

# Læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet

*Endelig afrapportering af implementering af  
handlinger*

2018 - 2020

# Indholdsfortegnelse

Resume.....	2
Baggrund.....	4
Implementering af handlinger .....	8
Handling 1 - Anerkendede læringskultur og monitorering af læringskultur .....	8
Handling 2 – Patientsikkerhed på relevante dagsordener .....	11
Handling 3 – Tydelige roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet .....	12
Handling 4 – Kompetenceprogram for risikomanagere, ledere og PSK'ere.....	13
Handling 5 – Medarbejderdrevet patientsikkerhed .....	18
Handling 6 – Metoder til systematisk involvering af patienter og pårørende .....	21
Handling 7 – Analysekoncept til alvorlige utilsigtede hændelser .....	24
Handling 8 – Metodekatalog med palette af analysemetoder og læringssæt .....	26
Handling 9 – Læring af klager og patienterstatningssager .....	28
Perspektivering.....	28

Version: 1  
Udformet af: Center for Sundhed - Helle Søgaard Frappart, chefkonsulent og Josefine Haahr Kure, regional risikomanager  
Senest opdateret: 2. juni 2020

# Resume

I Region Hovedstaden arbejder vi for et patientsikkert sundhedsvæsen af højeste faglige kvalitet med bærende elementer af åbenhed, læring og psykologisk sikkerhed.

Region Hovedstaden har i 2017 foretaget en organisatorisk analyse af læringskulturen og roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet. Analyseteamet blev ledet af koncerndirektør Svend Hartling.

Formålet med analysen var at øge patientsikkerheden gennem forbedring af læringskulturen, og målet for analysen var:

- Bedst mulig læring af de utilsigtede hændelser
- Anvendelse af proaktive metoder
- Spredning af viden

Fokus var på kultur, organisation, kompetencer og ledelse. Analysegruppen fandt frem til 9 handlinger med 18 konkrete underliggende indsatser. Disse blev godkendt af Koncernledelsen d. 7. november 2017.

De 9 handlinger skal ses som dele af en samlet indsats, der kan bidrage til at opnå det overordnede mål: at øge patientsikkerheden. Det er ikke tanken, at de enkelte handlinger skal stå alene, men at synergien i at sætte ind på flere fronter gør, at målet kan opnås.

## Kort overblik over resultater efter 24 måneder:

- Patientsikkerhedskulturmåling (PLUS) er gennemført fra d. 13. marts til 3. april 2019. Svarprocent var 50 % svarende til 15.119 besvarelser af spørgeskemaet. Der er udarbejdet inspirationsmateriale og masterclass tilbud til arbejdet med patientsikkerhedskultur på hospitaler og afdelinger.
- Inspirationskatalog for ledelser er udarbejdet og lagt på intranettet [HER](#)
- Generiske funktionsbeskrivelser for risikomanagere og patientsikkerhedskoordinatorer er udarbejdet og kan findes på intranettet [HER](#)
- Hospitaler og virksomheder har arbejdet med beskrivelser af tydelige roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet og har tydelig ledelsesprioritering af området.
- Masterkursus i Patientsikkerhed og Læringskultur er udviklet i samarbejde med Københavns Universitet for risikomanagere, ledere og patientsikkerhedskoordinatorer, som en del af Master in Public Health (MPH). Kurset er opstartet september 2019 <https://mph.ku.dk/uddannelsen/kurser/patientsikkerhed-og-laeringskultur>. 54 medarbejdere fra Region Hovedstaden er allerede optaget og i gang med kurset i 2020.

- Fælles regional ledelsesudviklings dag er afholdt d. 12. november 2018 med fokus på: Arbejdspladskultur, læring og patientsikkerhed. Der var 100 tilmeldte ledere.
- Kurser om "Patientsikkerhed og forbedringsarbejdet" er planlagt ind i undervisningsmoduler for "Ledelse af medarbejdere for nye ledere" i 2020 og 2021.
- Kursus for patientsikkerhedskoordinatorer er revideret og testet med 50 deltagere i marts 2019. Kurset er meget eftertragtet og evalueringen fra efterår 2019 viste at 90 % af deltagerne var i kategori meget tilfredse/tilfredse med kurset.
- To forbedringsprojekter har været i gang på BFH med fokus på medarbejderdrevet patientsikkerhed og involvering af patienter og pårørende med hvert deres perspektiv. Beskrivelser af projekter og erfaringer findes [HER](#)
- Materiale til at understøtte sundhedspersonale i at indgå i dialog med patienter og pårørende om utilsigtede hændelser er udarbejdet og kan findes [HER](#)
- Regional og national kampagne er afholdt i november 2018 for at informere patienter og pårørende om mulighed for at rapportere UTH. Rapporteringer af UTH fra patienter og pårørende er let stigende til 3,42 % i 2019 i regionen, hvor det nationalt ligger på 1,75 %.
- Nyt analysekoncept for alvorlige utilsigtede hændelser med risikovurdering og beslutningsstøttende redskaber. Kan findes i [VIP-portal](#)
- [Metodekatalog](#) til patientsikkerhedsanalyser er udarbejdet af Region Hovedstaden i samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Det er publiceret på Dansk Selskab for Patientsikkerheds hjemmeside og regionens eget intranet og hjemmeside.
- Der er ved at blive udviklet interaktive læringssæt til de forskellige analysemetoder i Metodekataloget, som forventes færdigudviklet i 2020.
- Der er ved at blive udviklet en model for læring af klagesager, hvor klagesager klassificeres. For nuværende er 200 klagesager klassificeret fra 2019 og frem. Fremadrettet vil klagesagerne dermed kunne inddrages i læring og forbedringsarbejdet.

Den styrkede indsats på patientsikkerhedsområdet er bakket op politisk. Regionsrådet bevilligede, med budget 2018-2021, midler til risikomanageruddannelse og forbedringsprojekter for at styrke patientsikkerheden.

Indsatsernes fortsatte succes afhænger af ledelsesinvolvering – at ledelserne baner vejen, bakker op og bidrager i såvel det indledende udviklingsarbejde som i fastholdelsen af indsatserne.

## **Deling af læring tværregionalt og nationalt**

Rapport og handlinger er delt med de øvrige regioner, Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Styrelsen for Patientsikkerhed, og materialer er tilgængelige til deling.

Masterkurser på Københavns Universitet (KU) er ligeledes tilgængeligt for alle, herunder de øvrige regioner og kommunerne. Temagruppen for Kvalitet i Danske Regioner har anbefalet at denne uddannelse anvendes, som den foretrukne, så vi har et ensartet uddannelsesprogram i regionerne, forudsat af at KU kan udbyde kurserne som fjernundervisning.

OECD har vist interesse for patientsikkerhedskulturmålingen og alle indsatserne, og har fået tilsendt analysen og inspirationsmateriale til arbejdet med patientsikkerhedskultur.

Denne rapport er den afsluttende rapport, som har til formål at give indblik i, hvad Region Hovedstaden har opnået i den toårige projektperiode med implementering af handlingerne fra analysen.

## **Baggrund**

Region Hovedstaden oplevede for nogle år tilbage nogle ulykkelige tilfælde, hvor borgere, der har henvendt sig med symptomer på meningitis, ikke er blevet diagnosticeret og behandlet i tide. Det bevirkede, at regionen i 2017 satte to analyser i værk. Den første analyse handlede om diagnosticering og havde en sundhedsfaglig tilgang til problematikken med akutte alvorlige tilstande. Denne analyse medførte, at Region Hovedstaden havde en generel drøftelse af læringskultur og håndteringen af utilsigtede hændelser. I forbindelse med denne drøftelse fremkom eksempler på en kultur om læring af fejl, som krævede nærmere afdækning. Region Hovedstadens forretningsudvalg ønskede ligeledes, at der blev set på risikomanagerens rolle i patientsikkerhedsarbejdet. Der blev på den baggrund foretaget en organisatorisk analyse af læringskulturen og roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet.

