

Agenda fagrådsmøte i pasientsikkerhetsprogrammet

Tid: Torsdag 18. februar kl. 10.00-14.00

Sted: Helsedirektoratet, Universitetsgata 2, Møterom 0206

Ordstyrer: Geir Bukholm, leder av fagrådet

Tid	Sak	Ansvar
10.00 - 10.10	- Godkjenning av agenda - Referat fra fagrådsmøtet 15.10.15	Geir Bukholm, leder av fagrådet
Orienteringssaker		
10.10 - 10.40	Sak 1: Status for programmet v/sekretariatet - Medisinlistekampanje - Forbedringsutdanning for leger - Forbedringssamlingen 2016 Sak 2: Film om pasient- og brukersikker kommune	Anne-Grete Skjellanger, sekretariatet
Drøftingssaker		
10.40 - 11.25	Drøftingssak 1: Følgerevaluering av pasientsikkerhetsprogrammet - presentasjon av foreløpige funn ved Deloitte	Deloitte
11.25- 12.00	Drøftingssak 2: Revidering av fargekart for spesialisthelsetjenesten	Carol Perez Romy, sekretariatet
12.00 - 12.30	Pause og lunsjservering	
12.30 - 13.10	Drøftingssak 3: Revidering av pasientsikkerhetsprogrammets strategi	Anne-Grete Skjellanger, sekretariatet
13.10 - 13.40	Drøftingssak 4: Forsinkelser i utarbeidelse av tiltakspakke for innsatsområdet «Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis»	Anne-Grete Skjellanger, sekretariatet
13.40 - 13.55	Eventuelt	
13.55 - 14.00	Oppsummering og konklusjoner	Geir Bukholm

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

Bakgrunn

For å følge resultatene i pasientsikkerhetsprogrammet skal det gjennomføres årlige følgeevalueringer i perioden 2015-2017, og en sluttevaluering i 2019. De årlige følgeevalueringene skal gjøre en vurdering av, samt kvalitetssikre programmets resultater, rammebetingelser, strukturer og arbeidsprosesser. De rammebetingelser, strukturer og prosesser som evalueres skal være de som antas å ha størst innflytelse på måloppnåelse. Resultatene som kommer ut av evalueringen, skal brukes til å gjøre de nødvendige justeringer og videreutvikling av programmet. Hensikten er å sikre en best mulig gjennomføring av aktiviteter og at programmet når de vedtatte målene i løpet av programperioden.

Status

I årets evaluering legges det vekt på å etablere en forståelse for alle elementene i programmet og sammenhengene mellom dem, samt etablere et nullpunkt for måling av utvikling kommende år. Det er gjennomført dokumentstudier, intervju med sentrale aktører i programmet, en spørreundersøkelse til alle helseforetak og deltakende kommuner samt dybdeintervju med utvalgte sykehus og kommuner. Rapporten fra evalueringen skal legges fram for styringsgruppen 31. mars.

Evalueringen er nå inne i en analyse- og rapporteringsfase. Deloitte, som er ansvarlig for følgeevalueringen, ønsker å legge fram noen foreløpige funn til drøfting i fagrådet.

Til drøfting:

- Ut fra svarene i spørreundersøkelsen synes legene gjennomgående å være mindre opptatt av forbedringsarbeidet som er gjort gjennom programmet enn sykepleierne. Hva kan være årsakene til dette? Kan målsetningene med pasientsikkerhetsprogrammet oppnås dersom legene ikke engasjerer seg?
- Sett fra brukernes perspektiv – er det de riktige innsatsområdene som er valgt? Tilbakemeldingene fra brukerrepresentantene tyder på at det er i overgangene mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten at de største glippene skjer.
- Det er store utfordringer knyttet til måling av utvikling og resultater, både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Mange av informantene framhever at dette er en stor svakhet ved programmet. Hvilke grep kan gjøres, innenfor rammene av programmets ressurser og tidsperspektiv, for å øke kvaliteten på målingene?

Sak 2: Revidering av fargekart for spesialisthelsetjenesten

Bakgrunn

På styringsgruppemøtet 10.06.15 fikk sekretariatet i oppdrag å videreutvikle dagens fargekart for aktivitet og spredning for spesialisthelsetjenesten.

