

## Referat

---

Møte i: Helsedirektoratets brukerråd

Møteleder: Sissel Haavaag, leder av Brukerrådet

Dato: 07.10.2020

Referent: Tove Ringerike

Saksnr: 20/36396

Til stede: Se liste

### Referat fra møte i Brukerrådet 7. oktober 2020

Møtepapirene til møtet ble sendt ut 23. september.

#### Sak 1: Kort informasjon fra Helsedirektoratet

Helsedirektør Bjørn Guldvog informerte om følgende saker:

- Planlagt pårørendeundersøkelse
- Kommende cannabis-kampanje
- Kommende oppdatering av anbefalinger om besøk i sykehjem og omsorgsboliger

#### Sak 2: Orienteringssak. Oppdrag om evaluering av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017 – 2019

Innledning ved Sigrunn Gjønnes, Div. Kvalitet og forløp, avd. velferdsteknologi og rehabilitering. Se vedlagte presentasjon.

#### Sak 3: Orienteringssak. Innsyn i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og Norsk pasientregister (NPR)

Innledning ved Håkon Haaheim, Div. Digitalisering og Helseregistre, avd. Helseregistre. Se vedlagte presentasjon.

#### Sak 4: Orienteringssak. Oppdrag om å utvikle samarbeid mellom Statlig spesialpedagogisk tjeneste (Statped) og helsesektoren.

Innledning ved Inger Huseby, Div. Kvalitet og forløp, avd. velferdsteknologi og rehabilitering. Se vedlagte presentasjon.

#### Sak 5: Drøftingssak. Ny spesialistutdanning for leger i Norge: Hvordan kan brukerne være med på å vurdere kvaliteten?

Innledning ved Marie Thoresen, Div. Kvalitet og forløp, avd. retningslinjer og fagutvikling. Se vedlagte presentasjon.

Det var lagt opp til diskusjonspunkter knyttet til :

#### **Individuelle tilbakemeldinger fra bruker til legen i spesialisering**

- Er slik direkte tilbakemelding fra pasient til lege gjennomførbart og riktig?
- Vil brukerne/pasientene se på dette som noe positivt eller noe negativt for lege-/pasientforholdet? På hvilken måte?
- Hvordan kan dette gjennomføres praktisk? Bør man utvikle en tilbakemeldingsportal på internett?
- Finnes det andre måter å gi individuell tilbakemelding til legen i spesialisering?
- Hvordan kan leger i spesialisering oppnå kompetanse i praktiske lærings situasjoner – "prøve seg" – uten at det blir til risiko for brukerne?
- Dersom brukeren/pasienten opplever noe ubehagelig i møte med lege i spesialisering (fks dårlig kommunikasjon, smerte), hvordan kan man få til rutiner for tilbakemelding til legens leder og/eller veileder som gir trygghet for pasienten/brukeren; og som samtidig fører til læring for legen?

#### **Brukernes vurdering av spesialistutdannings systemet**

- Hvordan kan brukerne bidra helhetlig inn i spesialistutdanningen i utdanningsvirksomhetene (de enkelte sykehus/helseforetak, kommuner)?
- Hvordan kan brukerne bidra til å evaluere om felles kompetansemål i spesialistutdanningen av leger, som omhandler for eksempel kommunikasjon eller pasient- og brukermedvirkning, er dekkende?
- Hvordan kan brukerne bidra inn i revisjon av læringsmål for de enkelte spesialitetene?
- Vil det være enkelte spesialiteter som er mer avhengig av tett brukerinvolvering ved revisjon enn andre? For eksempel: Akutt- og mottaksmedisin, psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri, rus- og avhengighetsmedisin, allmennmedisin.

**For individuelle tilbakemeldinger** kom det innspill om at det kan være lurt å ha flere måter å få gitt tilbakemelding. Det er både individuelle og kulturforskjeller i hvor bekvem den enkelte pasient er i å gi direkte tilbakemelding til legen. Det viktig med både positive og negative tilbakemeldinger. Flere uttrykte en bekymring for om pasientene vil tørre å være helt ærlige i usikkerhet for hvordan det påvirker relasjon til legen eller behandlingsstedet. Mange pasienter har tilstander som gjør at vil komme tilbake på samme stedet til kontroller eller videre behandling. Det ble presisert at det å gi tilbakemelding må være frivillig og uten at det får negative konsekvenser for etterfølgende behandling.

Det var støtte til at det må være mulig å kunne gi tilbakemelding i etterkant. Noen pasienter vil ha behov for å komme hjem til trygge rammer og reflektere litt før de gir tilbakemeldinger. En nettløsning vil kunne løse dette. Dersom det skal brukes digitale løsninger i etterkant av selve pasientmøtet, må det avklares om – og eventuelt hvordan – det skal gis tilbakemelding på mottatte vurderinger.