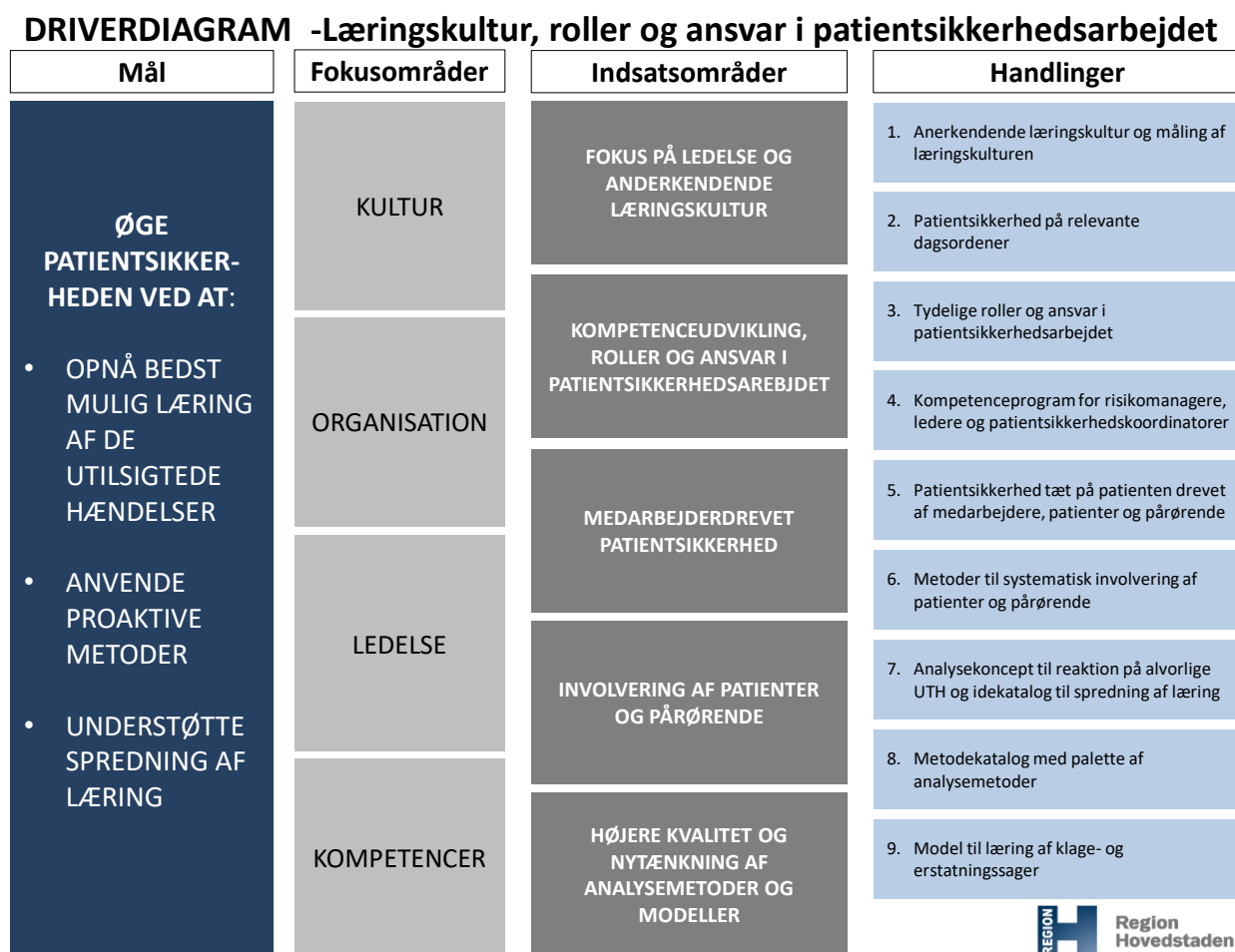
I 2017 udgav OECD endvidere rapporten "The Economics of Patient Safety", som konkluderede at patientskade som følge af behandling er den 14. hyppigste årsag til 'sygdom' i det samlede globale sygdomsmønster. Rapporten beskrev, at blandt OECD-landene udgør udgifterne som følge af patientskade 15% af de samlede hospitalsomkostninger. Den vurderede, at de fleste patientskader kan reduceres eller elimineres gennem systematiske forbedringer. Blandt de vigtigste forudsætninger for at opnå dette er udvikling og fastholdelse af en positiv patientsikkerhedskultur, der understøtter vores læringskultur. Resultaterne af denne rapport blev inkluderet i analysen.

Et analyseteam ledet af koncerndirektør Svend Hartling forestod analysen. Teamet var bredt sammensat med deltagelse af direktioner fra alle hospitalerne, afdelingsledelser og klinikere, en pårørende repræsentant, kvalitetschefer, risikomanagere, Akutberedskabet, Den Sociale Virksomhed, Center for HR/CAMES, Center for Sundhed, og en konsulent fra Implement.

Formålet med analysen var at øge patientsikkerheden gennem forbedring af læringskulturen. Mål for analysen var:

- Bedst mulig læring af de utilsigtede hændelser
- Anvendelse af proaktive metoder
- Spredning af viden

Fokusområder var kultur, organisation, kompetencer og ledelse. Analysegruppen fandt frem til 9 handlinger med 18 konkrete underliggende indsatser, som blev godkendt af koncernledelsen d. 7. november 2017.



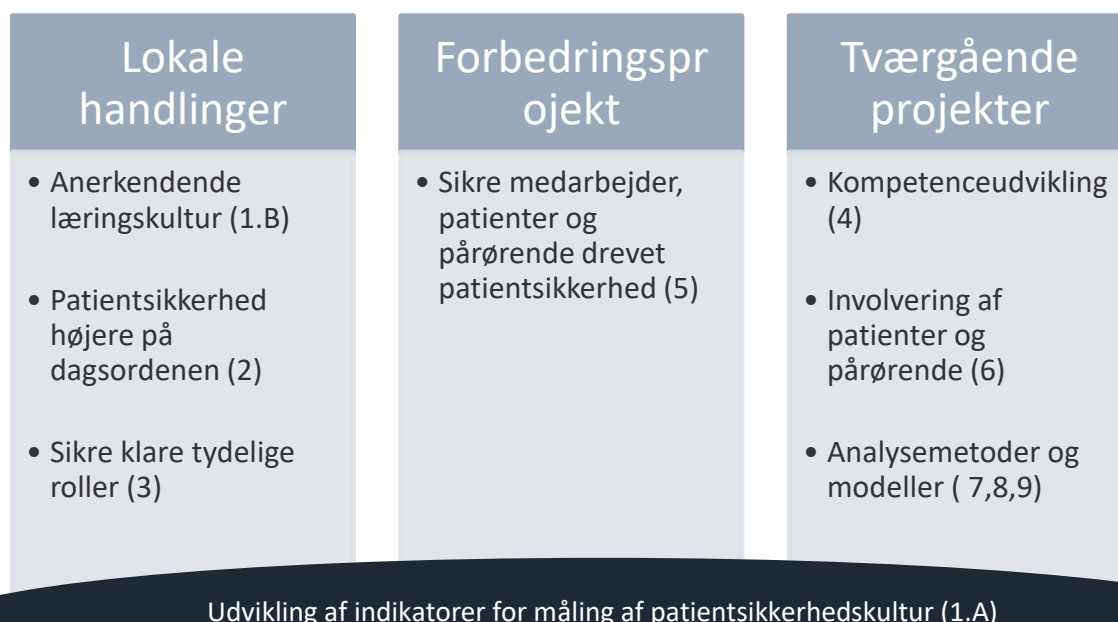
**Figur 1** Driverdiagram – Læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet

De ni handlinger er:

1. Understøtte en anerkendende læringskultur fra ledelsen samt udvikle og gennemføre måling af læringskulturen
2. Etablere patientsikkerhed som fast punkt på relevante dagsordener med tydelig ledelsesprioritering

3. Sikre at ledere, risikomanagere og medarbejdere har tydelige roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet
4. Udvikle kompetenceprogram for risikomanagere, ledere og patientsikkerhedskoordinatorer
5. Sikre at patientsikkerhedsarbejdet kan foregå tæt på patienten drevet af medarbejdere og patienter/ pårørende samt koble UTH og forbedringsarbejdet
6. Udbrede metoder til mere systematisk involvering af patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet
7. Udvikle nyt analysekoncept med hurtigere reaktion på alvorlige UTH, stærke handlingsplaner, implementeringsredskaber samt idekatalog til spredning af læring
8. Beskrive metodekatalog med palette af analysemetoder såvel reaktive, proaktive som aggregerede analysemetoder og udbrede metoderne
9. Udvikle model til læring af klage- og erstatningssager hvor adskillelsen af det sanktionerende og lærende system fastholdes

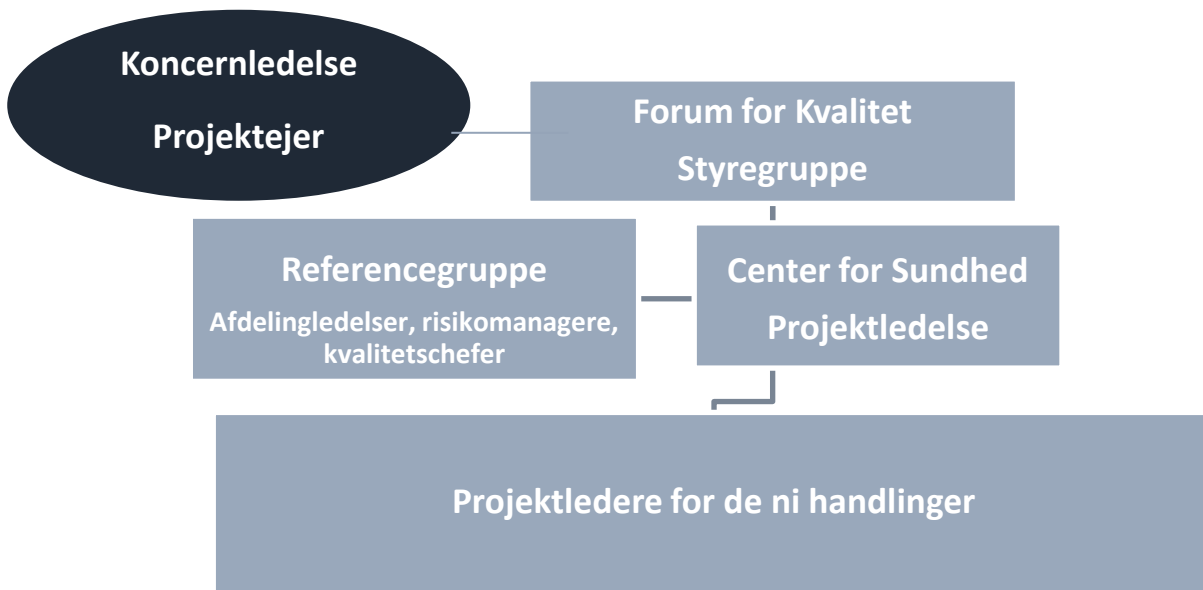
De ni handlinger skal ses som dele af en samlet indsats, der kan bidrage til at opnå det overordnede mål om at øge patientsikkerheden. Det er ikke tanken, at de enkelte handlinger kan stå alene, men at synergien i at sætte ind på flere fronter gør, at målene kan opnås.



