

Referat fra fagrådsmøte 19. oktober 2016

Tid: Onsdag 19. oktober kl. 10.00-14.00

Sted: Helsedirektoratet, Universitetsgata 2, Møterom 0201

Ordstyrer: Geir Bukholm, leder av fagrådet

Møtedeltakere:

Fra fagrådet:

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

Fra sekretariatet:

Anne-Grete Skjellanger	Pasientsikkerhetsprogrammet
Carol Perez Romay	Pasientsikkerhetsprogrammet
Nanna Fredheim	Pasientsikkerhetsprogrammet
Kaia Tetlie	Pasientsikkerhetsprogrammet (referent)

Agenda

- 1) Godkjenning av agenda
- 2) Referat fra fagrådsmøtet 04.05.16
- 3) Orienteringssaker:
 1. Generell orientering fra sekretariatet
 2. Revidering av strategi
 3. Overføring av oppgaver
- 4) Drøftingssaker
 1. Virksomhetsplan 2017
 2. Utvidelse av prosjektet pasient- og brukersikre kommuner
 3. Læringsnettverk i brukermedvirkning
 4. Intensivering av reduksjon av infeksjoner
- 5) Eventuelt
- 6) Oppsummering og konklusjoner

Agenda og referat

Agenda og referat ble godkjent.

Orienteringssaker

Sak 1: Generell orientering fra sekretariatet

- I 2015 oppstod det minst en pasientskade hos rundt 13,7 prosent av pasienter innlagt ved norske sykehus. Andel pasienter som har fått en eller flere skader har ligget på samme nivå siden 2012.
- Det har blitt mye medieoppmerksomhet etter bruk av metoden "50 siste dødsfall" ved Sykehuset Innlandet, som handlet om at mange dødsfall kunne vært forebygget. Metoden er imidlertid et verktøy for å kartlegge feil og uheldige hendelser knyttet til dødsfall ved sykehus, ikke for å dokumentere forebyggbare dødsfall.
- Piloter er i gang for tidlig oppdagelse av forverret tilstand, tidlig oppdagelse og behandling av sepsis og forebygging av underernæring. Læringsnettverkene starter i 2017, og programmet skal også arrangere et læringsnettverk for brukermedvirkning.

Sak 2: Revidering av strategi

Programmets strategi er nå revidert og den viktigste endringen er at fokus fremover skal rettes mer mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Minimum ett innsatsområde skal igangsettes i minimum en relevant enhet/avdeling i 75 prosent av norske kommuner innen utgangen av 2018.

Målsettingene for reduksjon av pasientskader forblir de samme. I spesialisthelsetjenesten beholdes målsettingen for spredning, det vil si at alle relevante tiltakspakker i programmet skal testes, implementeres og spres til alle relevante enheter/avdelinger innen utgangen av 2016.

Sak 3: Overføring av oppgaver

Siden programmet fremover skal fokusere på den kommunale helse- og omsorgstjenesten, vil noen oppgaver innen spesialisthelsetjenesten overføres til andre relevante aktører. Eksempelvis vil kartlegging av pasientskader overføres til avdeling for statistikk i Helsedirektoratet og både videreutvikling av tiltakspakker og opplæring i Extranet overføres til de regionale helseforetakene.

Diskusjon:

Fagrådet mener det er riktig at programmet ikke skal drive med forskning og utdanning, men påpeker at flere satsinger innen kvalitet og pasientsikkerhet bør samles, slik at man ser en helhet.

Drøftingssaker

Sak 1: Virksomhetsplan 2017

Innledende presentasjon

På bakgrunn av justeringer i den reviderte strategien, har sekretariatet utarbeidet et utkast til virksomhetsplan (VP) som konkretiserer og tidfester tiltak som skal gjennomføres i 2017.

