

**Analyse af læringskultur,
roller og ansvar i
patientsikkerheds-
arbejdet
Region Hovedstaden**

2017

Indhold

Indhold.....	2
Resume	3
Indledning og formål	5
Metode.....	7
Analysegrundlag.....	9
Analyse.....	11
Driver diagram med overblik over analyseresultater.....	14
Handlinger	16
Implementeringsplan	28
Opfølgning.....	29
Bilagsliste	30
Litteraturliste og vejledninger	31

Resume

En god og anerkendende læringskultur er en forudsætning for at kunne skabe forbedringer for patientsikkerheden. Hver enkelt utilsigtet hændelse (UTH) repræsenterer en problemstilling, som sundhedspersonale eller patienter og pårørende har oplevet som risiko for patientsikkerheden.

Region Hovedstaden har de seneste år oplevet ulykkelige dødsfald grundet meningitis. Det har blandt andet ført til, at der i Region Hovedstaden har været en generel drøftelse af læringskulturen og håndteringen af utilsigtede hændelser. I den forbindelse ønskede Region Hovedstadens forretningsudvalg, at der blev set på risikomanagerens rolle i patientsikkerhedsarbejdet. På baggrund af dette blev denne tværgående analyse af læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet udarbejdet.

Der blev nedsat et analyseteam ledet af koncerndirektør Svend Hartling. Teamet var bredt sammensat med deltagelse fra alle hospitalerne inkl. Psykiatrien, Den Præhospitale Virksomhed, Den Sociale Virksomhed, Center for HR/CAMES, administrationen, pårørende samt ekstern konsulent fra Implement.

Formålet med analysen er, at øge patientsikkerheden gennem forbedring af læringskulturen. Nærmere bestemt skal analysen undersøge, hvordan man kan bidrage til en forbedret patientsikkerhed gennem:

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

Overordnet er der fem indsatsområder i analysen:

- **Fokus på ledelse og anerkendende læringskultur**

Der skal være større ledelsesinvolvering i arbejdet med utilsigtede hændelser, så denne del af patientsikkerhedsarbejdet kommer helt ind i kernen af ledelsen. Ledelsesbevågenhed på patientsikkerhedsarbejdet og en anerkendende læringskultur er en grundlæggende forudsætning for at opnå forbedringer af patientsikkerheden. Der skal udvikles indikatorer for måling af læringskulturen.

- **Kompetenceudvikling, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet**

Der skal udvikles en uddannelse for risikomanagere. Endvidere vil der være fokus på patientsikkerhed i lederuddannelsesprogrammer i regionen, så lederne i højere grad bliver klædt på til deres rolle i patientsikkerhedsarbejdet. Roller og ansvar skal ligeledes være tydelige.

- **Medarbejderdrevet patientsikkerhed**

Patientsikkerhedsarbejdet skal integreres tæt på patienten ved anvendelse af medarbejdere, patienter og pårørendes løbende opmærksomhed, bekymringer

og ideer i forhold til patientsikkerhed. På den måde fremmes en bottom up tilgang i patientsikkerhedsarbejdet.

- **Involvering af patienter og pårørende**

Der skal være en større systematik i involvering af og samarbejdet med patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet. Patienter og pårørende skal ligeledes involveres i det proaktive arbejde med patientsikkerhed.

- **Højere kvalitet og nytænkning af analysemetoder og modeller**

Arbejdet med utilsigtede hændelser skal styrkes ved at gennemføre analyserne hurtigere, have en bredere palette af analysemetoder og ved at sikre udarbejdelse af stærke handlingsplaner. Endvidere skal der sikres de rette redskaber til at implementere handlingsplanerne, og at den læring der opnås efter en utilsigtet hændelse spredes. Der skal ligeledes fokus på at arbejde mere forebyggende med patientsikkerhedsarbejdet gennem anvendelsen af proaktive metoder.

