

Referat fra fagrådsmøte 4. mai 2016

Tid: Onsdag 4. mai 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
Margun Øhrn	Sogndalen kommune
Lars Mathisen	Lovisenberg Diakonale Høgskole
Inger Cathrine Bryne	Stavanger Universitetssykehus HF
Trine Magnus	Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering
Jarle Gimmestad	Gimmestad AS
Nils Kvernmo	St. Olavs hospital HF
Øystein Flesland	Kunnskapssenteret
Tonje E. Hansen	Nordlandssykehuset HF
Hans Flaatten	Haukeland Universitetssykehus HF, UiB
Arnfinn Aarnes	FFO
Forfall:	
Sven Erik Gisvold	St. Olavs Hospital HF
Christian von Plessen	Pasientsikkert sykehus, Hillerød hospital
Hans Petter Næss	Statens helsetilsyn
Anders Grimsmo	NTNU og primærhelsetjenesten
Øistein Winje	Regionalt brukerutvalg Helse Sør-Øst
Gunn Fredriksen	Helse Midt-Norge RHF
Karina Aase	Universitetet i Stavanger
Einar Bugge	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Erik Hansen	Helse Vest RHF
Kari Sunnevåg	USHT i Hordaland

Fra sekretariat:

Anne-Grete Skjellanger	Pasientsikkerhetsprogrammet
Solrun Elvik	Pasientsikkerhetsprogrammet
Stål Ulvin Garberg	Pasientsikkerhetsprogrammet
Kaia Tetlie	Pasientsikkerhetsprogrammet (referent)

Agenda

- 1) Godkjenning av agenda
- 2) Referat fra fagrådsmøtet 18.02.16
- 3) Orienteringssaker:
 1. Status for programmet v/sekretariatet
 2. Visning av film om tavlemøter
- 4) Drøftingssaker
 1. Revidering av pasientsikkerhetsprogrammets strategi
- 5) Eventuelt
- 6) Oppsummering og konklusjoner

Agenda og referat

Agenda og referat ble godkjent.

Orienteringssaker

Oppdatering om nye innsatsområder

Tiltakspakkene for de nye innsatsområdene forebygging og behandling av underernæring, tidlig oppdagelse av forverret tilstand samt tidlig oppdagelse og behandling av sepsis ferdigstilles våren 2016. Piloter kjøres høsten 2016 og læringsnettverk starter opp i 2017.

Samordning av pasientsikkerhetskulturundersøkelsen og HMS-/medarbeiderundersøkelsen

Samordning av undersøkelsene ble diskutert i fagrådet i fjor høst og prosess for samordning ble vedtatt av styringsgruppen i november 2015. En arbeidsgruppe bestående av representanter fra HR- og pasientsikkerhetsmiljøet fra alle regionale helseforetak har jobbet med samordning siden desember. Det er jobbet parallelt med ulike temaer og spørsmål, hvor de mest sentrale temaene har vært formål, enheter, nytt spørreskjema, eierskap og systemstøtte. Forslag til ny samordnet undersøkelse legges frem for styringsgruppen 10. juni og skal piloteres høsten 2016. I etterkant vil det bli utarbeidet et endelig forslag til undersøkelse til bruk i 2017.

Diskusjon:

Det er uklart hvordan programmets data kan brukes i dag. Det er viktig å få en avklaring på bruk av data fra den nye undersøkelsen, både lokalt og nasjonalt. Fagrådet ønsker også en avklaring på bruk av programmets data generelt, og påpeker at offentligheten eier disse. Det anbefales at denne diskusjonen tas i forvaltningslinjen og eventuelt legges frem for styringsgruppen.

Drøftingssak: Revidering av strategi

Innledende presentasjon

Det ble orientert om diskusjonene på sist styringsgruppemøte og Deloittes anbefalinger til revidert strategi. Sekretariatet har arbeidet videre med strategien, og la frem forslag til overføring av oppgaver fra programmet til spesialisthelsetjenesten.

Diskusjon:

Flere medlemmer av fagrådet peker på at kampanjen og programmet har vært en suksess, selv om vi ennå ikke kan måle effekten av innsatsen. Før man oppnår resultater, må systemer og strukturer være på plass. Kampanjen og programmet har jobbet med holdninger og kommunikasjon, og har skapt en kultur og begreper som har en verdi i seg selv. Pasientsikkerhetsarbeidet er forankret på ulike ledernivåer.

