

Referat fra fagrådsmøte 18. februar 2016

Tid: Torsdag 18. februar kl. 10.00-14.00

Sted: Helsedirektoratet, Universitetsgata 2, Møterom 0206

Ordstyrer: Geir Bukholm, leder av fagrådet

Møtedeltakere:

Fra fagrådet:

Geir Bukholm (leder)	Folkehelseinstituttet
Anders Baalsrud	Oslo Universitetssykehus HF
Audun Fredriksen	Legeforeningen
Hans Petter Næss	Statens helsetilsyn
Anders Grimsmo	NTNU og primærhelsetjenesten
Lars Mathisen	Lovisenberg Diakonale Høgskole
Kari Sunnevåg	USHT i Hordaland
Øistein Winje	Regionalt brukerutvalg Helse Sør-Øst
Gunn Fredriksen	Helse Midt-Norge RHF
Trine Magnus	Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering
Christian von Plessen	Pasientsikkert sykehus, Hillerød hospital
Jarle Gimmestad	Gimmestad AS
Nils Kvernmo	St. Olavs hospital HF
Karina Aase	Universitetet i Stavanger
Frafall:	
Sven Erik Gisvold	St. Olavs Hospital HF
Hans Flaatten	Haukeland Universitetssykehus HF, UiB
Arnfinn Aarnes	FFO
Øystein Flesland	Helsedirektoratet
Inger Cathrine Bryne	Stavanger Universitetssjukehus HF
Margun Øhrn	Sogndalen kommune
Einar Bugge	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Erik Hansen	Helse Vest RHF
Tonje E. Hansen	Nordlandssykehuset HF

Eksterne saksfremleggere:

Rachel Myhr Williksen	Deloitte
Magne Flatlandsmo	Deloitte

Fra sekretariatet:

Solrun Elvik	Pasientsikkerhetsprogrammet
Carol Perez Romay	Pasientsikkerhetsprogrammet
Cecilie Bakken Høstmark	Pasientsikkerhetsprogrammet

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Adresse: Pb. 7004 St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: (+47) 46 419 575

E-post: post@pasientsikkerhetsprogrammet.no

Nettside: pasientsikkerhetsprogrammet.no

Ida Waal Rømuld	Pasientsikkerhetsprogrammet
Silje Stavik	Pasientsikkerhetsprogrammet
Stål Ulvin Garberg	Pasientsikkerhetsprogrammet (referent)
Forfall:	
Anne-Grete Skjellanger	Pasientsikkerhetsprogrammet
Kaia Tetlie	Pasientsikkerhetsprogrammet

Agenda

- 1) Godkjenning av agenda
- 2) Referat fra fagrådsmøtet 15.10.15
- 3) Orienteringssaker:
 1. Status for programmet v/sekretariatet
 2. Visning av film om pasient og brukersikker kommune
- 4) Drøftingssaker
 1. Følgeevaluering av pasientsikkerhetsprogrammet – presentasjon av foreløpige funn ved Deloitte
 2. Revidering av fargekart for spesialisthelsetjenesten
 3. Revidering av pasientsikkerhetsprogrammets strategi
 4. Forsinkelser i utarbeidelse av tiltakspakke for innsatsområdet «Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis»
- 5) Eventuelt
- 6) Oppsummering og konklusjoner

Agenda og referat

Agenda og referat ble godkjent.

Orienteringssaker

Generell orientering fra sekretariatet

Pasientskadetall fra 2014

Programmet publiserte to rapporter i forrige uke. Den ene rapporten omhandlet pasientskadetallene fra 2014. Hos 13,9 prosent av pasienter innlagt ved norske sykehus i 2014 oppsto det minst én pasientskade som medførte behov for tiltak, forlenget sykehusopphold eller ga alvorligere konsekvenser. Til sammenlikning var tallet 16 prosent i 2011 og 13 prosent i 2013. Endringen fra 13 til 13,9 prosent er imidlertid ikke en statistisk signifikant endring i andel pasientskader.

Diskusjon:

Fagrådet påpekte at politikerne vil framstille dette som et resultat av kampanje og program. Men det vet vi ikke. Kvalitetsmålinger brukes ofte ukritisk i media. I dette tilfellet ble det brukt for rangering, selv om tallene er uegnet for det. Fagrådet noterer at sekretariatet går i fellen av å kommentere det.