Analyseteamet identificerede de fem ovenstående indsatsområder, der skal bidrage til at øge patientsikkerheden. På baggrund af indsatsområderne, er der udarbejdet ni handlinger med en række konkrete indsatser. 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 i samarbejde med patienter og pårørende
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

Implementering af handlingerne igangsættes fra første kvartal 2018, og handlingerne monitoreres overordnet via måling af læringskulturen. Fremdrift af handlingerne er forankret i Region Hovedstadens Forum for Kvalitet og følges på koncernledelsesmøder 6, 9, 12 og 24 måneder efter rapporten er godkendt. Det vil være Forum for Kvalitet, der fremlægger status på handlingerne på koncernledelsesmøderne.

Indledning og formål

For at kunne skabe forbedringer af patientsikkerheden forudsætter det en cirkulær proces med en anerkendende og analyserende læringskultur, stærke handlingsplaner, at forbedringer bliver indført samt at der er draget læring af de utilsigtede hændelser, og at denne læring bliver spredt.

Hver enkelt utilsigtet hændelse repræsenterer en problemstilling, som sundhedspersonale eller patienter og pårørende har oplevet som risiko for patientsikkerheden. Ifølge Sundhedsloven er sundhedsfaglige personer forpligtede til at rapportere, og regionerne er forpligtede til at modtage og drage læring af utilsigtede hændelser.

Region Hovedstaden har de seneste år oplevet ulykkelige dødsfald grundet meningitis. Det har bevirket, at der blev iværksat en tværgående analyse i foråret 2017 - ”Tværgående analyse af diagnosticering af meningitis og meningokoksygdom”. Denne analyse identificerede eksempler på uhensigtsmæssig kultur om læring af fejl, som krævede nærmere afdækning. Endvidere har der været en generel drøftelse af læringskulturen og håndteringen af utilsigtede hændelser i Region Hovedstadens forretningsudvalg, som i den forbindelse ønskede, at der blev set på risikomanagerens rolle i patientsikkerhedsarbejdet.

På baggrund af dette besluttede koncerndledelsen at etablere en ny analyse med det formål at forbedre læringskulturen herunder inddrage risikomanagerens rolle.

I analysen blev det tydeligt, at fokus ikke alene skulle være på risikomanagerens rolle, men generelt på roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet. Analysen blev derfor udvidet til at omhandle læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet.

Formålet med analysen er, at øge patientsikkerheden gennem forbedring af læringskulturen. Nærmere bestemt skal analysen undersøge, hvordan man kan bidrage til en forbedret patientsikkerhed gennem:

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

En læringskultur¹ er kendetegnet ved:

- at man står ved og tager ansvar for fejl
- at man er åben overfor forandring, og at man altid kan blive klogere og dygtigere
- at man har en åben og ærlig kommunikation med konstruktiv feedback og kritik
- at man analyserer, hvad der har forårsaget eller bidraget til fejlen og forsøger at forstå, hvorfor fejlen er sket.
- at man forsøger at finde en løsning, som forhindrer at fejlen kan opstå igen

¹ <http://www.vis.dk/indlaeg/kvalitetsudvikling/l-ringskultur-er-en-foruds-tning-kvalitetsudvikling>

- at man lærer af sine fejl, så man ikke begår den samme fejl igen og igen.

Læringskulturen understøtter således patientsikkerhedsarbejdet.

Patientsikkerhed forbedres ved at anerkende, at behandlingen af patienter indgår i et komplekst system, hvor samarbejde og forståelse af risici er centrale elementer. Det er derfor vigtigt, at have fokus på et samspil af løsninger og samarbejde mellem ledere, medarbejdere, patienter og pårørende.