Hovedområdene som blir prioritert i 2017:

- Styrking av pasientsikkerhetsarbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Brukermedvirkning
- Nye innsatsområder
- Opplæring i forbedringskunnskap og pasientsikkerhet
- Ledelse og pasientsikkerhetskultur
- Tiltak for å sikre varige strukturer for pasientsikkerhet

Diskusjon:

- Det bør legges enda mer vekt på varige strukturer, og det bør særlig sørges for at dette integreres i oppdragsdokumenter. VP må henge sammen med det som står i strategien.
- Det er en utfordring at lokale programledere ikke har et utpekt ansvar i linjen, særlig nå som ansvaret for oppfølging av innsatsområder ligger i foretakene. Innen HMS-feltet er flere roller lovfestet, så vi bør ta lærdom av styringssuksesser derfra.
- Programmet bør også ta mål av seg å peke fremover. Vi bør skissere noen faktadiskusjoner rundt problematikk rundt pasientsikkerhet og sette det i et større bilde.
- Utkastet til VP er imponerende med tanke på at det er begrenset med ressurser. Bedre samordning med prosjekter rettet mot kommunene og koordinering med nasjonale retningslinjer anses svært positivt.

Sak 2: Læringsnettverk i brukermedvirkning

Innledende presentasjon

Programmet skal arrangere læringsnettverket i brukermedvirkning i 2017. Aktuelle tiltak er under planlegging, og foreløpig vurderes følgende:

1. "Strukturert og forutsigbar kommunikasjon"
2. "Pasientens stemme"
3. Brukermedvirkning i behandlingsvalg:
4. Fast systematikk for å innhente forbedringsforslag fra pasienter, pårørendes og brukere.
5. Kommunikasjon med pasienter, pårørende og brukere i forbindelse med uønskede hendelser.

Diskusjon:

- Tiltaket "Pasientens stemme" bør ikke være felles for spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, siden disse har ulike problemstillinger.
- Læringsnettverket og tiltakene må ta hensyn til at det er svært ulike kulturer i spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten, fastlegekontorer, osv.
- Kommunikasjon under uønskede hendelser ligger i lovverket i en ny lov og forskrift, men mange vet sikkert ikke at de har krav om å melde fra.
- Brukermedvirkning er lovpålagt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men fungerer ikke i praksis. Rundt halvparten av kommunene har brukerutvalg, kalt Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne, men ingen oversikt over form og funksjonalitet.
- Hvis man skal ha et relevant brukerutvalg i kommunene må det omfatte alle tjenester som skjer i kommunene – fra sykehjem til fastleger.
- Det bør legges mer til rette for elektronisk innsamling av data. Da kan man fange opp pasienter som ikke tør å spørre. Pasienter kan gi mye informasjon om pasientsikkerhet.
- Brukerne bør spørres mer om sine erfaringer, og man kan bruke som argument at både sykehuset og kommende pasienter trenger deres erfaringer.

Sak 3: Utvidelse av prosjektet pasient- og brukersikre kommuner

Innledende presentasjon

Styringsgruppen har vedtatt at «pasient- og brukersikre kommuner» skal videreføres. Prosjekter er utviklet og testet i Tønsberg og satsingen skal utvides med fire nye pilotkommuner fra høsten 2016.

De neste kommunene:

- Karmøy kommune (ca. 42 000 innbyggere)
- Lier kommune (ca. 26 000 innbyggere)
- Vestvågøy kommune (ca. 11 000 innbyggere)
- Liten kommune fra Midt-Norge – Under avklaring

Diskusjon:

- Alle kommunene i prosjektet bør ha krav om å implementere alle relevante innsatsområder.
- Det er viktig å parallelt sørge for opplæring av politikere og at team deltar i læringsnettverk.
- Det må gjøres en enda større innsats med å forebygge trykksår. Kommunehelsetjenesten mangler kompetanse og det er for mange hypoteser om at man ikke har trykksår.
- Vi må ikke se bort fra fastlegene. Vi kan lære av måten de har blitt inkludert i arbeidet med antibiotika, samt spørre praksiskoordinatorer om å jobbe med dette

Sak 4: Intensivering av reduksjon av infeksjoner

Innledende presentasjon

Sjekklisten er i dag i bruk på de fleste operasjonssaler, likevel kan vi ikke dokumentere en reduksjon av post-operative sårinfeksjoner.

Diskusjon:

- NOIS-data og andre relevante data bør gå rett inn i en forbedringssløyfe. Når man registrerer sjekklisten bør man kunne kople sammenhengen opp mot NOIS.
- Sjekklisten blir ikke kontrollert godt nok, og det skjer ingen forbedringstiltak når man finner avvik.
- Det er en svakhet i systemet at staber innen smittevern og pasientsikkerhet ikke samarbeider.