Det ble understreket at arbeidet med pasientsikkerhet er kommet for kort til at alt ansvaret kan overføres fra det nasjonale programmet til tjenesten. Foreløpig vet for få hva pasientsikkerhetsprogrammet og forbedringsarbeid er, og det er sentralt at man videre bygger kompetanse på lavere nivå. Dersom de regionale helseforetakene skal ta arbeidet videre alene må det bygges strukturer for dette.

Det ble påpekt at det må være en god dialog med HOD om hvordan programmet skal forvaltes i styringslinjen fremover. Det bør fremheves at man skal fortsette å dele og bygge kompetanse heller enn at det blir en konkurranse mellom RHFene om måloppnåelse.

Fagrådet var positive til sekretariatets forslag til implementering i kommunene. Ettersom fylkesmennene får oppdragsbrev fra Helsedirektoratet og har jevnlig dialog med kommunene, er det hensiktsmessig å gå via dem for å lykkes med arbeidet i kommunene. Arbeidet med pasientsikkerhet og programmet kan knyttes tettere inn i det eksisterende samarbeidet mellom kommunene og helseforetakene, hvor det allerede skjer mye positivt, som samarbeid på smittevernforebygging.

Fagrådet poengterte at forbedringsarbeid burde tas inn i utdanningene, ettersom de som er under utdanning er endringsagenter i emning.

Fagrådet understreket også at det må finnes en tilgjengelig nasjonal ressurs innen pasientsikkerhet etter at programmet er over i 2018. Det er ønskelig å stimulere til følgeforskning av programmet.

Presentasjon av rammeverk for pasientsikkerhet

De nasjonale rammeverkene for pasientsikkerhet i henholdsvis NHS i Storbritannia og Australia ble presentert.

Diskusjon:

Fagrådet støtter utviklingen av et rammeverk for pasientsikkerhet i Norge. Det kan være en fin måte å videreføre programmet og arbeidet som er gjort. Rammeverket bør si noe om betydningen av å arbeide med pasientsikkerhet og ha et langt perspektiv, typisk 20-30 år. Det vil være naturlig å koordinere det gjennom styringsdialogen mellom departementet og RHFene.

Forslag fra Ariansen-utvalget om melding av infeksjoner, bruk av Reasons-modellen i endringsarbeid og klassifikasjonsverktøy ved dødsfall ble diskutert i tilknytning til et nasjonalt rammeverk.

Fagrådets anbefaling:

Fagrådet anbefaler at det utarbeides et nasjonalt rammeverk for pasientsikkerhet. Rammeverket vil ikke være begrenset til programmet, men si noe om hvordan man arbeider med pasientsikkerhet etter programperioden.

Diskusjon om sentrale spørsmål

Hva er de 3 viktigste prioriteringer/aktiviteter for programmet innen dagens rammer og ressurser, for å oppnå målene?

1. Fagrådet er tydelig på at programmet ikke bør slippe fokuset i spesialisthelsetjenesten uten å være sikker på at det vil være vedvarende aktivitet.
2. Lederforankring, både på sykehus og i kommunene. Hvis man ikke starter på toppen i kommunene, får man ikke gjort noe. Kommunestyret og rådmann er felles struktur i alle kommuner. Dette må kombineres med innspill nedenfra.
3. Foretak, direktoratet og departementet kan overta oppgaver. Oppgaver bør tas inn i oppdragsdokumenter.

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?

- Satsingen på utviklingssentrene har vært en god inngang. Fylkesmannen kan være en god port inn for å komme nærmere kommunene og strukturen de kjenner. Fagrådet anbefaler ellers å være tettere på departementet i utforming av oppdragsbrev, for slik å få det enda mer inn i drift og lederforankring.
- Programmet bør også være tettere på Helsedirektoratet i oppdrag til fylkesmennene, samt spille videre på utviklingssentrene og sikre at de får støtte fra fylkesmennene. Satsningene bør koordineres bedre i Helsedirektoratet.

Trenger vi et rammeverk for pasientsikkerhet?