**Figur 2** Overblik over de handlinger

## Projektorganisering

Der blev nedsat en projektorganisering til at styre implementering af handlingerne jf. figur 3 nedenfor.



**Figur 3** Projektorganisering – Læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet

Den styrkede indsats på området blev bakket op fra politisk side. Regionsrådet bevilligede med budget 2018-2021 11,5 mio. kr. til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering, herunder diagnosticering af meningitis og meningokoksygdom. Ud af disse blev 3.47 mio. kr. afsat til arbejdet med patientsikkerhed og læringskultur i form af uddannelse til risikomanagere og forbedringsprojekter.

Udmøntningsplanen blev godkendt på Regionsrådsmødet den 19. december 2017.

Implementering af handlingerne er igangsat fra første kvartal 2018 og er fulgt af regionens daværende Forum for Kvalitet og Koncernledelsen. De har modtaget afrapportering af status efter 3, 9 og 12 måneder og nu afsluttende efter 24 måneder. Sundhedsudvalget, som har patientsikkerhed som ressortområde, har ligeledes fulgt implementeringen.

Analyserapporten kan findes [HER](#)



# Implementering af handlinger

Nedenfor gennemgås implementering af de 9 handlinger med underliggende indsætter.

## Handling 1

### Understøtte en anerkendende læringskultur fra ledelsen samt udvikle og gennemføre måling af læringskulturen

Handling 1 består af to indsætter (1.A og 1.B), der vedrører monitorering af læringskulturen og inspirationskatalog til ledelser.

#### 1.A

*Indsæt: Udvikle indikatorer for måling af læringskultur i Region Hovedstaden.*

Læringskulturen er i denne indsæt afgrænset til patientsikkerhedskulturen og læring indenfor dette felt.

Det er på koncernledelses møde d. 1. marts 2018 besluttet at måle patientsikkerhedskulturen med Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), der er et valideret redskab til måling af patientsikkerhedskulturen. SAQ-patientsikkerhed er udviklet til at måle patientsikkerhedskulturen ved hjælp af 8 korrelerede dimensioner/temaer med i alt 37 spørgsmål. Det tager gennemsnitligt 12 min for medarbejderne at besvare spørgeskemaet. Anvendelsen af dette validerede og anerkendte redskab giver endvidere mulighed for at generere forskningsdata om patientsikkerhed. Solvejg Kristensen, som har skrevet Ph.d. om patientsikkerhedskultur og SAQ måling har været inddraget som ekstern sparring i processen.

Det blev besluttet at kalde undersøgelsen PLUS, som står for Patient, Læring, Udvikling, Sikkerhed, og der er udviklet kampagnemateriale, ligesom der er forfattet 3 artikler til henholdsvis Intra og Lederen. Kan findes [HER](#)

Undersøgelsen er afsluttet d. 3. april med en gennemsnitlig svarprocent på 50%, hvilket svarer til 15.119 besvarelser. Det er et flot resultat for en undersøgelse af denne type, der kører første gang. Der er udarbejdet en rapport over regionens resultater, og lokale resultater er udsendt til hospitalerne d. 2. maj 2019.

Som støtte til hele processen har der været udpeget kontaktpersoner lokalt på hospitalerne samt udviklet en intranetside til PLUS, hvor medarbejdere og ledere har kunnet finde support under de forskellige stadier. [HER](#) ligger diverse miniguider til at understøtte opfølgningen af resultaterne samt inspirationsmateriale til udvikling af patientsikkerhedskulturen. Der har været afholdt to netværksmøder med kontaktpersonerne fra hospitaler og virksomheder, hvor der er drøftet relevante emner og vidensdelt.

Der er planlagt og afholdt 10 masterclass tilpasset behovet på det enkelte hospitaler, virksomheder og for centralt placerede personer, herunder risikomanager og patientsikkerhedskoordinatorer. Masterclass har haft til formål at understøtte især ledelserne ift. afdelingens resultater og opfølgning på disse på de respektive hospitaler og virksomheder. Umiddelbart har masterclass været en succes, vel vidende at arbejdet med patientsikkerhedskultur fortsætter ud over PLUS, og at det er en lang proces, som kræver fortsat opmærksomhed.

### Oversigt over PLUS masterclasses og PLUS oplæg

Dato i 2019	Hospitaler, virksomheder og fora
15. maj	Bispebjerg
28. maj	Bornholm
17. juni	Risikomanagernetværket
24. juni	Apoteket
16. aug.	HGH ledelse
20. aug.	Psykiatrien
27. aug.	Deltagelse i kvalitetsrådsmøde på AHH
2. sep.	Oplæg på kurset for patientsikkerhedskoordinatorer
18. sep.	Deltagelse i MED-udvalgmøde på AHH
26. sep.	Masterclass HGH nøglepersoner

Der er fortsat mulighed for at bestille masterclass skræddersyet til hospitalets eller afdelingen eget behov i forhold til arbejdet med patientsikkerhedskultur, eks. Psykologisk tryghed

Der har været et øget nationalt og internationalt fokus på patientsikkerhedskultur i de seneste år, da kulturen er et fundament for mulighed for læring. I den forbindelse har OECD efterspurgt Region Hovedstadens arbejde med læringskulturanalysen og erfaringerne med måling af patientsikkerhedskulturen. Analyse og alle rapporter er tilsendt dem og repræsentanter fra Center for Sundhed og Center for HR har deltaget i en OECD konference om arbejdet med patientsikkerhedskultur med henblik på at dele viden og erfaringer.

Der afventes for nuværende en beslutning om, hvornår og i hvilken form patientsikkerhedskulturmålingen gennemføres igen således, at der foregår en kontinuerlig monitorering af patientsikkerhedskulturen, da det giver mulighed for fortsat fokus og at følge udviklingen over tid.

Vi har foretaget yderligere analyse af data, herunder set på om der var forskelle mellem hospitaler/virksomheder, specialer og professioner. Herunder set på forskelle mellem medicinske, kirurgiske, anæstesiologiske og klinisk diagnostiske specialer.

## 1.B

*Indsats: Ledelserne går forrest i understøttelsen af en god og anerkendende læringskultur med en undersøgende og nysgerrig tilgang til udredning og handling efter en utilsigtet hændelse. Der ønskes inspiration til ledelserne. Derfor udarbejdes inspirationsmateriale til ledelserne.*

Der er udarbejdet et inspirationsmateriale i form af et katalog, der indeholder metoder og redskaber til arbejdet med patientsikkerhedskulturen i hospitalsafdelingerne. Materialet tager udgangspunkt i eksisterende metodikker.

Materialet beskriver 3 områder:

- **Forudsætninger:** Forudsætninger og organisatoriske rammer for arbejdet med patientsikkerhed og patientsikkerhedskultur.
- **Metoder:** Handlinger på afdelingsniveau, der kan styrke patientsikkerheden og patientsikkerhedskulturen.
- **Læring:** Handlinger, der bidrager til kontinuerlig læring og forbedring.

Materialet er godkendt af Forum for Kvalitet d. 14. marts 2019. Inspirationsmaterialet er blevet lanceret med resultaterne af patientsikkerhedskulturmålingen i maj 2019 og kan findes på intranettet under "Patientsikkerhed". [HER](#)

## Handling 2

**Indsats: Etablere patientsikkerhed som fast punkt på relevante dagsordener med tydelig ledelsesprioritering**

Handling 2 består af to indsatser for etablering af patientsikkerhed højt på dagsordener i både koncernledelsesregi og i hospitalsledelsesregi.

## 2.A

*Indsats: Etablere patientsikkerhed som fast dagsordenpunkt på møder i koncernledelsen en gang i kvartalet. Punktet skal være en læringsdrøftelse med udgangspunkt i data om utilsigtede hændelser. Virksomhederne og Center for Sundhed leverer data til dagsordenpunktet.*

Den 14. marts 2019 gav Forum for Kvalitet opbakning til at nedsætte en arbejdsgruppe af det eksisterende risikomanagernetværk, der skulle udvikle et styrket, agilt og klinisknært samarbejde om patientsikkerhed på tværs af regionen.

I sommeren 2019 udviklede arbejdsgruppen bestående af risikomanagere fra Herlev og Gentofte Hospital og regionale risikomanagere en ny tværgående model, hvor de regionale risikomanagere har en kontaktpersonsfunktion for alle hospitaler og virksomheder.

Målet hermed er at understøtte et tættere samarbejde mellem hospitalsvirksomheder og de regionale risikomanagere, om læring af de utilsigtede hændelser på tværs af regionen med fokus på hurtig reaktion, læring, spredning og koordinering af patientsikkerhedsarbejdet. Modellen understøtter en fælles identificering og prioritering af tværgående temaer og indsatsområder og giver mulighed for at arbejde aggregeret med data. Temaer og indsatsområder fremkommer ved tilbagemeldinger fra hospitalsvirksomhederne til de regionale risikomanagere, og udvælgelsen af tværgående fokusområder sker på faste risikomanagermøder af den samlede gruppe.

Det er besluttet, at risikomanagerne skal kvalificere og prioritere problemområderne og komme med anbefalinger til handling, som godkendes i kvalitetschefskredsen inden data fremlægges på møder i Hospitalsdirektørkredsen. Dette gøres ud fra henholdsvis temaer om alvorlige risici for patientsikkerhed samt de tværgående patientsikkerhedsanalyser, der har været foretaget mellem hospitaler og virksomheder.