Det kom refleksjoner knyttet til mulighet om å kunne gi tilbakemeldingene anonymt. Det fjerner noe av uro for at negative tilbakemelding påvirker fremtidig forhold. På den andre siden er anonyme tilbakemeldinger vanskeligere å forholde seg til og dermed lære av for legen i spesialisering. Det er viktig at en digital tilbakemeldingsløsning ikke blir en variant av "legelisten.no"

Det kom forslag om en tilbakemelding til legen i spesialisering kan koples med de evalueringssamtalene som skjer ved utskrivning. Og det ble foreslått at invitasjon til tilbakemeldinger gis en tydelig kontekst som for eksempel "Jeg er lege i spesialisering. Som del av utdanningsløpet jobber hele tiden med å bli bedre og vil gjerne ha tilbakemelding på

hvordan du har opplevd dette besøket. Er det noe du synes jeg har løst på en god måte og er det noe vi kunne gjort annerledes"

I saksnotatet lå det forslag til spørreskjema til pasienter. Det kom tilbakemelding på at det er mye fint i det, men at skjemaet kan trenge tilpasninger til pasienter som er barn, unge, de som ikke har norsk som førstespråk eller personer med kognitiv svikt. Det må vurderes om skjema også skal tilpasses utfylling sammen med pårørende.

Det kom innspill på at skjema ikke bare måler den enkelte lege, men også rammebetingelsene personen jobber under. Flere påpekte at pasienter i løpet av for eksempel sykehusopphold er i kontakt med mange leger og flere avdelinger. Det kan være utfordrende å vite hva/hvem det gis tilbakemelding om.

Et alternativ til direkte spørsmål eller digitale spørreskjema kan være å bruke video som måle/evalueringsmetode.

**På systemnivå** ble det fremholdt at det er viktig med brukermedvirkning i utforming av skjema mm.

Det ble foreslått (økt) bruk av erfaringskonsulenter som refleksjonspartnere i utdanningen. Det kan også være aktuelt å invitere inn representanter fra brukerorganisasjoner til å fortelle om de inntrykk de sitter med om hva som fungerer og ikke fungerer basert på innspill fra sine medlemmer.

Det kom også forslag om bruk av rollespill hvor legene i utdanning kan bytte på å være lege og pasient. Det er nyttig å få sette seg inn i og erfare andre perspektiv i en slik setting. Det er viktig å huske at kommunikasjon er kroppsspråk i tillegg til de faktiske ordene som blir uttalt.

Det er viktig å lage et system hvor læringsmomenter samles og brukes videre i utdanning og kvalitetsoppfølging.

Til spørsmålet om det er spesialiteter som ikke trenger brukerinvolvering var tilbakemeldingen at det bare er de ikke-kliniske spesialiteter som ikke trenger brukerinvolvering.

Brukerrådets leder oppsummerte at det er bra med felles kompetansemål og at det er et viktig og nødvendig arbeid å sette fokus på forholdet mellom pasient og lege. Prosjektet inviteres tilbake til et senere møte for å fortelle om resultater og videre arbeid.

## **Sak 6: Drøftingssak. Videreutvikling av finansieringsordningen kvalitetsbasert finansiering (KBF)**

Innledning ved Kristine Dahle Bryde-Erichsen, Div. Helseøkonomi og kompetanse, avd. finansiering. Se vedlagte presentasjon.

Det ble bedt om innspill på:

- Endring av overordnet mål for ordningen
- Antallet indikatorer, inklusjonskriterier og forslag til indikatorer
- Bruk av måltall for de enkelte indikatorene
- Forslag til ny belønningsstruktur

Det kom innspill på at de indikatorene som nå er foreslått er gode (*til info*: Andel videokonsultasjoner av totale antall polikliniske konsultasjoner, Samarbeidsmøter mellom spesialist og primærhelsetjenesten, Individuell plan – barnehabilitering. Andel av de pasienter der spesialisthelsetjenesten har meldt fra til kommunen om behov for individuell plan, Epikrisetid – andel epikriser sendt innen 1 dag fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten og Pakkeforløp hjerneslag). Det var likevel en kritisk diskusjon av hvilken rolle videokonsultasjoner skal ha.

Selv om flere støttet at videokonsultasjoner er kommet for å bli, rapporteres det om både gode og mindre gode erfaringer med at møter foregår digitalt. Noen opplever at videokonsultasjoner er mindre givende en fysiske, det å måtte mestre teknikk i tillegg til sin sykdom oppleves belastende og utfordringer når andre parter skal med (som f.eks. tolketjeneste). Det var skepsis til om det på nåværende punkt er riktig å gi insentiv til økt andel videokonsultasjoner, hvis det oppleves å gå på bekostning av sårbare grupper. Totalt sett kom det til uttrykk bekymring for hvor stor plass denne indikatoren vil få i en helhetsvurdering av kvalitet i kvalitetsbasert finansiering.

