen, hjemmetjenesten, sykehjem, fastleger og kommunale brukerråd/brukere i kommunen, samt nærmeste Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste.

Pasient- og brukersikker kommune har som pilotprosjekt blitt utviklet i samarbeid med Tønsberg kommune, og skal videreføres fra en til fem kommuner. Programmet vil sikre at læring og erfaringer fra de aktuelle kommunene kommer andre kommuner til gode.

Sekretariatet fortsetter samarbeidet med danske pasient- og brukersikre kommuner for læring og erfaringsutveksling.

5.3 Samarbeid med Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester skal fortsatt ha en sentral rolle i å støtte implementering og spredning av relevante innsatsområder i sykehjem og hjemmetjeneste. Utviklingscenterne skal fortsette å gjennomføre fylkesvise læringsnettverk for ulike innsatsområder.

For å støtte utviklingscenterne skal sekretariatet gjennomføre jevnlig opplæringsprogrammer og samlinger i pasientsikkerhet og forbedringsarbeid. I tillegg vil sekretariatet veilede og støtte utviklingscenterne etter behov gjennom hele programperioden.

5.4 Dialog med kommunene

Programmet vil arbeide for at Fylkesmannen får en mer sentral rolle som pådriver i arbeidet med pasientsikkerhet i kommuneledelsen, samt rapportere på aktivitetene i kommunene. Dette kan gjøres blant annet gjennom den ordinære dialogen med den øverste politiske og administrative ledelsen i kommunene. Det vil styrke programmets infrastruktur ut til landets kommuner, med mål om økt bevisstgjøring på ledernivå og styrket innsats inn mot kommunale helse- og omsorgstjenester.

5.5 Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen

I programperioden skal sekretariatet i samarbeid med relevante aktører utrede om pasientsikkerhetsundersøkelsen er egnet til bruk i sykehjem og hjemmetjenester.

5.6 Øvrige aktiviteter

Programmet skal fortsette arbeidet med å formidle kunnskap om pasientsikkerhet og forbedringsarbeid. I samarbeid med relevante aktører vil det bli tilrettelagt for pasientsikkerhetsarbeid også blant fastlegene. Programmet vil stimulere til at leger i spesialisering får kurs i samstemming av legemiddellister og legemiddelgjennomganger. Sekretariatet vil i tillegg være til stede på arenaer hvor fastleger møtes, og bidra med foredrag og opplæring i pasientsikkerhet og forbedringsarbeid.

Erfaringen fra kampanjen viser at samarbeid med farmasøyter er svært nyttig for testing, implementering og spredning av tiltakspakkene knyttet til riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjenester. Programmet skal stimulere til at farmasøytenes kompetanse utnyttes i det videre arbeidet med pasientsikkerhet, både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

For å motivere flest mulig kommuner til deltakelse vil sekretariatet jevnlig gjennomføre informasjonsaktiviteter rettet mot alle kommuner.

6. Videreføring i spesialisthelsetjenesten

Kampanjens aktiviteter i spesialisthelsetjenesten er videreført i programmet. Gjennom oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet er det enkelte helseforetak pålagt å teste, implementere og spre programmets innsatsområder ved alle relevante avdelinger. I tillegg til de eksisterende innsatsområdene vil sekretariatet tilby tre nye innsatsområder innen forebygging og behandling av underernæring, tidlig oppdagelse av forverret tilstand samt tidlig oppdagelse og behandling av sepsis. Disse innsatsområdene er frivillige. Deltakelse i læringsnettverk for disse innsatsområdene forutsetter en forpliktelse fra foretaket om å teste, implementere og spre tiltaket i hele organisasjonen.

De regionale og lokale helseforetakene har ansvar for at alle innsatsområder igangsatt i kampanjeperioden testes, implementeres og spres til alle relevante enheter/avdelinger innen utgangen av 2016. Helseforetakene skal fortsette arbeidet med å teste, implementere og spre tiltakspakker ved alle relevante enheter. Implementeringsarbeidet skal dokumenteres og rapporteres i nasjonal oversikt etter gitte kriterier.

For å sikre varige strukturer etter endt programperiode vil flere ansvarsområder gradvis overføres til spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet får ansvar for fremtidig revidering av eksisterende tiltakspakker. Helseforetakene overtar selv ansvaret for veiledning og opplæring i Extranet.

Programmet skal bidra til utviklingen av gode overvåkningsverktøy fremover. Kartlegging av pasientskade ved metoden Global Trigger Tool vil bli videreført. Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen skal gjennomføres jevnlig og etterfølges av konkrete forbedringstiltak på lavest mulig nivå.

I arbeidet med programmet skal helseforetakene jobbe aktivt med brukermedvirkning og bygge kompetanse i forbedringsarbeid.

Arbeidet med styreinvolvering og ledelse av pasientsikkerhet på alle nivåer skal forsterkes. Nye og eksisterende metoder for ledelse av pasientsikkerhet skal testes, implementeres og spres.

7. Kommunikasjon

Hovedmålgruppen for programmets kommunikasjonsarbeid er helsepersonell. Programmet skal også gjennomføre utvalgte informasjonsaktiviteter direkte rettet mot pasientene/brukerne.

Med alle konkrete aktiviteter i programmet vil det følge kommunikasjonstiltak for å informere, engasjere og gi mulighet for tilbakemeldinger fra de involverte. Å kommunisere mål, veien til målet og resultater er en viktig del av forbedrings- og spredningsarbeidet.

I tillegg til kommunikasjon rettet mot helsepersonell og pasienter/brukere skal interessenter som myndigheter, organisasjoner, media og befolkningen ivaretas gjennom ulike kommunikasjonsaktiviteter.

8. Forskning og utdanning

Utdanning i form av opplæring og videreutdanning i forbedringskunnskap hos helsepersonell er en sentral del av programmet. Programmet arbeider også med å integrere fagområdet ledelse av pasientsikkerhet inn i eksisterende opplæringsprogrammer for ledere. Når det gjelder forskning på pasientsikkerhet og inkludering av pasientsikkerhet i grunnutdanningen, vil programmet arbeide for å involvere relevante aktører.

8.1 Forskning på pasientsikkerhet og forbedringsarbeid

Det eksisterer noe norsk forskning på pasientsikkerhet og forbedringsarbeid, men mye av den forskningsbaserte kunnskapen har sitt utspring i andre land. Både kulturen og organiseringen av norsk helsetjeneste skiller seg i vesentlig grad fra de fleste andre land hvor relevant forskning er gjennomført. Det er derfor behov for å styrke den forskningsbaserte kunnskapen om pasientsikkerhet og forbedringsarbeid i norsk sammenheng.

Programmet skal utvikle et rammeverk for pasientsikkerhet. I tillegg skal programmet bidra med erfaringsbasert kunnskap om forbedringsarbeid, pasientsikkerhetskultur og kartlegging av pasientskader. Programmets sekretariat skal ikke selv drive forskning, men fremme og oppfordre til relevant forskning ved mulighet.

8.2 Pasientsikkerhet og forbedringsarbeid i helsefaglige utdanninger

Det finnes i dag flere arenaer for kurs og etter- og videreutdanning om pasientsikkerhet og forbedringsarbeid. Disse temaene er i liten grad en integrert del av de helsefaglige grunnutdanningene ved utdanningsinstitusjonene. For å lykkes med pasientsikkerhetsarbeidet er det nødvendig at temaet blir en integrert del av læringsmålene ved disse utdanningsinstitusjonene.

I samarbeid med andre aktører skal programmet være en pådriver for at pasientsikkerhet og forbedringsarbeid i større grad inkluderes i de helsefaglige grunnutdanningene.