Kvalitetschefskredsen har d. 25. februar 2020 besluttet at denne model endvidere skal understøtte den tværregionale organisering og vidensdeling på patientsikkerhedsområdet.

Pilottestning af modellen har kørt siden efteråret 2019, og kører fortsat til og med sommeren 2020, hvorefter den evalueres.

## **2.B**

*Indsats: Virksomhedsledningernes sikrer, at der jævnligt bliver drøftet patientsikkerhed som fast dagsordenpunkt i relevante fora i virksomhederne.*

Direktion og afdelinger har et kontinuerligt overblik over deres utilsigtede hændelser, hvordan de handler og drager læring af hændelserne, samt hvordan hændelserne er integreret i forbedringsarbejdet.

Alle hospitaler og virksomheder har meldt positivt tilbage i forhold til implementeringsstatus for indsatsen. Patientsikkerhed, herunder utilsigtede hændelser og patientsikkerhedsanalyser, drøftes med varierende form, hyppighed og fokus i alle direktioner og andre relevante fora, såsom komiteer, råd, afdelingsmøder og tavlemøder med henblik på læring og identificering af hvilke forbedringstiltag, der skal iværksættes.

Flere hospitaler og virksomheder har et udviklingsarbejde i gang omkring præsentation af data og organisering, der understøtter læring og vidensdeling.

Der er en lang række tiltag i statusmeldingerne fra hospitaler og virksomheder, som kan tjene som en idébank og bidrage til vidensdeling mellem hospitalerne/virksomhederne. Statusbeskrivelserne er således samlet i et dokument, som ligger [HER](#)

### **Handling 3**

***Indsats: Ledelserne sikrer at roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet er tydelige og tilpasses resultater af denne analyse.***

Hospitaler og virksomheder har beskrevet, hvordan der er arbejdet med tydelige roller og tydeligt ansvar i patientsikkerhedsarbejdet.

Nogle hospitaler har samlet ansvaret for patientsikkerhedsanalyser på et direktionsmedlem eller kontaktdirektør. Nogle har patientsikkerhedsudvalg. Det er kendetegnende, at alle hospitaler har ledelsesforankring af patientsikkerhedsarbejdet med risikomanagere og patientsikkerhedskoordinatorer som sparringspart.

Der er udarbejdet en generisk funktionsbeskrivelse for risikomanagere i samarbejde med kvalitetschefer og risikomanagere, som er godkendt af Forum for Kvalitet d. 28. maj 2018.

Det er ligeledes udarbejdet en generisk funktionsbeskrivelse for patientsikkerhedskoordinatorer (PSK), som er godkendt af Forum for Kvalitet d. 23. oktober 2019.

Funktionsbeskrivelserne bidrager til at tydeliggøre arbejdsgange og opgaver.

Begge funktionsbeskrivelser kan forefindes [HER](#)

### **Handling 4**

**Udvikling af kompetenceprogram for risikomanagere, ledere og patientsikkerhedskoordinatorer**

Handling 4 består af tre indsats, der vedrører et kompetenceprogram for patientsikkerhed og læringskultur.

Kompetenceprogrammet består af aktiviteter, der er udviklet, udbudt og som fortsat udvikles lokalt, regionalt og nationalt. Kompetenceprogrammets primære målgruppe er risikomanagere, ledere og patientsikkerhedskoordinatorer. Patientsikkerhed og læringskultur vedrører dog alle medarbejdere, derfor suppleres de tre handlinger med et fjerde tiltag, Masterclass, der er kompetenceudvikling for alle medarbejdere, og som skal yde støtte til de medarbejdere, der har et særligt ansvar i arbejdet med patientsikkerhed og læringskultur.

Generelt har det været en styrke at arbejde på tværs af professioner, hospitaler/virksomheder og koncerncentre om kompetenceudvikling. Dette har været afgørende for at nå i mål med et relevant kompetenceprogram af høj kvalitet. Undervejs er repræsentanter for væsentlige målgrupper, herunder tværsektorielle repræsentanter, ligeledes blevet inddraget.

#### 4.A

*Indsats: Udvikle formaliseret uddannelse af risikomanagere i regionen, som på sigt kan løftes nationalt. Komplexiteten i patientforløb skal tænkes ind i uddannelsen, og den skal indeholde opdateret viden om proaktiv og reaktiv risikostyring.*

Der blev nedsat en arbejdsgruppe bestående af hospitals- og regionale risikomanagere og Dansk Selskab for Patientsikkerhed med projektledelse fra Center for HR.

Det var et krav at uddannelsen skulle være på masterniveau, herunder ECTS point givende.

#### **Masterniveau**

Målet om en formaliseret uddannelse er realiseret som en uddannelse på masterniveau. Masteruddannelser er videregående uddannelse på niveau med en kandidatuddannelse, som henvender sig til personer med erhvervs erfaring. Optagelseskrav er uddannelse på minimum bachelorniveau og minimum to års erhvervs erfaring.

#### **Københavns Universitet, Master of Public Health**

På baggrund af en dialog mellem arbejdsgruppen og relevante universiteter, etablerede Region Hovedstaden i efteråret 2018 et samarbejde med Københavns Universitet om videre udvikling og efterfølgende udbud af masterkurser i Patientsikkerhed og Læringskultur til sammenlagt 15 ECTS. Det er blevet til to masterkurser, der er etableret som valgfag under Master of Public Health:

##### **a) Patientsikkerhed og Læringskultur: Analyse af kontekst (7,5 ECTS)**

Kurset giver en indføring i lovgivning, organisation, positioner og praksis. Den studerende vil opnå indsigt i patientsikkerhed og læringskultur som folkesundhedsvidenskabeligt felt med henblik på at kunne forbedre og udvikle patientsikkerhedsarbejdet i hverdagens praksis.

- Første hold er afviklet efterår 2019
- Udbydes to gange om året med 25 pladser pr. hold

##### **b) Patientsikkerhed og Læringskultur: Skabe og forankre forbedringer (7,5 ECTS)**

Kurset har fokus på at forbedre praksis gennem bl.a. en systematisk reduktion af risikokilder. Kulturbegrebet bidrager med perspektiver, der har indflydelse på patientsikkerhed og læring. Den studerende får metoder og redskaber til at facilitere forankring af forbedringer.

- Første hold bliver afviklet vinter 2020
- Udbydes to gange om året med 25 pladser pr. hold

Målgruppen for masteruddannelsen er risikomanagere, ledere og patientsikkerhedskoordinatorer. Interesserede ansøger om optagelse. Masterkurserne er udbudt under lov om åben uddannelse, hvilket betyder, at kvalificerede optages efter først-til-mølle. I alt er 54 medarbejdere fra Region Hovedstaden optaget på de foreløbige tre første kurser med i alt 75 pladser.

Med midlerne tildelt fra Regionsrådet har det været muligt at få etableret uddannelsen på universitetsniveau, samt få finansieret at alle risikomanagere og flere ledere og patientsikkerhedskoordinatorer svarende til 51 personer kan gennemføre uddannelsen. Derved opnås et ensartet kompetenceniveau indenfor patientsikkerhedsområdet.

Det bidrager til masterkursernes kvalitet, at holdene er sammensat af studerende på tværs af regioner, fag og sektorer. For at løfte uddannelsen nationalt, har Københavns Universitet i samarbejde med Region Hovedstaden nedsat et landsdækkende rådgivende udvalg, hvis formål er:

- at bane vejen for et ensartet højt fagligt og forskningsbaseret niveau i patientsikkerhedsarbejdet gennem fælles efter- og videreuddannelsesforløb
- at fremtidssikre uddannelsesstilbuddet ved en løbende tilgang af studerende fra hele landet

Det rådgivende udvalg er sammensat med repræsentanter fra regioner, kommuner, Styrelsen for Patientsikkerhed og Danske Regioner. Medlemmerne repræsenterer henholdsvis HR-perspektiver og patientsikkerhedsperspektiver.

Udvalget mødes to gange om året i forbindelse med evaluering og kvalificering af masterkurserne. Aktuelt er der fokus på netop udvikling og kvalificering, da masterkurserne er nye. Dernæst er der fokus på, hvordan masterkurserne kan blive attraktive for medarbejdere i Vestdanmark, der ikke har mulighed for at rejse. Aktuelt vurderes muligheden for fjernundervisning i grupper, faciliteret af en lokal underviser fx på Århus Universitet.

#### **4.B**

*Indsats: Etablere undervisning i patientsikkerhed på lederuddannelsesprogrammer herunder uddannelsen af ledelse af tværgående patientforløb.*

Center for HR og Center for Sundhed har i samarbejde udviklet et kursusforløb for nye ledere, der omhandler ledelse af patientsikkerheds- og forbedringsarbejdet.

Fra foråret 2020 er *Ledelse af patientsikkerheds- og forbedringsarbejdet* et af fire valgfrie introduktionskurser for nye ledere. Introduktionskurserne tilbyder et basalt kendskab til det økonomiske og personalemæssige ansvar, man påtager sig som ny leder, samt basale redskaber til at kunne løfte ansvaret.

Forløbet *Ledelse af patientsikkerheds- og forbedringsarbejdet* giver ledere kendskab til den regionale tilgang til patientsikkerhed herunder metoder og værktøjer, der kan understøtte arbejdet med patientsikkerhed i praksis med kobling til forbedringsarbejdet. Kurserne udbydes to gange om året med 24 pladser

#### **Temadag om fælles regional ledelsesudvikling: Arbejdspladskultur, læring og patientsikkerhed**

Der blev den 12. november 2018 afholdt en temadag for ledere med 100 deltagere.