Utfordringer ved dagens spredningskart

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. Det er per i dag tre konkurrerende forklaringer ute i regionene.

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.

Status

Sekretariatet presenterte i november forslag til nytt fargekart til vår eksterne samarbeidspartner Institute for Healthcare Improvement (IHI) for innspill. Hovedtrekkene i forslaget var at det nye kartet skulle tildele farger til hver enhet heller enn helseforetak/sykehus. Resultatene skulle presenteres på regionalt nivå med helseforetakene og innsatsområder som underkategorier, og enhetene burde defineres relativt likt mellom regioner. Enhetene skulle gjenspeile fagenheter som kan skape reell endring på laveste organisatoriske nivå.

Tilbakemeldingene fra IHI var hovedsakelig at forslaget løser noen av utfordringene, men at fargedefinisjonene fortsatt er for brede og at det foreslåtte kartet ikke gir tydelig informasjon om lokal måloppnåelse.

I styringsgruppemøtet 19.11.15 videreformidlet sekretariatet IHIs innspill til styringsgruppen og ba om mer tid til å jobbe videre med kartet. Styringsgruppen ba sekretariatet revidere et nytt fargekart i samarbeid med de regionale helseforetakene, og at RHFene kobler på sine fagfolk i dette arbeidet.

Under diskusjonen på styringsgruppemøtet om hvorvidt kartet skal reflektere måloppnåelse eller ikke, ble det kommentert at det finnes andre måter og indikatorer som kan måle om tiltakene i programmet blir gjennomført og virker.

Til drøfting:

- Bør fargekartet fortsette å bare måle aktivitet, eller bør det også reflektere lokal måloppnåelse? Hva er fordelene og ulempene ved at det inneholder informasjon om måloppnåelse?
- Hvilke andre måter og indikatorer finnes det som kan måle om tiltakene i programmet blir gjennomført og virker?
- Kan et fargekart som reflekterer måloppnåelse være et godt ledelsesverktøy også i de pasient- og brukersikre kommunene?

Vedlegg: Forslag til nytt spredningskart i spesialisthelsetjenesten, som presentert til styringsgruppen 19.11.16

Sak 3: Revidering av pasientsikkerhetsprogrammets strategi

Bakgrunn

Som en del av pasientsikkerhetsprogrammets strategi 2014-2018 er det vedtatt at den skal revideres midtveis i programperioden. Sekretariatet iverksetter nå et arbeid 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 programstrategien vil presenteres med et følgeskriv som vil beskrive både selve endringene og bakgrunnen for endringene.

Status

Sekretariatets oppfatning av status er at endring krever mye tid og store ressurser. Ambisjonene for pasientsikkerhetsprogrammet er meget ambisiøst, og sekretariatet mener derfor det er nødvendig med en diskusjon av ambisjonsnivået.

Per i dag har programmet som mål at alle innsatsområder igangsatt i programperioden skal spres til alle relevante enheter/avdelinger i spesialisthelsetjenesten innen utgangen av 2016, og til alle relevante enheter/avdelinger i i den kommunale helse- og omsorgstjenesten innen utgangen av 2018. Dette er et mål som er utfordrende å nå, særlig det å støtte arbeid i 428 kommuner samtidig.

Sekretariatet mener at det fremover vil være viktig med større grad av ledelsesforankring og styreinvolvering. Man bør også jobbe mer ute hos foretakene med forbedringsarbeid, og styrke de 38 utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, slik at de er enda bedre i stand til å gjøre jobben selv. Vi ønsker å diskutere muligheten for at sekretariatets hovedinnsats går med til å støtte de utvalgte pasient- og brukersikre kommunene.

Sekretariatets oppfatning er at de fleste jobber bra med implementering av innsatsområdene, men det er et forbedringspotensial når det kommer til å måle om en endring fører til forbedring. Mange velger å ikke registrere målingene sine i Extranet, så det finnes dermed ingen samlet oversikt over dataene som ikke ligger i Extranet.