- Fagrådet mener det trengs et rammeverk, blant annet for å vise hvordan programmet kan leve videre som varig struktur, samt understreke at pasientsikkerhet er noe som berører alle deler av helsetjenesten. Med dette går vi over fra å jobbe hendelsesbasert til risikobasert. Vi trenger å være konkrete og spisse oss inn på det som skal gjøres.

Er det nødvendig å forbedre dagens målesystemer i programmet, og hvordan kan de i så fall forbedres?

- Selv om det vi har i dag ikke er godt nok, mener fagrådet at det holder frem til vi har et overordnet rammeverk på plass.

Bør programmet inkludere risikoanalyser i arbeidet med pasientsikkerhet, og i tilfelle på hvilken måte?

- Ja, fagrådet mener at det bør jobbes risikobasert. Man bør se på det kulturelle og anerkjenne at det skjer feil, og jobbe mer risikobasert heller enn å agere på hendelser. Risikostyring handler om å ha oversikt over risiko og foreta risikobaserte vurderinger.

Hva innebærer varige strukturer for pasientsikkerhet i henholdsvis spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten? Hvordan sikrer vi at vi oppnår varige strukturer?

- Et nasjonalt rammeverk er en del av de varige strukturene. Det er sentralt at dette skal være selve rammeverket, ikke bare en av flere ting Helsedirektoratet sender ut.
- Forbedringskunnskap bør tas inn i utdanningene, og krav om kontinuerlig forbedring må være basiskompetanse. Hvis ikke er det risiko for at dette ligger på enkeltpersoner. Programmet skal ikke implementere dette, men bør løfte det frem som avgjørende faktor for bærekraft i fremtiden. Styringsgruppen kan komme med en henvendelse til Kunnskapsdepartementet om dette.
- Brukerstemmens krav til innsikt, innsyn og forståelse vil i seg selv være en sterk kraft for det videre arbeidet.
- Fremover er det særlig viktig å få kunnskap ut i tjenesten for å bygge varige strukturer.

Anbefaling til satsing i kommunene

Kommunene kan være en drivkraft og styre sin egen utvikling. En mulighet er å opprette en hub med foretak, og bestille kunnskap fra dette miljøet. Sykehusene som deltar i nettverket Alliance for Patient Safety kan delta i prosjektet. Det kan også kobles til Helse Midt-Norge som samarbeider med kommuner om elektronisk journal. I tillegg vil Fylkesmannen kunne spille en viktig rolle. Det kan være aktuelt å fortsette med pasient- og brukersikre kommuner etter 2018.

Oppsummering av fagrådets anbefalinger:

Kommunene bør prioriteres de neste årene av programperioden, men det vil være uforsvarlig av programmet å slippe spesialisthelsetjenesten nå, etter så kort tid. Overføring av eventuelle oppgaver må skje over tid.

Det vil ikke være mulig med full spredning i alle kommuner innen utgangen av 2018. En mulig målsetting er at alle kommunene skal i gang med ett av tiltakene i løpet av programperioden. Hvis alle kommuner kan prioritere legemiddelgjennomgang, vil vi trolig se god effekt.

Fokus for de neste to årene bør være varige strukturer. Programmet bør spre kompetanse og skape rammeverk, systemer og kultur for risikostyring. De ordinære linjene ut i tjenestene må få nødvendig kompetanse for å drive dette arbeidet videre, og det må bygges kompetanse på alle nivåer. Fylkesmannen er en slik linje ut fra Helsedirektoratet, og dermed naturlig å tenke på for varige strukturer. Tilsynsmyndighetene har også en viktig rolle i pasientsikkerhetsarbeidet.

Forslag til prioriteringer:

- Programmet må være tettere på departementet i utforming av oppdragsdokument, for å få arbeidet med pasientsikkerhet enda mer inkludert i drift og lederforankring.

- Programmet bør samarbeide nærmere med Helsedirektoratet i utforming av oppdrag til fylkesmennene, samt videreføre samarbeidet med utviklingssentrene og sikre at de får nødvendig støtte fra fylkesmennene. Disse satsningene bør koordineres bedre i Helsedirektoratet.
- Programmet må sikre at det bygges kunnskap ut i tjenestene