

Agenda og saksdokument til fagrådsmøte i pasientsikkerhetsprogrammet

Tid: Onsdag 4. mai 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 18.02.16	Geir Bukholm, leder av fagrådet
Orienteringssaker		
10.10 – 10.30	Sak 1: Status for programmet v/sekretariatet - Nye innsatsområder - Samordning av medarbeider-/HMS-kartlegginger og pasientsikkerhetskulturundersøkelsen Sak 2: Film om tavlemøter, presentert på BMJ og IHLs International Forum on Quality and Safety in Healthcare	Anne-Grete Skjellanger, sekretariatet
Drøftingssak: Revidering av strategi		
10.30 – 10.50	Presentasjon: - Orientering fra styringsgruppemøte - Alternativer til prioriteringer i revidert strategi - Foreløpig forslag til revidering av strategi i perioden 2016-2018 - Forslag til overføring av oppgaver fra programmet	Anne-Grete Skjellanger
10.50 – 11.20	Presentasjon og drøfting: Rammeverk for pasientsikkerhet	Geir Bukholm
11.20 – 12.00	Gruppediskusjon Spørsmål til drøfting	
12.00 – 12.30	Pause og lunsjservering	
12.30 – 13.40	Diskusjon i plenum: - Oppsummering av spørsmål til drøfting - Konkretisering av anbefalinger fra fagrådet	Geir Bukholm
13.40 – 13.55	Eventuelt	
13.55 – 14.00	Oppsummering og konklusjoner	Geir Bukholm

Drøftingssak: Revidering av strategi 2016-2018

Bakgrunn

Sak om revidering av programmets strategi var oppe på forrige fagrådsmøte 18. februar. Da besluttet fagrådet at man ønsket å sette av større deler av fagrådsmøtet 4. mai for å diskutere strategien i dybden. Sekretariatet har i mellomtiden jobbet med å hente inn innspill fra ulike aktører. Revidering av strategien var også oppe til diskusjon på styringsgruppemøtet 31. mars. Styringsgruppen kom da med en rekke føringer og bestillinger til sekretariatet og fagrådet. Styringsgruppen har bedt fagrådet om å konkretisere sine anbefalinger, hjelpe med modelltenkningen og utviklingen av måling, og bidra til at risikotenkning kommer inn i etablering av de varige strukturene.

Nedenunder presenteres en oppsummering av diskusjonen i styringsgruppemøtet med tilhørende føringer. Neste styringsgruppemøte 10. juni blir forlenget til fire timer, og styringsgruppen vil her diskutere prioriteringer til strategien, for deretter å vedta den på et ekstraordinært styringsgruppemøte 5. september.

Basert på innspill fra styringsgruppen, IHI, fagrådet og andre aktører presenteres et foreløpig forslag til prioriteringer av ressurser i perioden 2016-2018. Hensikten er å maksimere den totale måloppnåelsen gjennom mest mulig fornuftig fordeling av programmets ressurser. I den forbindelse presenterer også sekretariatet en oversikt over dagens fordeling av ressursbruk. Sekretariatet ønsker å innhente fagrådets anbefalinger for hvilke prioriteringer som bør gjøres for å oppnå de overordnede målsettingene om å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten.

Diskusjon om revidering av strategi på styringsgruppemøte 31. mars 2016

Innledningsvis ble det påpekt at det er viktig at programmet lykkes og setter varige spor, ikke bare i spesialisthelsetjenesten, men også i kommunalhelsetjenesten. Ettersom arbeidet i spesialisthelsetjenesten er kommet lengre i gang enn i kommunene, ble det foreslått at programmet skal skifte fokus mot kommunalhelsetjenesten, noe som vil innebære å styre på programmets ressursbruk og bringe kompetansen i sekretariatet inn i kommunene. Regionene og helseforetakene må være motorene for arbeidet i spesialisthelsetjenesten, og styringen bør ligge med i departementet enn direktoratet.

Det ble imidlertid påpekt at arbeidet med pasientsikkerhet drives fremover når vi har fokus på det og etterspør data. Når data ikke etterspørres, glemmes det, og av den grunn er det viktig å ha fokus også på sykehusene fremover.

Når det gjelder brukerorientering ble det påpekt at det er alvorlig at evalueringen sier det ikke er tilstrekkelig ivarettatt. Pasientstemmen bør inkluderes på en nyttig og troverdig måte, og det ble anbefalt at sekretariatet bruker ressurser og kapasitet for å få til dette de neste to årene. Det ble foreslått å bruke eksisterende strukturer for brukermedvirkning i tjenestene.

Det ble foreslått at den reviderte strategien tydeligere deler opp spesialisthelsetjenesten og kommunal sektor, og at fokusområdene og arbeidsmetodene tydeliggjøres.

For å lykkes enda bedre med pasientsikkerhetsarbeidet i kommunene, hadde det vært gunstig om kommunal- og moderniseringsminister Jan Tore Sanner kan fremheve hvor viktig dette er.

