

Til: Møtedeltakerne  
 Fra: Borghild Hammer

**REFERAT FRA MØTE I SENTRALT KVALITETS - OG PASIENTSIKKERHETSUTVALG (SIKPU), TIRSDAG 27.09. 2016**

<b>Referat fra:</b>	<b>Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget (SIKPU)</b>	<b>Dato:</b>	27.09.2016
<b>Møteleder:</b>	Morten Lang-Ree	<b>Tid:</b>	14.30 -15.30
<b>Referent:</b>	Geir Silseth (referent)	<b>Sted:</b>	Buttekværn 1
<b>Deltakere:</b>	Morten Lang-Ree, Toril Kolås, Håvard Kydland, Geir Kristoffersen, Kari Mette Vika, Astrid Millum, Jakob Ole Nakling, Randi Beitdokken, Gunn Gotland Bakke, Benedicte Thorsen- Dahl, Jøran Halvorsen, Aage Willy Jonassen, Kjersti Øistensen, Gro Løwe, Ivar Jo Hagen, Bjørg Simonsen og Geir Silseth		
<b>Fravær:</b>	Borghild Hammer, Anne Maren Gaarder(fravær på grunn av svikt av videokonferanseutstyret). Anne Grethe Skorstad Thoresen (fravær på grunn av svikt av videokonferanseutstyret).		
<b>Sak nr. 1-2016</b>	Godkjenning av referat fra møte 10.05. 2016 Referatet ble godkjent uten merknader.	<b>Ansvar MLR</b>	<b>Frist</b>
<b>Sak nr. 2 -2016</b>	<p>Nytt system: <a href="#">EK melding</a> til erstatning for TQM Helse (Nytt melde og forbedringssystem) v/rådgiver Jon Petter Blixt og kvalitetsrådgiver Torhild Smaaberg.</p> <p>SI sitt system for registrering og behandling av uønskede hendelser (TQM-Helse) driftes pt. på en nødhjelpsavtale med leverandøren TQM-Partner. Årsaken er at leverandøren har sagt opp avtalen med Sykehuset Innlandet og flere andre helseforetak i Helse Sør-Øst. Det ble etablert et prosjekt med deltakere fra de aktuelle «TQM-foretakene» i HSØ som skulle vurdere innkjøp av et felles regionalt system. Av ulike årsaker ble prosjektet nedlagt i 2015. SI valgte da å gå til innkjøp av et forbedringssystem fra Datakvalitet A/S, som allerede leverer EK til Sykehuset Innlandet.</p> <p>Systemet heter EK-Melding og designes og tilpasses i samarbeid med Datakvalitet. I tillegg vil det også etter hvert tas i bruk egne moduler for revisjoner og risikostyring. Det utarbeides e-læringskurs for sluttbrukere og ledere.</p> <p>EK-melding er et enkelt system for melder, oversiktlig saksbehandling for leder og gir gode statistikk og rapporteringsmuligheter.</p> <p>Målet er innføring fra 1.1.2017 og det er oppnevnt superbrukere i hver divisjon/stabsområde. Det gjennomføres opplæring for superbrukere og ledere, blant annet gjennom e-læring. Presentasjon følger som vedlegg.</p>	<b>Jon P Blixt</b>	

<p><b>Sak nr. 3 - 2016</b></p>	<p>Bruk av tvang i Psykisk helsevern v/divisjonsdirektør Gunn Gotland Bakke.</p> <p>Det ble vist til reportasjene i VG i sommer om at avisen har kartlagt alle vedtak om å bruke «mekaniske tvangsmidler» som belter, reimer og tvangstrøyer ved de 115 institusjonene i Norge som er godkjente for å tvangsinnlegge psykiatriske pasienter.</p> <p>Denne type tvang regnes som et av de sterkeste inngrepene myndighetene kan gjøre mot et enkeltmenneske, og er derfor underlagt et særlig kontrollregime.</p> <p>Avisen fant ut at norske sykehus i 2014 rapporterte inn 2802 tilfeller av denne type tvang, mens tallet burde være 3768 – altså nesten tusen flere. Tilsvarende tall for denne typen tvang i SI var 75 beltelegginger, mens tallet burde vært 103.</p> <p>Årsaken til dette er at sykehusets rapporter og uttrekk fra NPR ikke stemmer overens. Generelt ligger SI lavt i forbindelse med tvangsbruk og VG er invitert for å komme å se på tvangsbruk i psykisk helsevern.</p>	<p><b>Gunn G Bakke</b></p>	
<p><b>Sak nr. 4 - 2016</b></p>	<p>2 pasientsaker etter tilsyn fra Fylkesmannen</p> <p>Fagdirektør gikk igjennom 2 pasientsaker.</p> <p>Den ene saken gjelder øyeavdelingen på SI Elverum der behandlende lege anbefalte fastlegen om å henvise for MR-undersøkelse. Fastlegen klaget til Fylkesmannen og pekte på at spesialisthelsetjenesten har plikt til å viderehenvise pasientene internt i sykehuset for ytterligere spesialistutredninger.</p> <p>Henvisningspraksisen ble drøftet. Når pasienten skal utredes videre for å få avklart problemsstillingen skal foretakets spesialist sørge for henvisning og følge opp pasienten i egen avdeling til problemstillingen er avklart innenfor sitt fagfelt</p> <p>Når pasienten er ferdig utredet innen en spesialitet/ett fagfelt og utredningen gir mistanke om sykdom som er viktig å få behandlet raskt innenfor et annet fagfelt, skal spesialisten sørge for henvisning til aktuell fagspesialist.</p> <p>Hvis utredningen avdekker mindre avvikende forhold som kan behandles innenfor andre fagområder og hvor behandling ikke nødvendigvis er påkrevet er det ofte slik at pasienten henvises tilbake til sin fastlege som vurderer i samråd med pasienten om videre utredning er aktuelt. Det lages ny prosedyre om dette på foretaksnivå.</p>	<p><b>Toril Kolås</b></p>	