Fagrådet spurte også om det foreligger planer om å iverksette dette på en systematisk måte i kommunene? Sekretariatet forklarte at det ikke er det for GTT, noe som skyldes at verktøyet er ikke validert for kommunal helsetjeneste.

Fagrådet ville også vite hvorfor det tar så lang tid å publisere tallene, siden GTT var laget for hurtige målinger med enkel metode. Sekretariatet forklarte at det skyldes strukturell utfordring med innsamling av data, og at det generelt er et problem å få tidsriktige data fra helsetjenesten i Norge.

Pasientsikkerhetskultur – resultater fra 2012 og 2014

Den andre rapporten omhandlet resultatene fra pasientsikkerhetskulturundersøkelsen i 2012 og 2014. Denne viser at rundt halvparten av enheter ved norske sykehus rapporterer om et godt klima for pasientsikkerhetskultur. Samtidig kan minst 44 prosent ha et klima som gir økt sjanse for pasientskader. Sekretariatets kommentar her er at det er gjort mye godt arbeid for pasientsikkerhet i Norge. Samtidig sier resultatene fra undersøkelsene at vi fortsatt har mye å hente – både når det gjelder å redusere andel pasientskader og å styrke pasientsikkerhetskultur.

Saken har vært omtalt i mediene. Rundt halvpartene av enhetene ved norske sykehus rapporterer om et positivt klima for pasientsikkerhet. Sekretariatets kommentarer er at det er viktig å jobbe med tiltak for å bedre klima på de områdene hvor det er behov for det.

Kommunal helse- og omsorgstjeneste har så langt sett på ulike typer skjema for undersøkelser. Det som er gjort med SAQ-skjemaet er at det er validert for bruk på legevakt og legekantor. Det finnes imidlertid ikke strukturer for innsamling i den kommunale helse- og omsorgstjenester. I sykehjem gjør man nå en evaluering i Tønsberg kommune, der alle sykehjemsansatte er med på svare. Fra høsten av regner sekretariatet med at man kan spre evalueringen til andre sykehjem.

Medisinlistekampanje

I samarbeid med Legemiddelverket har pasientsikkerhetsprogrammet kjørt en medisinlistekampanje og oppfordret pasienter og brukere til å stille strengere krav til legene om å oppdatere legemiddellisten sin. Det kommer også en sak i Dagsrevyen på dette.

Diskusjon:

Fagrådet støtter arbeidet og kommenterer at dette blir et stort kulturarbeid som har sammenheng med systemene som også gjelder i andre områder. Det er en opplevelse av at stadig flere begynner å snakke om behov for legemiddellister, og at pasientene begynner å etterspørre at noen skulle gått gjennom legemiddellistene. På mottakene er det mye stress både på pasient, og der trenger vi et bedre system.

Samtidig er det en refleksjon rundt i hvor stor grad man skal ansvarliggjøre pasientene. Det er en forskjell mellom ansvar og det å ta et visst ansvar. Men kommer ikke noen vei hvis ikke denne kjemperessursen anvendes.

Besøk fra IHI og satsing på tavlemøter

Amerikanske Institute for Healthcare Improvement (IHI) var på et tredagers besøk i Oslo i november. De ble tatt med på besøk til Oppsalhjemmet og Diakonhjemmet, og de var imponert over det de så. På Oppsalhjemmet ble de svært begeistret over tavlene og tavlemøtene, og IHI har allerede spredt ordet internasjonalt om disse. Flere fra IHI vil ta turen for å se dem.

Forbedringsutdanning for leger

Pasientsikkerhetsprogrammet arrangerer en egen forbedringsutdanning i samarbeid med Legeforeningen. Denne er rettet mot leger. Første samling har blitt gjennomført, og det var en veldig engasjert forsamling. Samarbeidet oppleves som veldig nyttig.

Pasientsikkerhetspris for ledere

Prisen gis ut hvert år. Tidligere har man kun delt ut en pris og hittil har bare ledere fra spesialisttjenesten blitt tildelt prisen. Derfor er det nytt av året at det utdeles én pris til en leder fra spesialisttjenesten og én pris til en leder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kriteriene for aktuelle kandidater er at vedkommende skal være en tydelig pådriver for pasientsikkerhetsarbeidet. Nominasjonsfristen er 18.mars, og fagrådet oppfordres til å spre ordet og eventuelt komme med innspill.