Strategien har målsettinger knyttet til nasjonale indikatorer, som påvirkes av mange andre innsatser enn pasientsikkerhetsprogrammet. For å tydeligere se koplingen mellom tiltakene og forbedringsresultater på innsatsområdene, anbefaler IHI å sette tallfestede mål på de mest sentrale innsatsområdene, og følge disse opp tettere oppfølging med målinger. IHI mente derfor også at det nasjonale spredningskartet bør inkludere denne typen informasjon.

Et av de tre hovedmålene for programmet er å skape varige strukturer for pasientsikkerhet. Sekretariatet ønsker derfor at fagrådet gir tilbakemelding til om pasientsikkerhetsprogrammet, slik det er lagt opp i dag, i størst mulig grad bidrar til å sikre varige strukturer, også etter programmets slutt.

Til drøfting:

- Er ambisjonsnivået i dag for høyt, og ønsker man å være på for mange steder på en gang?
- Hva er realistisk å oppnå innen utgangen av 2018?
- Er dagens mål tilstrekkelige, og får vi målt nok?
- Hvordan sikrer vi at vi skaper varige strukturer?

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

Bakgrunn

I mars 2015 vedtok styringsgruppen for pasientsikkerhetsprogrammet et nytt valgfritt innsatsområde «Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis». Det er etablert en ekspertgruppe og den nye tiltakspakken er under utarbeidelse.

En viktig del av målsettingen for dette innsatsområdet innebærer tidlig oppdagelse av sepsis. Nasjonalt og internasjonalt benyttes SIRS-kriteriene (Systemisk Inflammatorisk Respons Syndrom) for å definere hvorvidt pasienten har sepsis og i hvilken alvorlighetsgrad. SIRS-kriteriene er godt innarbeidet i norsk helsetjeneste og er en del av Nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten* og ICD-10 kodeverket (symptomkode).

Til tross for de godt etablerte SIRS-kriterier, erkjenner fagmiljøene svakheter med spesifisitet og sensitivitet i bruken av SIRS og det har lenge vært ønskelig med nye kriterier som fanger opp sepsis-pasienten og definerer hvorvidt pasienten står i fare for alvorlig sykdom eller død.

Status

Samtidig som tiltakspakken for dette innsatsområdet har vært under utarbeidelse har sekretariatet blitt orientert om en ny definisjon for sepsis som vil presenteres i 2016. Vi har nå fått innsyn i et utkast av de nye retningslinjer fra National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i Storbritannia. De nye retningslinjene går bort fra SIRS-kriteriene og fokuserer på en grundig klinisk vurdering av pasientens vitale parameter for å avdekke om pasienten har sepsis og hvor stor risiko det er for alvorlig sykdom eller død.

Tiltakene for behandling av sepsis-pasienten er lik de tiltakene vi har i nåværende tiltakspakke, men fokus på «tidlig oppdagelse» er muligens bedre ivaretatt i de nye retningslinjene. De nye retningslinjene ligner på etablerte triage-systemer fra akuttmottak og Early Warning Score som er en positiv utvikling for å sikre en strukturert observasjon av pasienten.

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.

Det skal gjennomføres pilotprosjekter ved Sykehuset i Vestfold, Tønsberg og Helse Møre og Romsdal, Ålesund. De er alle motivert til å starte pilotperioden så snart som mulig.

Opprinnelig fremdriftsplan for dette innsatsområdet:

Pilotprosjekt-periode: februar-juni 2016

Nasjonalt læringsnettverk: oktober 2016

Justert fremdriftsplan for dette innsatsområdet:

Pilotprosjekt-periode: september-desember 2016

Nasjonalt læringsnettverk januar/februar 2017.

Til drøfting:

- Hva mener fagrådet om å forsinke prosessen for å vurdere å inkludere ny kunnskap inn i tiltakspakken?
- Ved å innføre nye kriterier for sepsis-diagnosen i tiltakspakken, har pasientsikkerhetsprogrammet muligheten til å være i front. Samtidig – bør vi overse denne muligheten siden de gamle kriteriene allerede er godt etablert i prosedyrer ved sykehusene?

*Til info: det pågår en parallell prosess med en eventuell revisjon av Nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten som også vil ta høyde for nye retningslinjer for sepsis-monitorering.