Det kom innspill om at endringen i valg av indikatorer ser ut til å gå fra et overordnet til et mer spisset område. Det var noe uro for at vi mister det overordnede perspektivet i helsetjenesten. Det ble minnet om at kvalitetsindikatorene er et indirekte mål på kvalitet. På samme måte som feber ikke nødvendigvis forteller hvilken sykdom man har. Det ble stilt spørsmål ved om det er lettere å få "en god score" med færre indikatorer og i hvilken grad bruk av færre indikatorer gjør at man mister noe av totalbildet på tilstanden til "kvalitet i tjenesten"

### **Sak 7: Drøftingssak. Implementering av pakkeforløp hjerneslag**

Innledning ved Liv Hege Kateraas, Div. Kvalitet og forløp, avd. velferdsteknologi og rehabilitering. Se vedlagte presentasjon.

Pakkeforløpet ble lansert sammen med kodeveiledning, men implementeringsstrategi inngikk ikke da. Det er kommet tilbakemelding på at mer hjelp til implementering er nødvendig. Flere forslag til strategier var presentert i saksnotatet sammen med ønske om innspill på hva som er best.

- Pakkeforløpsside på [www.Helsedirektoratet.no](http://www.Helsedirektoratet.no)
- (kompetansebro, e-læringsverktøy etc)
- Pakkeforløp kortversjon
- Webinar
- Implementeringskonferanser
- Evalueringsoppdrag?
- Forskning?

- Implementeringskontakter helseforetak. Hva med kommunene?
- Monitoreringsløsning
- Jevnlige møter med tjenesten

Forslagsstiller og medlem i Brukerrådet Atle Larsen fra LHL fortalte så litt om bakteppet til forslaget. En undersøkelse utført av LHL hjerneslag viste store variasjoner i hvordan kommuner jobber med å implementere pakkeforløp hjerneslag fase 2

Det kom innspill om at alle forslagene til implementeringsaktiviteter som var foreslått i sakspapirene var gode. Under diskusjonen kom det kommentarer til noen av forslagene.

- God erfaring med temamøter mellom fastleger, sykehus og kommunehelsetjenestene fra andre sammenhenger
- God erfaring med bruk av implementeringskonsulenter
- Bruk kommuner som gjør det godt som inspirasjonseksempler
- Ønsker forskning på effektene av pakkeforløpet (inklusive om det er forskjeller i effekt for personer med annet språk og kulturell bakgrunn)
- Vurder nøye hva som skal være innholdet i hver av de foreslåtte tiltakene
- Forsøk å formidle verdien av pakkeforløpene
- Gå i dialog med de som skal bruke pakkeforløpene, hva oppleves som nyttig hva oppleves bare som unødvendig ekstra arbeids- eller rapporteringsbyrde
- Hvis registreringer el.l er nødvendig, sørg for at det kommer inn i oppdragsdokumenter til de som skal gjøre det
- Motiver kommunene som ofte har en presset ressursituasjon. Involver dem tidlig for å se hva som det er mulig å realisere
- Ikke glem at det kan være viktig å øke kompetansen på ettervirkningene av slag

## **8: Orienteringssak. Kort informasjon fra sekretariatet**

*Forespørsel om deltakelse i styringsgruppe for Felles nasjonale faglige anbefalinger arbeid og helse.*

Det var kun en person som hadde meldt seg. Sissel Haavaag oppnevnes fra Brukerrådet til å delta i styringsgruppen.

*Henvendelse om referansegruppe – ultralyd og NIPT*

Ikke prioritert for oppnevning av representant fra Brukerrådet. Interesserte kan likevel kontakte sekretariatet.

*Kommende frister og møter*

- 9. oktober – forslag til saker til ordinært møte i Brukerrådet 2. desember
- 22. oktober – neste møte om koronasituasjonene

*Erfaring fra dagens møte*

Medlemmene i Brukerrådet oppfordres til å gi tilbakemeldinger på møtegjennomføring.

## Deltakerliste

Medlemmer av brukerrådet	
FFO, Landsforeningen for hjerte og lungesyke	Atle Larsen
FFO, Norsk Epilepsiforbund	Sissel Karin Haavaag
FFO, Foreningen for hjertesyrke barn	Pia Bråss
Unge funksjonshemmede	Line Skåtøy
Rådet for innvandrere-organisasjoner i Oslo	Samina Tagge
Rådet for innvandrere-organisasjoner i Oslo	Antonio Domenico Trivilino
Kreftforeningen	Heidi Brorson
Nasjonalforeningen for folkehelse	Anne Rita Øksengård
Organisasjonen Voksne for barn	Signe Horn
Pensjonistforbundet	Sven Anders Haugtomt
Helsedirektoratets BrukerROP / Landsforeningen mot seksuelle overgrep	Gro Harestad
Observatør fra Pasient- og brukerombudene	Anne Lise Kristensen, deltok til kl 13
Fra Helsedirektoratet	
Helsedirektør	Bjørn Guldvog
Divisjonsdirektør Folkehelse og forebygging	Linda Granlund
Sekretariat for Brukerrådet	Tove Ringerike
Prosjektleder «Brukeren først», avd. dir	Karin Yan Kallevik
Lærling i Helsedirektoratet	Jenny Le
Lærling i Helsedirektoratet	Catrine Hylbak Haugli
Innledere: se under hver enkelt sak.	
Tilhørere i møtet oppgis ikke.	