Formålet med dagen var at sætte faglig og erfaringsbaseret viden om arbejdspladskulturens betydning for patientsikkerhed på dagsordenen for sammen at udvikle nye muligheder og handlekompetencer i ledelsesrollen indenfor dette felt. Der var fokus på hvad topledelsen kan gøre for at understøtte læringskulturen med oplæg fra to vicedirektører, samt på psykologisk sikkerhed og hvad monitorering af patientsikkerhedskultur kan bruges til ledelsesmæssigt.

#### **4.C**

*Indsats: Sikre at analysens resultater integreres i indholdet på kursus for patientsikkerhedskoordinatorer (PSK)*

#### **Nye patientsikkerhedskoordinatorer**

Formålet med kurset er at tilbyde nye patientsikkerhedskoordinatorer en grundlæggende viden om arbejdet med patientsikkerhed herunder læringskultur, UTH og Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD), lovgivning, proaktivt patientsikkerhedsarbejde og meget mere. Kurset skal desuden medvirke til en øget forståelse for teorier og analysemetoder i arbejdet med patientsikkerhed.

Kurset er blevet kvalificeret med blik for læringskulturanalysens resultater samt systematisk feedback fra tidligere og nuværende kursister.

Kurset er på den baggrund udvidet fra én til to dage. Første dag med fælles undervisning. Anden dag med en workshop i hændelsesanalyse, samt niveaudelt undervisning i DPSD.

Kurset udbydes to gange om året med 40 deltagere på hvert hold. Kurserne er meget eftertragtede, og der er meget positive evalueringer af kurset, således var 90 % meget tilfredse/tilfredse ved evaluering af kurset i efterår 2019.

#### **4.D**

*Indsats: Masterclass – kompetenceudvikling for alle, som skal yde støtte til de medarbejdere, der har et særligt ansvar i arbejdet med patientsikkerhed og læringskultur.*

For at styrke patientsikkerhed og læringskultur og yde støtte til risikomanagere, ledere og patientsikkerhedskoordinatorer skal alle medarbejdere i sundhedsvæsenet inddrages. Derfor kan alle i regionen rekvirere en skræddersyet masterclass. Formålet er at kompetenceudvikle fokuseret efter aktuelle og lokale behov.



Udvikling af masterclass foregår i dialog med fagpersoner på tværs af hospitaler/virksomheder og koncerncentre. Aktuelt er det primært risikomanagere, der har initieret masterclass, men vi forventer at efterspørgslen stiger i takt med, at kendskabet til masterclass øges. Nedenfor præsenteres eksempler på rekvirerede masterclass forløb.

### Hændelsesanalyse

Nordsjællands Hospital har rekvireret en masterclass i *hændelsesanalyse*. Formålet er at sagsbehandlerne bliver stand til selv at lave systematiske analyser af enkelt hændelser.

Det overordnede ønske er at styrke ejerskab og kvalitet af det lokale patientsikkerhedsarbejde. Når sagsbehandlerne analysekompetences løftes, vil risikomanageren få frigjort tid til at kunne arbejde projektorienteret på tværs af hele hospitalet samt fokusere på højrisikoområderne. Målgruppen er DPSD sagsbehandlere/patientsikkerhedskoordinatorer; i alt ca. 25 sygeplejersker og bioanalytikere.

### Organisationsforståelse og psykologisk tryghed

Bispebjerg Frederiksberg Hospital har rekvireret en masterclass i *organisationsforståelse og psykologisk tryghed*. De lokale risikomanagere har afdækket lokale behov med reference til Læringskulturanalysen og i dialog med hospitalets 45 patientsikkerhedskoordinatorer. Masterclass skal være en støtte til patientsikkerhedskoordinatorerne og deres rolle. På den baggrund er det prioriteret at fokusere på organisationen og uformel ledelse samt psykologisk tryghed som forudsætning for at styrke patientsikkerhed og læringskultur.

### Uddannelseskonference: Analysér og forbedr psykologisk tryghed i din afdeling

Hvert år afvikler Region Hovedstaden en uddannelseskonference for medarbejdere på hospitaler, i kommuner og almen praksis, der arbejder med uddannelse. I 2018 var temaet læringskultur og derfor satte en af tre parallelsessioner fokus på psykologisk tryghed. Deltagerne blev præsenteret for faktorer, der er en forudsætning for psykologisk sikkerhed på arbejdspladsen. De arbejdede også casebaseret med en model for analyse og optimering af psykologisk tryghed.

Konferencen blev afviklet efterår 2018 for 200 medarbejdere på hospitaler, i kommuner og almen praksis, der arbejder med uddannelse.

### Oversigt over etablerede kurser og understøttende tilbud i forhold til patientsikkerhed og læringskultur 2020

Kursus	Udbyder	Varighed	Obligatorisk
<b>Masterkurser i Patientsikkerhed og læringskultur (15 ECTS)</b>	Københavns Universitet (KU)	Kurset foregår henover 2 moduler med henholdsvis 7 og 8 fremmødedage på KU	Det er ikke obligatorisk, men der er finansiering af kursusafgift på

		og estimeret forberedelsestid på henholdsvis 21 og 24 dage.	26.000 kr. til 51 risikomanagere og patientsikkerhedskoordinatorer fra regionens hospitaler og virksomheder.
<b>Lederudvikling</b> – Patientsikkerhed og læringskultur er integreret under <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ledelse af nye medarbejdere for nye ledere</li> <li>- Selvdesignet ledelsesudvikling</li> <li>- Ledelsesudvikling for grupper</li> </ul>	Center for HR	2 dage med en måneds mellemrum	Ikke obligatorisk
<b>Kursus for nye patientsikkerhedskoordinatorer</b>	Center for Sundhed	2 dage	Ikke obligatorisk
<b>Masterclass PLUS</b>	Center for HR/Center for Sundhed	3 timer	Ikke obligatorisk
<b>Masterclass/workshops på efterspørgsel</b>  Eks. Psykologisk tryghed, debriefing, defusing, systematisk feedback, patient og pårørende involvering, analysemetoder, facilitering.	Center for HR  De kan etableres på hospitalsniveau, så masterclass foregår på hospitalet/virksomheden.	Efter behov  Det kan være alt fra 2 timer til hele dage afhængig af hospitalets/virksomhedens ønsker og behov.	Ikke obligatorisk

## Handling 5

### **Sikre at patientsikkerhedsarbejdet kan foregå tæt på patienten drevet af medarbejdere i samarbejde med patienter og pårørende**

*Indsats: Etablere et forbedringsprojekt, der pilottestes på et hospital. Projektet skal koble medarbejdere, patienter og pårørendes bekymringer og ideer om forbedringer af patientsikkerheden med de utilsigtede hændelser og det øvrige forbedringsarbejde.*

Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler har haft to afdelinger, der har kørt to forbedringsprojekter med forskellig tilgang finansieret af regionale midler.

#### **1. Integration af patientoplevelser og involvering af patienter og pårørende i et koordineret forbedringsarbejde**

I dette projekt udarbejdet i Abdominal Centeret er ideen at udvikle en database med et hændelsesregister for UTH, klager, erstatningssager og øvrige henvendelser fra patienter og pårørende. Databasen opbygges som en relationsdatabase, der samtidig registrerer afdelingens ressourcer til at handle på hændelser, og et register for afdelingens interventioner og projektideer.

Formålet er at skabe sammenhæng mellem sagsbehandling af UTH, klage- og patienterstatningssager samt hvilke forbedringsprojekter, der er iværksat i afdelingen med henblik på læring fra alle kilder.

I startfasen har der været et tæt samarbejde med Center for Sundhed i forhold til handling 9 om læring af klagesager samt om de juridiske udfordringer. Endvidere er der opmærksomhed på projektet i forhold til den nye tværregionale model for styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet, hvor en anbefaling er at følge udviklingen af projektet med henblik på evt. spredning til de øvrige regioner.

Når databasen er udviklet, skal den testes på en afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler. Der er ligeledes drøftet med Bornholms Hospital om, at de vil teste brugen af databasens anvendelighed for sagsbehandlingen af de tre datakilder i afdelinger koblet op mod de forbedringsprojekter og interventioner, der er igangsat.

Erfaringerne indtil videre viser, at det er et stort arbejde at udvikle en relationsdatabase herunder et digitalt projektledelsesværktøj. For nuværende er der udfordringer med systemerne, men hospitalet arbejder videre med projektet og søger at løse udfordringerne på bedst vis med inddragelse af regionens Center for IT, Medico og Telefoni og regionens Center for Kommunikation.

#### **2. Medarbejderdrevet patientsikkerhed tæt på patienter og pårørende**

Dette projekt udarbejdet af Neurologisk Afdeling omhandler at iværksætte systematiske medarbejderdrevne metoder, med inddragelse af patienter og pårørende, hvor formålet er at skabe læring både reaktivt og proaktivt.

Formålet med projektet var at udvikle en patientsikkerhedslæringsmodel, hvor medarbejderne aktivt deltager i patientsikkerhedsarbejdet i den daglige drift, og der er en aktiv patient og pårørende inddragelse

For at øge patientsikkerheden skal der skabes en lærende kultur, hvor der arbejdes proaktivt med at forebygge de utilsigtede hændelser. Studier har vist, at patientsikkerhedsrunder og patientsikkerhedsmøder med medarbejderne har øget deres oplevelse af, at ledelsen prioriterer patientsikkerheden. Derudover viser andre studier, at det kan øge præmissen for en lærende patientsikkerhedskultur ved at empower medarbejderen. Dette kan gøres ved at etablere trygge fora, hvor man kan ytre sine ideer.