Visittstol

Visittstolen, som er en stol legen skal sette seg på under visitten, ble profilert i nyhetene og Bærum sykehus var piloten for denne typen virkemiddel. Visittstolen har til hensikt å gjøre kommunikasjon mellom lege og pasient mer likeverdig under legevisitt, og dermed styrke pasientsikkerheten. Fagrådet oppfordres til å ta kontakt dersom det er et ønske om å prøve den ut.

Forbedringssamling

Forbedringssamlingen arrangeres på Gardermoen 2.-3. mars. Selveste Kong Harald kommer til åpningen av konferansen. Programmet har hatt en overveldende påmelding, nå med over 750 påmeldte og flere på venteliste.

Drøftingssaker

Sak 1: Følgeevaluering av pasientsikkerhetsprogrammet – presentasjon av foreløpige funn ved Deloitte

For å følge resultatene i pasientsikkerhetsprogrammet skal det gjennomføres årlige følgeevalueringer i perioden 2015-2017, og en sluttevaluering i 2019. Resultatene som kommer ut av evalueringen skal brukes til å gjøre de nødvendige justeringer og videreutvikling av programmet. Deloitte har gjennomført første fase av følgeevalueringen, og er nå inne i en analyse- og rapporteringsfase. Deloitte la fram noen foreløpige funn til drøfting i fagrådet.

Hovedfunn:

Blant dem som har svart er både spesialisthelsetjenesten og kommunene er generelt positive. Det virker som gjennomføringen er enklere å styre i spesialisthelsetjenesten, mens man sliter med å styre i kommunene. Kommunesektoren sier at de er usikre på hva slags spredning som egentlig finnes.

Svarene fra undersøkelsen viser at spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten har nokså sammenfallende synspunkter på hvorvidt:

- programmet er forankret i egen organisasjon
- aktiviteter i regi av programmet er koordinert med andre initiativ rettet mot pasientsikkerhet
- pasientsikkerhet står høyt på dagsordenen
- aktivitet i regi av programmet bidrar til økt pasientsikkerhet

Hovedtendensen er imidlertid at den kommunale helse- og omsorgstjenesten scorer noe lavere enn spesialisthelsetjenesten. Kommunestørrelse bidrar i liten grad til å forklare forskjeller mellom kommunene. Det finnes engasjement i både store og små kommuner.

Et viktig spørsmål ved strategien er at programmet sier at brukermedvirkning skal være bærende prinsipp. Deloitte finner ikke igjen dette i praksis.

Diskusjon:

Fagrådet mener det er viktig å isolere hva som handler om programmet og hva som er effekten av andre satsinger. Det vil si noe av tendenser, sammenhenger og sannsynlige effekter av programmet. Fagrådet foreslår at Deloitte kan sammenligne kommuner som har arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammet med kommuner som ikke har deltatt, for å se om man ser forskjeller.

Fagrådet kommenterte at mange ledere ikke er klare over hva pasientsikkerhetsprogrammet er, fordi det i noen regioner er tatt inn i andre forbedringsprogram. Det er viktig at dette ikke skaper uklarhet i data.

Fagrådet mener Deloitte har gjort et godt arbeid med å få en fornemmelse av hva som foregår og peker på flere interessante punkter når det gjelder forbedring, blant annet kulturen med at leger og sykepleiere opererer til dels i forskjellige system. Leger og sykepleiere bør diskutere avvikene tverrfaglig for å finne de viktigste pasientsikkerhetstiltakene.

Måling er vanskelig, men det er veldig sentralt å kunne se sammenheng mellom det du gjør og det du oppnår. I den sentralistiske tilnærmingen er implementering en utfordring. Fagrådet konkluderer at å bryte ned resultatene på individuelle HF ikke er troverdig ut fra datagrunnlaget man har. Et forslag er å operere med minimum/maksimum og vise litt mer spredning, og at det framgår hva som er utvalget.

Fagrådet påpeker at kommune og spesialisthelsetjeneste er vanskelige å sammenligne på grunn av ulik organisasjon, datagrunnlag, starttidspunkt og videre.