	<p>Fagdirektør orienterte videre om en pasient med tykktarmskreft som var på SI Kongsvinger og SI Hamar. Det var dårlig informasjonsflyt mellom divisjonene og det ble ikke oppnevnt koordinator til pasienten for å ivareta informasjon, kommunikasjon og koordinering mellom behandlere og divisjonene, videre var det mangelfull journalføring og manglende rutine ved blodprøvetaking.</p> <p>Foretaket har prosedyre for når det skal opprettes koordinator for pasientene. Det var svært uheldig for pasienten at foretakets helsepersonell ikke fulgte prosedyren.</p> <p>Det foreligger også overordnet prosedyre for overflytting av pasienter mellom sykehusene som omhandler konkrete krav til handling for overførende og mottakende avdeling. Et av punktene understreker at journal skal være oppdatert og tilgjengelig for mottagende avdeling, inkludert overflyttingsnotat og epikrise og resultat av undersøkelser. Overflyttinger av pasienter er risikofylte overganger m.h.t å sikre videreføring av viktig pasientinformasjon og kommunikasjon. Det er svært viktig helsepersonell har god rutine når pasienter skal overflyttes.</p> <p>Prosedyre for å kontrollere at bestilte prøver blir tatt må komme på plass.</p>		
<p><b>Sak nr. 5 - 2015</b></p>	<p>Rutiner for oppfølging av pasient med mistenkt smitte (VRE) v/kvalitetskoordinator Anne Grethe Skorstad Thoresen.</p> <p>Grunnet svikt i videokonferanseutstyret måtte denne presentasjonen utgå. Presentasjonen følger som vedlegg til referatet.</p>	<p><b>Anne Grete Thoresen</b></p>	
	<p><b>Eventuelt:</b> Eventuelt sak som gjelder gyn/føde v/divisjonsdirektør Kari Mette.</p> <p>Saken gjelder en 3.3a sak meldt i 2015 til Statens Helsetilsyn. Saken ble overført fylkesmannen i Oppland og følges opp som en ordinær tilsynssak nå. Saken gjelder en utenlandsk kvinne (heller ikke engelskspråklig) som ventet tvillinger med felles morkake. I henhold til nasjonale faglige retningslinjer regnes dette som en pasientgruppe som skal følges tett opp gjennom svangerskapet blant annet med måling av blodtilstrømning. Det oppsto komplikasjoner og tvillingene døde på slutten av svangerskapet.</p> <p>Problemstillingen fra Fylkesmannen er hva vil SI gjøre for å sikre at ikke norskspråklige pasienter får beskjed på sitt eget morsmål om mulige komplikasjoner. Dette gjelder alle gyn/fødeavdelinger og en bør samarbeide om svaret.</p> <p>Det ble anbefalt å ta kontakt med AHUS for å sjekke hvilke prosedyrer de har på området, da de har en stor andel ikke etnisk norske pasienter.</p> <p>Læringsnotat fra Kunnskapssenteret v/avd. sjef kvalitet og patientsikkerhet Bjørg Ø. Simonsen.</p>		

	<p>Björg orienterte kort om at nye læringsnotat nå er kommet:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• «Tilberedning av legemidler til barn». Notatet viser blant annet til at svikt i egenkontroll eller dobbelkontroll er i 9 av 10 tilfeller medvirkende årsak til uønskede hendelser ved tilberedning av legemidler til barn i sykehus</li><li>• «Pasienter fikk feil insulindose». Notatet viser at ikke-konsekvent bruk av benevning og manglende eller feil gjennomført dobbelkontroll bidrar til slike hendelser.</li></ul> <p>Læringsnotatene følger som vedlegg til referatet.</p>		
--	---	--	--