Afdelingen ville udvikle systematiske medarbejderdrevne metoder, hvor formålet var at skabe læring af UTH'er i et psykologisk trygt miljø. Desuden ville de udvikle en metode med fokus på systematisk inddragelse af patienter og pårørendes feedback med henblik på at højne patientsikkerheden.

Der blev besluttet følgende indsatser til afprøvning i perioden januar til maj 2019

1. Medarbejderdrevne UTH-møder
2. Patientsikkerhedsstuegang

*Indsats 1:* Møderne blev struktureret ud fra TALK-modellen (Diaz-Navarro, 2019), som er en metode til at forbedre teamsamarbejdet uden at afholde simulationer. Modellen kan bruges til at skabe et psykologisk trygt rum ved bl.a. bevidst at have en anerkendende tilgang i drøftelserne. Derudover peger studier på, at strukturerede refleksioner og debriefinger kan medføre et forbedret teamsamarbejde og give mere patientsikre arbejdsgange mv. (Dieckmann, Spanger, Østergaard, Lippert, & Nielsen, 2013).

**TALK** står for:

T: Target (Hvad skal vi tale om?)

A: Analyse (Hvordan fungerede de enkelte aspekter af vores indsats?)

L: Læringspunkter (Hvad kan vi lære af analysen?)

K: Kernepunkter (Hvilken konsekvens skal samtalen have?)

Møder blev afholdt 1-4 gange per måned per afsnit.

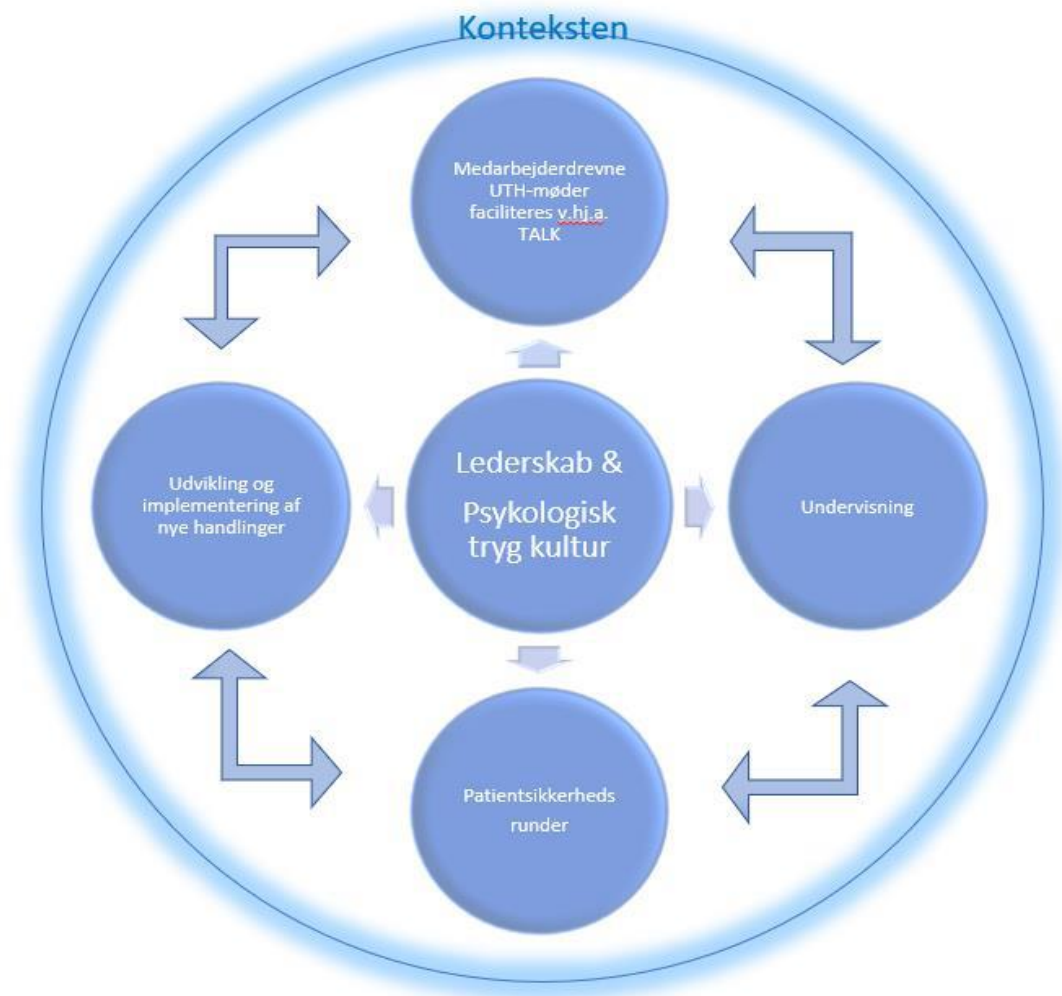
Ved UTH-møderne ønskede afdelingen at inddrage medarbejderne særligt i det reaktive patientsikkerhedsarbejde

*Indsats 2:* Afdelingens ønske var ligeledes at skabe en proaktiv metode til forbedring af patientsikkerheden, ved at inddrage patienter og pårørende.

Afdelingen etablerede en fast struktur, hvor de systematisk interviewede indlagte patienter og deres pårørende, og dermed fik deres oplevelse af at være indlagt og ideer til forbedring af sikkerheden, samt bruge deres perspektiv på at skabe læring blandt medarbejderne via feedback.

Der blev afholdt strukturerede samtalerunder med patienterne hver 3. uge på hvert sengeafsnit. Der blev afsat 4 timer per afsnit til samtaler med patienter og deres pårørende, hvor interviewer talte med én patient ad gangen.

Afdelingen har monitoreret indsatserne ved at følge indrapporteringer af UTH og ved PLUS målinger af patientsikkerhedskulturen. Baselinemålingen foregik i december 2018 og blev gentaget i forbindelse med den regionale PLUS måling i marts 2019.



**Figur 4** Model over medarbejderdrevet patientsikkerhedsarbejde tæt på patient og pårørende

Implementering er foregået i mono- og tværfaglige teams, som består af sygeplejersker, læger, terapeuter, neuropsykologer, logopæder og portører.

Projektet kan forefindes til inspiration her [HER](#)

## Handling 6

### Udbrede metoder til mere systematisk involvering af patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet

Patienter og pårørende er eksperter i deres egne forløb og har en indsigt i forløb på tværs af enheder, funktioner og hospitaler, som sundhedsvæsenet kan drage stor nytte af. Samtidig har tidligere patientsikkerhedsanalyser i flere tilfælde vist manglende lydhørhed over for pårørendes bekymring, som en faktor der gik igen. Der blev derfor udarbejdet handleplaner med henblik på at involvere patienter og pårørende i både det reaktive og proaktive patientsikkerhedsarbejde.

Handling 6 indeholder tre indsats, der vedrører systematisk involvering af patienter og pårørende henholdsvis ved at øge samarbejdet med patientvejlederne, sikre information til patienter og pårørende om muligheden for at rapportere UTH, involvering i analyser og information om metodiske muligheder for involvering af patienter og pårørende.

#### 6.A

*Indsats: I samarbejde med patientvejlederne at forbedre information til patienter og pårørende om muligheden for at rapportere UTH og få kontakt til afdelingsledelser via:*

- Mere tydelig information i dialog med patienten og pårørende, og i materiale der udleveres til patienter og pårørende
- Link på forsiden af regionh.dk til rapportering af UTH

Regionen nedsatte en arbejdsgruppe med patientvejledere, risikomanagere fra hospitaler, regionale risikomanagere, Center for Kommunikation samt repræsentanter fra Styrelsen for Patientsikkerhed med henblik på udvikling af generisk materiale. Region Hovedstadens Patientinddragelsesudvalg og brugerråd har været inkluderet som sparring i forhold til delprocesser.

Der er udarbejdet en regional indsats, der skal understøtte de sundhedsfaglige i at indgå i dialog med patienter og pårørende om de utilsigtede hændelser. Indsatsen er en dialogpakke bestående af en kort film og dialogkort, der kan understøtte refleksion, videndeling og styrke dialogen med patienter og pårørende om utilsigtede hændelser. Denne dialogpakke blev udsendt d. 19. september 2018 til hospitalerne i Region Hovedstaden og kan forefindes på [www.regionh.dk](http://www.regionh.dk). Det kan tilføjes, at dialogpakken til understøttelse af sundhedsfagligt personale er spredt til Region Midt.

Der er ligeledes udviklet en national film og pjece til patienter og pårørende om deres mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser. Disse er udviklet af Styrelsen for Patientsikkerhed i samarbejde med regionerne og kan forefindes på [www.regionh.dk](http://www.regionh.dk)

Rapporteringsskema for UTH og adgangen hertil for patienter og pårørende er desuden revideret, så det er blevet mere brugervenligt.

Rapporteringer af UTH fra patienter og pårørende er let stigende til 3,42 % i 2019 i regionen, hvor det nationalt ligger på 1,75 % i 2019.