Fagrådet kommenterer at det er bra at man også har intervjuet brukere.

Fagrådsleder Bukholm inviterte Deloitte til å komme med noen tanker om hva slags innspill de ville gitt på nåværende tidspunkt. Deloitte undrer seg over at det ser ut som at strategien er et dokument er utviklet over en periode, og at det er kommet til flere ting etterhvert, slik at litt av helheten har forsvunnet. Deloitte har også merket seg at det strategien blir litt utydelig når det gjelder delstrategier og hva som er de overordnede målene.

Sak 2: Revidering av fargekart for spesialisthelsetjenesten.

På styringsgruppemøtet 10.06.15 fikk sekretariatet i oppdrag å videreutvikle dagens fargekart for aktivitet og spredning for spesialisthelsetjenesten. Det er flere utfordringer knyttet til fargekartet som er i bruk i dag, deriblant at de regionale helseforetakene holder oversikt og rapporter på ulike enhetsnivåer, og at foretakene bruker forskjellige enheter på ulike tidspunkter. Fargedefinisjonene er for brede og det har også vært forvirring om hva som er riktig forklaring på hver farge. Med dagens fargekart har man ingen mulighet til å se om endringene har ført til forbedring og om enhetene i de regionale helseforetakene har oppnådd ønskede resultater på innsatsområdene.

Diskusjon:

Det er stor enighet i fagrådet om at det er vanskelig å blande mål om å spre aktiviteten med måling av måloppnåelse. Spredning og måloppnåelse er to ulike mål. Måling av måloppnåelse er veldig ulikt på de ulike områdene, og det er ikke alle områdene man har gode mål for måloppnåelse på. Informasjon om måloppnåelse er også veldig vanskelig å få tak i. Per dags dato er det få gode metoder for å få tak i valid informasjon på dette. Fagrådet mener derfor det er lurt å forholde seg til spredning.

Fagrådet kommenterer at man sliter med at man ikke vet hva spredning innebærer, og påpeker at en form for informasjon om hva det faktisk betyr vil være nyttig for alle involvert i programmet. Et eksempel er trygg kirurgi, hvor man kan få ulike svar fra HF til HF. Derfor etterspørres informasjon som er litt mer standardisert. Fagrådet anbefaler at man definerer hva spredning er, slik at alle svarer på det samme spørsmålet.

Oppsummert bør vi definere klart hva vi mener med spredning og mål. Vi kan måle prosessmål og resultatmål. Ikke alle tiltakspakker har et resultatmål, og noen prosessmål er kanskje egentlig formulert som resultatmål. Hvis man skal ta forbedringsmåling på alvor, bør vi kanskje velge ett mål for prosess og ett mål for resultat.

Fagrådet påpekte også at man ikke skal kreve at programmet måler ting det ikke kan påvirke. Å hjelpe programmet nasjonalt med å finne ut hva det oppnår er selvfølgelig et behov.

Fagrådsleder Bukholm påpekte at diskusjonen berører forskjellige ting. Det er for ambisiøst å måle om pasientsikkerheten faktisk forbedres. Det vi snakker om er i hvilken grad man har oppnådd de prosessmålene som følger hvert enkelt innsatsområdet. Da er spørsmålet om vi skal nøye oss med å si at det er en viss form for implementering, eller skal det være en viss grad av gradering?

Konklusjonen ble at prosessen videre blir at sekretariatet snakker med lokale programledere for å finne piloter. Vi bør se hvor langt man har kommet med implementeringen, og det kan være en god start å bare starte med prosessmålene.

Sak 3: Revidering av pasientsikkerhetsprogrammets strategi

Vi er nå midtveis i programperioden, og sekretariatet er i gang med å revidere strategien og de mål som har blitt satt. Gjennomgangen skal være ferdig til styringsgruppemøtet 10. juni. Deloitte har ansvar for følgeevaluering av pasientsikkerhetsprogrammet og revideringen vil basere seg på deres funn i den første rapporten, samt innspill fra aktører som styringsgruppen, fagrådet og eksterne samarbeidspartnere som for eksempel IHI. Den reviderte strategien vil presenteres med et følgeskriv som vil beskrive både selve endringene og bakgrunnen for endringene.