Det ble påpekt at arbeidet med pasientsikkerhet er et stort lerret og vi snakker om hele helsetjenesten. Dette skal gjøres gjennom et nasjonalt program og relativt lite sekretariat og lite ressurser. Det bør være ulike innfallsvinkler for hvordan vi jobber avhengig av om målet er å bedre pasientsikkerheten, styrke innsatsen og oppmerksomheten om pasientsikkerhet eller sikre varig system for pasientsikkerhet.

Oppsummering av diskusjon i styringsgruppen

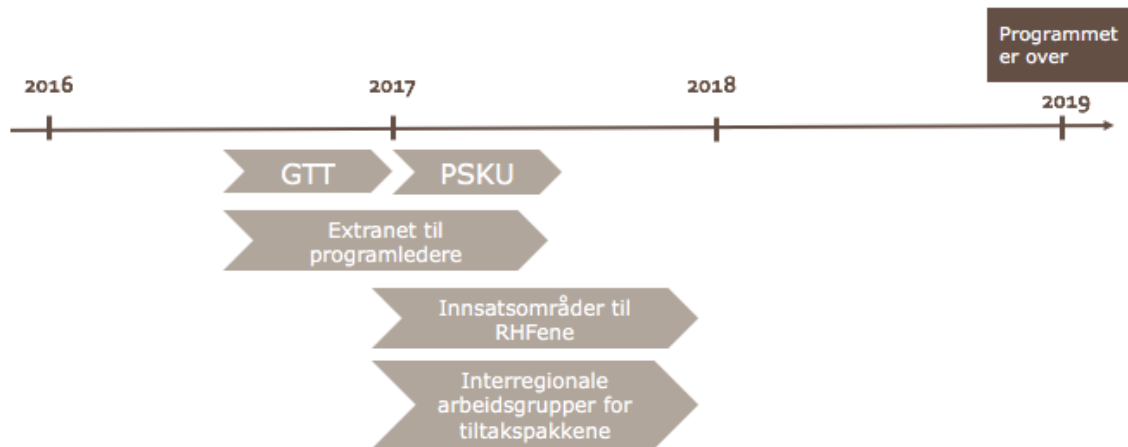
- Styringsgruppen ønsker en større og mer målrettet oppmerksomhet mot kommunene.
- Dersom det ikke nedsettes en arbeidsgruppe som skal se på satsingen mot kommunene, bør styringsgruppens kommunale medlemmer spille tydeligere inn på dette. Bør foreslå hvordan vi skal rigge dette og se på hvordan vi kan få effekt. Dette følges opp av Bjørn Guldvog og Anne-Grete Skjellanger.
- Ansvar og roller for pasientsikkerhet er viktig, ikke minst i den fremtidige forankringen. Helsedirektoratet og HOD kan ta på seg dette, og det bør skrives i samarbeid med sektoren. Dette er særlig viktig med tanke på langsiktig oppfølging.
- Programmet må jobbe tettere på brukerorientering. Sak om hvordan vi skal få til brukerorientering i pasientsikkerhetsarbeidet kan fremmes for Helsedirektoratets brukerråd. Sekretariatet bør jobbe mer spesifikt med hvordan vi får dette til, og hvordan det settes på agendaen i brukerutvalgene i RHFene og i Helsedirektoratet. Sekretariatet bes også om å konkretisere hva brukermedvirkning betyr i arbeidet med pasientsikkerhet og programmet.
- Styringsgruppen ønsker at fagrådet konkretiserer sine anbefalinger, og hjelper med modelltenkningen og utviklingen av måling. Risikotenkning bør komme inn i etablering av de varige strukturene, og vi må se spor av dette i den reviderte strategien.
- Styringsgruppen må foreta en prioritering av hva programmet skal gjøre. Alle har et felles mandat, så ansvaret er fordelt på alle i styringsgruppen.
- Dialog bør inngås med HOD om hvordan styringsdialogen kan foregå mellom departementet og RHFene. Dette kan gjerne skje i dialog mellom RHF-direktørene og departementet.