## 6.B

*Indsats: Ved kerneårsagsanalyser skal der systematisk tages stilling til, om og hvordan patienter og/eller pårørende involveres. Det kan enten foregå via interview eller kommentering af handleplaner. Vurderes det, at patienter og/eller pårørende ikke skal eller bør involveres, skal der argumenteres herfor i analyserapporten. (tekst revideret marts 2019)*

Alle hospitaler og virksomheder har lokalt iværksat initiativer i forhold til forskellige metoder, der kan anvendes til at involvere patienter og pårørende. De gode initiativer er tidligere delt med Forum for Kvalitet, kvalitetschefskredsen og i risikomanagernetværket og kan findes [HER](#)

Nye patientsikkerhedskoordinatorer undervises i vigtigheden af involvering af patienter og pårørende på kursus for nye patientsikkerhedskoordinatorer. Derudover har Region Hovedstaden delt erfaringer med involvering af patienter og pårørende på Patientsikkerhedskonferencen i Nordjylland 2019, og havde også en planlagt session på IHI's internationale forum i København 2020, der desværre er udsat.

Risikomanagere, patientsikkerhedskoordinatorer og ledere kan få udvidet deres kompetencer indenfor patient og pårørende involvering ved at deltage på masterkurset i Patientsikkerhed og Læringskultur, eller ved at anmode Center for HR om at udbyde en masterclass i interviewtekniske færdigheder ved patient og pårørende involvering.

## 6.C

*Indsats: Afdækning af muligheder for involvering af pårørende i patientsikkerhedsarbejdet fx deltagelse i analyser, patientsikkerhedsrunder og staff meetings, som efterfølgende kan testes i forbedringsprojekt på et hospital.*

Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA) har i samarbejde med de fem regioner udarbejdet Patientinddragelsesguiden, hvor der forefindes inspiration til metoder, trin-for-trin guides og videoer om organisatorisk patientinddragelse <https://www.regionh.dk/patient-inddragelsesguiden/Sider/default.aspx>

Et eksempel på anvendelse af guiden er at Center for Sundhed på regionalt niveau har anvendt metoden "Workshop" i forbindelse med et projekt om patientsikkerhed og overbeholdning. Her deltog i alt tre patientrepræsentanter fra 3 forskellige hospitaler i Region Hovedstaden sammen med ca. 30 medarbejdere i en workshop om udfordringer og løsninger

på området for patientsikkerhed ved overbelægning. Tilbagemeldinger fra både patientrepræsentanter og medarbejdere var, at det tilførte en stor værdi til arbejdet at have repræsentanterne med.

Det bør overvejes, hvorvidt Region Hovedstaden skal implementere en årlig fokusuge om involvering af patienter og pårørende i arbejdet med patientsikkerhed. Dette både i forhold til at fastholde og øge antallet af rapporterede utilsigtede hændelser fra patienter og pårørende samt at øge fokus på involvering af patienter og pårørende i såvel de enkelte forløb samt på et organisatorisk niveau.

Denne fokusuge kan med fordel indeholde at:

- Det udarbejdede materiale til hospitalspersonale gendistribueres og genanvendes
- Videoen 'Hjælp os til at blive endnu bedre' afspilles på hospitaler og virksomheder
- Oplæg eller masterclass i pågældende uge til PSK'ere, risikomanagere og ledere omkring involvering af patienter og pårørende i patientsikkerhedsanalyser og på et mere organisatorisk niveau med inspiration fra KOPA's materiale i Patientinddragelsesguiden.

## Handling 7

**Udvikle nyt analysekoncept med hurtigere reaktion på alvorlige UTH, stærke handlingsplaner, implementeringsredskaber samt idekatalog til spredning af læring**

Handling 7 består af tre indsatser, der vedrører udvikling af et nyt analysekoncept indeholdende hurtigere reaktion, stærke handlingsplaner, implementeringsovervejelser og ideer til spredning.

Analysekonceptet er udviklet og beskrevet i en procesbeskrivelse for analyse af alvorlige utilsigtede hændelser, som er udarbejdet af risikomanagere fra hospitaler, regionale risikomanagere og en pårørende repræsentant, der har deltaget i analysen om læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet, og som har faglig viden og erfaringer med risikoanalyser.

### 7.A

*Indsats: Udvikle nyt analysekoncept med henblik på hurtigere reaktion og bedre analyser ved alvorlige utilsigtede hændelser. Analyseprocessen skal være faseopdelt i en akut fase og en dyberegående fase.*



I Sundhedsvæsenet rapporteres der et stigende antal utilsigtede hændelser (UTH). På landsplan er knap 4 % af disse hændelser af så alvorlig karakter, at de medfører permanent skade på patienten eller død<sup>1</sup>. Når en utilsigtede hændelse i et behandlingsforløb har haft så alvorlige konsekvenser for en patient, er der pligt til at uddrage læring af hændelsen og indføre forbedringer, der kan forhindre eller minimere risiko for at gentage.

Princippet for arbejdet med alvorlige utilsigtede hændelser er:

- Hurtig reaktion på alvorlige hændelser
- Analyser der tilpasses hændelsens karakter og kompleksitet
- Inddragelse af patient og pårørende
- Stærke handlinger
- Implementering og opfølgning på handlinger
- Spredning af læring

Der er udviklet en generisk procesbeskrivelse for analyse af alvorlige utilsigtede hændelser som skal fungere som overordnet ramme for udførelse af analyser på de enkelte hospitaler og virksomheder. Denne vejledning indeholder principper for arbejdet med patient-sikkerhedskritiske situationer og alvorlige utilsigtede hændelser samt beslutningsstøttende redskaber til analysearbejdet. Målet er at sikre et fælles fundament og sprog samt et systematisk arbejde med alvorlige utilsigtede hændelser i Region Hovedstaden.

Fokusområder i det nye analysekoncept er:

- At sikre et system så ledelse og udvalgte involverede parter kan mødes hurtigt i den akutte fase og indenfor uger, hvis det beslutes at foretage en dyberegående analysen. Hospitalerne beslutter, hvilke niveauer af ledelse der skal deltage i den akutte og dyberegående fase.
- At inddrage patient og pårørende
- At styrkevurdere handlinger med henblik på at sikre, at det er stærke handlinger
- At sikre implementering og opfølgning på handlinger og spredning af læring.

Der er udviklet følgende beslutningsstøttende redskaber:

- Redskab til systematiseret risikovurdering i den akutte fase
- Dialogredskab i forhold til beslutning af om der skal foretages dyberegående analyser
- Procesbeskrivelse for dyberegående analyser
- Tjekliste til vurdering af styrken af handlinger

---

<sup>1</sup> Årsrapport fra STPS 2017 [https://stps.dk/da/udgivelser/2018/aarsberetning-om-dansk-patientsikkerhedsdatabase-2017/~/\\_media/5574018D8E6C40BF86DBCFC67232923E.ashx](https://stps.dk/da/udgivelser/2018/aarsberetning-om-dansk-patientsikkerhedsdatabase-2017/~/_media/5574018D8E6C40BF86DBCFC67232923E.ashx)

Der er udarbejdet et akut risikovurderingsskema med en matrix til vurdering af akutte patientsikkerhedskritiske situationer. Skemaet er delt med de andre regioner i regi af tovholdergrupperne for patientsikkerhed i det regionale virksomhedsområde og praksisområdet. Der arbejdes på den baggrund på at få et fælles tværregionalt risikovurderingsskema.

Procesbeskrivelsen og tilhørende dokumenter er ved at blive publiceret på VIP portalen.

## 7.B

*Indsats: Udarbejde idekatalog med ideer til spredning af læring i virksomhederne med henblik på at teste forskellige metoder for at optimere spredningen af læring.*

Denne indsats er lagt sammen med ovenstående indsats om udvikling af nyt analysekoncept, så spredningsdelen indgår som en afsluttende del af analysekonceptet.

Alle risikomanagere har endvidere været inviteret med til en national workshop om "Spredningsguiden", som er udviklet af Center for Offentlig Innovation, jf. [Spredningsguiden](#) med henblik på at kunne bruge redskabet i arbejdet med spredning på hospitalerne og i virksomhederne.

## Handling 8

### **Beskrive metodekatalog med paletten af analysemetoder såvel reaktive, proaktive og aggregerede analysemetoder og udbrede metoderne**

Handling 8 består af tre indsats, der vedrører udvikling af metodekatalog for reaktive, aggregerede og proaktive metoder, som uddybes nedenfor.

Der har været nedsat en arbejdsgruppe til udvikling af henholdsvis metodekatalog og interaktive læringssæt for metoderne. Arbejdsgruppen har bestået af risikomanagere fra hospitaler, en pårørende repræsentant, kommunal risikomanager, regionale risikomanagere, chefkonsulent fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed og regionens Enhed for simulations- og læringsteknologi – RegionH E-læring.

## 8.A

*Indsats: Beskrive metodekatalog med palette af analysemetoder såvel reaktive, proaktive som aggregerede analysemetoder. Dertil udvikles metodiske læringssæt indenfor patientsikkerhedsmetodikker.*

Arbejdsgruppen har udarbejdet et metodekatalog, der indeholder beskrivelser af en række metoder til at analysere patientsikkerheden. Der er fokuseret på fire metoder: Hændelsesanalyse, kerneårsagsanalyse, FRAM analyse (Functional Resonance Analysis Method) og Fejlkildeanalyse.

Kataloget indeholder en beskrivelse af de udvalgte metoder inklusive det teoretiske fundament, som hver enkelt af metoderne hviler på. Dermed kan kataloget være en hjælp til at afgøre, hvornår én metode med fordel kan vælges frem for en anden, afhængigt af problemstillingens karakter.