Diskusjon:

Fagrådet trekker frem at det er viktig hvordan strategien brukes aktivt til å styre aktivitet. Måten måloppnåelse i forhold til de ulike temaene i strategien har blitt presentert på, har vært veldig bra. For hvert styremøte har administrasjonen fylt på med hva som har vært gjort siden sist. På delstrategiene kjenner fagrådet lite til hva det er som er gjort.

Fagrådet lurer på om programmet er tydelig nok i strategien, og forstår godt nok selv hva vi vil oppnå. Burde vi være tydeligere og ha en bedre forståelse av hva vi vil oppnå, slik at vi kan formulere det bedre? Implementering er det viktigste og hvis man ikke får folk til å forstå at dette er viktig for dem i deres hverdag/arbeid, vil de omgå det. Først når man skjønner at dette er viktig selv, så begynner man å bruke det.

Fagrådet er enige i at det bør jobbes mer ute hos foretakene og styrke de 38 utviklingssentrene. Skal man nå målet må det være den riktige modellen for å spre pasientsikkerhetsprogrammet ut til alle kommunene.

Det ble samtidig påpekt at styringsgruppen må ha med seg at utviklingssentrene er tilskuddsfinansiert av Helsedirektoratet. Tilskuddet dekker drift, men ikke samlinger til læringsnettverk. Det er krav at utviklingssentrene søker på innovasjonsmidler og kompetansemidler med sin vertskommuner. Det kan være hensiktsmessig at utviklingssentrene slipper å bruke tid til å søke midler for å delta på samlingene.

Fagrådet påpeker at å involvere kommunene er en utfordring. Det er kommunestyret som har ansvaret for dette arbeidet. Et forslag om å bare rette innsatsen mot fem utvalgte kommuner, beskrives som en fallitterklæring.

Fagrådet drøftet hvorvidt programmet kan bruke eksisterende strukturer for å skape varighet, istedenfor å skape nye, som KS og kommunegrupper (norsk helsenett har hatt veldig nytte av å ha to-tre ankerpunkter i hvert fylke). Helsetilsynet og Fylkesmannen er også en varig struktur som jobber litt likt med programmet.

Det ble også trukket frem at man er avhengig av aktiviteter som føles relevant og nødvendig hos dem som skal skape de varige strukturene. Det kan man tenke på i resten av følgeevalueringen, samt teste om det man holder på med er behovsbasert eller om andre behov ikke dekkes inn.

Fagrådet mener man bør vurdere muligheten for å foreslå at programmet gjøres til en instans. Det legges til grunn at kommunene ikke vil være kommet langt nok til å flyte selv i 2018. Det samme gjelder spesialisthelsetjenesten. Det kommer til å skje endringer der også, som betyr at man må ha en sentral instans som kan betjene spesialisttjenestene.

Det ble også stilt spørsmål ved status på delstrategi for utdanning. I strategien står det at programmet skal etablere tverrfaglige læringsnettverk for studenter og forelesere. Sekretariatet opplyste at man har

etablert samarbeid med noen høyskoler, og at det har blitt holdt foredrag etter forespørsel. Resten av punktene i delstrategien er ikke innfridd på grunn av ressurspørsmål.

Fagrådet ønsker involveres en gang til når det nærmere seg styringsgruppemøte, og vil gjerne sette av en stor del av et sånt møte til dette temaet.

Sak 4: Forsinkelser i utarbeidelse av tiltakspakke for innsatsområdet «Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis»

Tiltakspakken for innsatsområdet «Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis» er nå under utarbeidelse. En viktig del av målsettingen for dette innsatsområdet innebærer tidlig oppdagelse av sepsis. En ny definisjon for sepsis vil presenteres i 2016, og et stort flertall i ekspertgruppen for innsatsområdet mener at pasientsikkerhetsprogrammet bør avvente fremdriften på innsatsområdet, for slik å vurdere de nye retningslinjene og hvorvidt de bør inkluderes i tiltakspakken. Dette vil imidlertid medføre forsinkelser for pilotprosjekt og læringsnettverk.

Diskusjon:

Fagrådet anbefaler at man forsøker å implementere de nye retningslinjene, men prøver å korte ned mest mulig i tid. Tidsaspektet er viktig.

Neste fagrådsmøte:

5. mai 2016 i Helsedirektoratet.