Foreløpig forslag til revidering av strategi i perioden 2016-2018

Tema	Forslag til endring
Målesystem	Dashbord videreføres i spesialisthelsetjenesten og utvikles for kommunene. Ansvaret ligger hos Norsk pasientregister (NPR) og Avdeling statistikk i Helsedirektoratet.
Implementering, forankring og spredning i spesialisthelsetjenesten	- Regional/lokal programleder overtar ansvaret for veiledning og opplæring i Extranet. - Ansvar for læringsnettverk for behandling av hjerneslag overføres til Hjerneslagsregisteret - Ansvar for full spredning av alle eksisterende innsatsområder ligger hos de regionale helseforetakene
Implementering, forankring og spredning i kommunal helse- og omsorgstjeneste	- Benytte funksjonelle arenaer som Fylkesmannen og opprette formalisert struktur. Dette vil kunne redusere ressursbruk fra sekretariatets side og etablere varige strukturer på en eksisterende arena. - Benytte arenaen foretakene har mot kommunene, og møtene KS og Fylkesmannen har med kommunene. - Involvere helse- og omsorgsminister og kommunal- og moderniseringsminister for å få oppmerksomhet om pasientsikkerhet og øke ledelsesforankringen. - Opprette stilling som kvalitet- og pasientsikkerhetsrådgiver hos Fylkesmannen. Foreslåtte oppgaver: - Forankre arbeidet med pasientsikkerhet i kommuneledelsen - Samarbeide og koordinere pasientsikkerhetsarbeidet med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester - Tilrettelegge for og bistå i arrangering av læringsnettverk - Kontakt med sekretariatet - Kontakt med regionale og lokale programledere - Videreutvikle konseptet med pasient- og brukersikre kommuner. Igangsette arbeidet i fem nye kommuner og jobbe videre med disse for å sikre kompetansebygging og implementering av relevante innsatsområder.
Forskning og utdanning	Flere aktører i helsesektoren jobber med forskning og utdanning. Det anbefales derfor at aktører som Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene ivaretar rollen om å formidle og stimulere til utdanning og forskning på pasientsikkerhet.

Innsatsområder	- Tre nye, valgfrie innsatsområde (ernæring, sepsis og tidlig oppdagelse) skal piloteres i 2016. Sekretariatet kan ta ansvar for pilotprosjektene og innledende nasjonale læringsnettverk, deretter tar de regionale helseforetakene ansvar for implementering og spredning. Forslagsvis kan hvert RHF få et nasjonalt kompetanseansvar for noen innsatsområder. - Eksisterende innsatsområder: - Videre arbeid med de eksisterende innsatsområdene håndteres av de regionale helseforetakene. Forslagsvis kan hver av RHFene ta hovedansvar for hver sine innsatsområder. - RHFene tar ansvar for eventuelt behov for revidering av tiltakspakkene. Dette kan gjøres gjennom interregionale arbeidsgrupper, for å sikre at pakkene blir like. - Sekretariatet har ansvar for å tilpasse tiltakspakkene til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
Undersøkelse av pasientskade ved GTT	- For å frigjøre ressurser i sekretariatet og sikre en overgang til varige strukturer, bør ansvaret for GTT-undersøkelsen overføres til Nasjonalt pasientregister (NPR) og statistikkavdelingen i Helsedirektoratet. - Pasientskadetall bør fremover inngå som nasjonal kvalitetsindikator på helsenorge.no
Undersøkelse av pasientsikkerhetskultur	- Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen samordnes med medarbeiderundersøkelsen og den nye, samlede undersøkelsen vil gjennomføres i spesialisthelsetjenesten i 2017. Ansvaret foreslås å ligge hos de regionale helseforetakene. - Sekretariatets involvering i arbeidet med samordning bør reduseres og RHFene bør ta hovedansvaret for utarbeidelsen av den nye undersøkelsen. - Resultater om pasientsikkerhetskultur fra den samordnede undersøkelsen bør fremover inngå som nasjonal kvalitetsindikator på helsenorge.no.
Ledelse av pasientsikkerhet	- Sekretariatet arbeider med å integrere fagområdet ledelse av pasientsikkerhet inn i eksisterende opplæringsprogrammer for ledere, som topplederprogrammet og ledelsesprogrammet i primærhelsetjenesten. - Ledelse av pasientsikkerhet integreres i pasient- og brukersikre kommuner og sekretariatet lærer opp kvalitetsrådgivere hos Fylkesmannen i dette temaet slik at de kan ta det videre i kommunene.

Forslag til overføring av oppgaver fra programmet



Spørsmål til drøfting

1. Hvordan anser fagrådet forslagene til endringer ovenfor?
2. Hvilke oppgaver kan overføres fra programmet, ved sekretariatet, til øvrige deler av helsemyndigheter, spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten? Til hvem og når bør det overføres?
3. Hva er de 3 viktigste prioriteringer/aktiviteter for programmet innen dagens rammer og ressurser, for å oppnå målene?
4. Trenger vi et rammeverk for pasientsikkerhet?
5. Er det nødvendig å forbedre dagens målesystemer i programmet, og hvordan kan de i så fall forbedres?
6. Hva innebærer varige strukturer for pasientsikkerhet i henholdsvis spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten? Hvordan sikrer vi at vi oppnår varige strukturer?
7. Bør programmet inkludere risikoanalyser i arbeidet med pasientsikkerhet, og i tilfelle på hvilken måte?
8. Hvilke anbefalinger har fagrådet til hva som bør skje med det nasjonale arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet etter programperioden er over i 2019?

Neste fagrådsmøte er satt til 19.10.2016.