Metodekataloget blev publiceret d. 29. marts 2019 på Danske Selskab for Patientsikkerheds hjemmeside [https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2019/03/metodekatalog\\_patientsikkerhed\\_2019.pdf](https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2019/03/metodekatalog_patientsikkerhed_2019.pdf) samt på Region H's hjemmeside. <https://www.regionh.dk/til-fag-folk/Sundhed/kvalitet/Patientsikkerhed/Sider/default.aspx>

Detaljer om, hvordan man anvender og tilpasser metoderne til lokal praksis, kan findes i tilhørende interaktive læringssæt, som er under udarbejdelse. Formålet med kataloget og de tilhørende læringssæt er også at støtte op om et fælles sprog og ensartet metodevalg i patientsikkerhedsarbejdet.

Formatet på de interaktive læringssæt er under udvikling og er ved at blive udarbejdet i samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed og RegionH E-læring. Drejebøger til materialet er skrevet og produktionen er påbegyndt. Prototypen testes løbende af udvalgte grupper og tilpasses. Der er god feedback på de foreløbige test, og der er allerede efterspørgsel på læringssættene fra andre regioner.

Det bliver udarbejdet læringssæt til de beskrevne fire analysemetoder i kataloget samt til aggregeret kerneårsagsanalyse. Der udvikles ét læringssæt ad gangen. For at pilotteste formatet vil hændelsesanalysen være udgangspunkt for første læringssæt, idet arbejdsgruppen vurderer, at det er den metode, der oftest benyttes.

Første læringssæt skulle efter planen have været færdig til april 2020, hvor prototype skulle have været præsenteret på The International Forum of Quality and Patient Safety Conference. Men på grund af Corona pandemi er det ikke muligt at få interview med klinikken eller kvalitetssikring i form af små afprøvninger undervejs. Deadline for de samlede læringssæt er derfor rykket til efterår 2020.

RegionH E-læring er projektleder på læringssættene og er ansvarlige for færdigudvikling af de interaktive læringssæt.

## **8.B**

*Indsats: Udbrede metoder til at arbejde aggregeret med utilsigtede hændelser, herunder en præcisering af, hvornår der med fordel kan gennemføres en aggregeret analyse.*

I metodekataloget (8.A) er beskrevet, hvilke af analysemetoderne der egner sig til at arbejde med aggregeret data. Der er endvidere ved at blive udarbejdet et interaktivt læringssæt til aggregerede analyser.

## 8.C

*Indsats: Relancere proaktive metoder inden for patientsikkerhedsarbejdet.*

Metodekataloget indeholder to proaktive analysemetodikker: FRAM og Fejlkildeanalyse.

Flere proaktive metoder er ligeledes indeholdt i inspirationsmaterialet for ledelser jf. handling 1.B eksempelvis: Patientsikkerhedsrunder, Patientsikkerhedsbriefinger, Morbidity and mortality konference, som er lanceret i maj 2019. <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/kvalitet/Patientsikkerhed/Sider/default.aspx>

### Handling 9

#### **Udvikle model til læring af klage- og erstatningssager hvor adskillelsen af det sanktionerende og lærende system fastholdes**

Regionerne er lovmæssigt forpligtet til at uddrage læring af såvel utilsigtede hændelser samt klage- og erstatningssager. Patienterstatningens database og Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) kan bruges til at identificere mønstre og tendenser og på den måde understøtte læring på aggregeret niveau. Der er ikke et tilsvarende redskab til klassifikation af klagesager. Denne læring sker primært lokalt på hospitalerne baseret på den enkelte sag. Der har længe været en efterspørgsel blandt klinikere, ledelser og politikere om at arbejde mere struktureret med læring efter afgørelser i klage- og erstatningssager.

Region Hovedstaden besluttede derfor i forbindelse med læringskulturanalysen at øge indsatsen for læring af patienterstatnings- og klagesager.

#### **Læring af Patienterstatningssager**

Region Hovedstaden har afprøvet en model for læring af erstatningssager bygget op om trigger 2, der er evalueret efter et år. På baggrund af test og tilbagemeldinger fra hospitalerne er modellen sat i bero i dens nuværende form, da den var meget ressourcekrævende for hospitalerne. Der er i stedet valgt konkret at agere på sager, der måtte udløses i trigger 2 systemet. Trigger 2 indgår aktuelt som datagrundlag i det regionale patientsikkerhedsarbejde på linje med øvrige datakilder.

Center for Sundhed er i tæt kontakt med Patienterstatningen om muligheder for at arbejde med temaer fra patienterstatningssagerne. Data er allerede brugt i flere tilfælde til at afdekke problemområder, der er fremkommet af utilsigtede hændelser.

## Læring fra Klagesager

Da der ikke er et klassifikationssystem for klagesager, går den indledende indsats ud på at udvikle et klassifikationssystem for klagesagerne.

Det vil koste ressourcer at skulle drage systematisk læring fra klage- og erstatningssager på både lokalt og regionalt niveau, men der arbejdes på at finde en model, der kan løftes nationalt så omkostningsniveauet holdes så lavt som muligt.

I Enhed for Patientsikkerhed og Patientjura foregår et udviklingsarbejde, hvor en uddannelseslæge er i gang med at udvikle en database og klassifikationsmodel for klagesager med henblik på at kunne udlede mønstre og temaer. Det er hensigten, at mønstre og temaer fra klagesagerne kan bruges på lige fod med andre datakilder og sammenholdes med temaer fra UTH og erstatningssager

Modellen udarbejdes i samarbejde med klinikere, regionale risikomanagere, jurister og med sparring fra Patienterstatningen, Styrelsen for Klagesager og Styrelsen for Patientsikkerhed. Uddannelseslægen klassificerer løbende alle klagesager med kritik efter kendt klassifikation fra UTH og erstatningssystemet. For nuværende er 200 klagesager klassificeret fra 2019 og frem.

Via et mindre forskningsprojekt vil man i foråret 2020 forsøge at afdække, om data fra klagesager bidrager med en anden type viden om mønstre og tendenser end de utilsigtede hændelser. Mønstre og tendenser på tværs af alle datakilderne kan således indgå i arbejdet med at skabe læring, der kan bruges i forbedringsarbejdet med at øge patientsikkerheden lokalt, regionalt og tværregionalt.

De tværregionale tovholdergrupper for patientsikkerhed følger dette arbejde med henblik på om klassifikationsmodellen og databasen kan spredes til alle regionerne.

Dette arbejdes koordineres med udviklingsprojekt vedr. relationsdatabasen i Abdominal Center på Bispebjerg og Frederiksberg hospitaler, som beskrevet ovenfor i handling 5.

## Perspektivering

Der er skabt mange gode indsatser og succeser med det store arbejde med læringskulturen igennem de seneste to år. Dette takket være en kæmpe indsats fra hospitaler, virksomheder, vores pårørende repræsentant og koncerntre, der har arbejdet godt og konstruktivt sammen om implementering af indsatserne:

Der har været tydeligt ledelsesfokus fra direktioner, afdelingsledelser og kvalitetschefer og der er været et rigtig godt samarbejde med risikomanagere og kvalitetschefkreds.

Risikomanagerne har løftet en stor opgave i arbejdsgrupperne og har kvalificeret indsatserne og understøttet implementeringen, hvilket har været uvurderligt.

Regionsrådets opbakning og bevilling af midler til den styrkede indsats for patientsikkerhedsområdet har betydet, at det har været muligt at etablere masterkurser i samarbejde med Københavns Universitet med henblik på at understøtte et ensartet kompetenceniveau indenfor patientsikkerhed og læringakultur samt mulighed for at udbyde masterclasses for hospitaler og virksomheder ud fra deres individuelle behov.

Der har ligeledes været et godt samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Styrelsen for Patientsikkerhed i flere af indsatserne. Formidling af analysen til Fagligt Forum i Styrelsen for Patientsikkerhed og i tværregionale fora har været med til at sætte patientsikkerheden højere på dagsordenen tværregionalt og understøttet et tættere samarbejde på patientsikkerhedsområdet. Det har medført at indsatser fra analysen har været med til at danne grundlag for nogle anbefalinger i ny tværregional model for styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet.

Arbejdet med patientsikkerhedskultur har ligeledes talt ind i en international dagsorden, hvor det har været interessant at dele viden og erfaringer med OECD.

Indsatsernes fortsatte succes afhænger af ledelsesinvolvering – at ledelserne baner vejen, bakker op og bidrager i såvel det indledende udviklingsarbejde som i fastholdelsen af indsatserne. Ledelserne er kulturbærere og sætter retningen med patientsikkerhedsorganisationen som stærk sparringspartner.

Med læringskulturanalysen har regionen haft et stærkt fokus på handling i forhold til at øge patientsikkerheden i Region Hovedstaden hvilket ses i mangeartede udviklingstiltag på hospitalerne. Med arbejdet er fulgt en tiltagende erkendelse af behovet for forskning og viden om, hvad der virker, hvor, hvordan og hvorfor. Det er væsentligt at se på, hvordan eksisterende viden implementeres, og hvordan selve implementeringsprocessen kan optimeres i forhold til forskellige professionelle og organisatoriske kulturer. Der er behov for praksisnær, brugerinvolverende og anvendelsesorienteret forskning.

Der arbejdes derfor henimod en mulighed for at ansætte en Ph.d.-studerende, der går på tværs af regionens forskningsmiljø (CAMES) og driftsmiljø (EPP), som kan forske i effekten af de udviklingstiltag patientsikkerhedsarbejdet igangsætter, herunder de indsatser som læringskulturanalysen har iværksat.