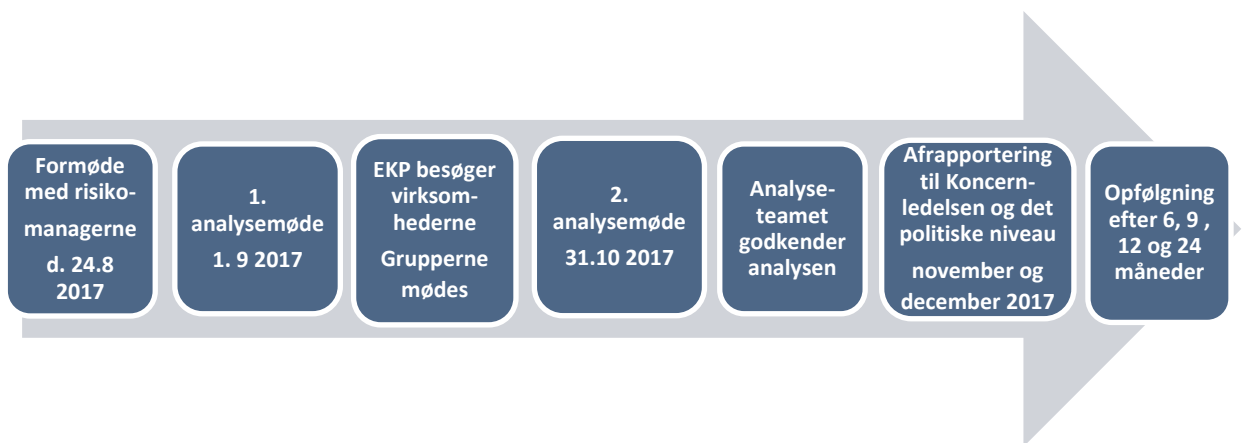
Virksomhederne i Region Hovedstaden har fokus på arbejdet med patientsikkerhed, og der er ligeledes mange initiativer i afdelingerne, som løfter arbejdet med patientsikkerheden. Men det kan blive bedre og mere systematisk med spredning af initiativer og forbedringer. Analyseteamet vil derfor undersøge, hvilke indsatsområder der kan gøre patientsikkerhedsarbejdet bedre.

Kommissoriet for analysen indehold følgende opgaver:

- analysere fordele og ulemper ved nuværende organisering af patientsikkerhedsarbejdet herunder risikomanagerens rolle
- drøfte hvordan vi udvikler og fastholder en god kultur for håndtering og læring af utilsigtede hændelser
- drøfte hvilke kompetencer vi ønsker i forhold til patientsikkerhedsarbejdet i organisationen
- stille forslag til forbedringer af kultur, organisation og risikomanagerens kompetencer, som vil øge patientsikkerheden
- stille forslag til monitorering af implementering og effekt af handlingsplaner fremkommet af analysen

Metode

Denne analyse blev gennemført med empiri fra formøder med risikomanagerne, oplæg, litteratur, virksomhedsbesøg, analysemøder og gruppearbejde mellem analysemøderne.



Figur 1 Analyseprocessen - Analysen forløb fra september til slutningen af oktober 2017.

Første analysemøde blev indledt med teammedlemmernes forventninger til analysen. Herefter var der oplæg om udvikling i læringskultur, organisering og forskellige roller indenfor patientsikkerhedsområdet, læringskultur fra et ledelses perspektiv og læringskultur fra et pårørende perspektiv med refleksioner i plenum efter hvert oplæg. Med afsæt i oplæg, refleksioner og fokusområderne kultur, organisation, ledelse og kompetencer arbejdede analyseteamet videre i mindre grupper med at drøfte udfordringer og indsatser indenfor patientsikkerhedsområdet. Efter mødet blev dette samlet i et katalog over indsatsområder. Analyseteamet blev inddelt i arbejdsgrupper, som mellem analysemøderne udarbejdede forslag til handlinger under de identificerede indsatsområder. På andet analysemøde blev handlingerne kvalificeret og prioriteret.

Region Hovedstadens Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed var mellem analysemøderne på besøg i regionens virksomheder for at tale med kvalitetsorganisationerne herunder kvalitetschefen og risikomanagere om samarbejdet om patientsikkerhed internt i virksomhederne og med den regionale enhed. Derved blev der indhentet input til analysen fra samtlige dele af regionens virksomheder.

Analyseteam

Analyseteamet er udpeget og ledet af koncerndirektør Svend Hartling og Center for Sundhed. Det er sammensat af ledere på flere niveauer, kvalitetschefer, risikomanagere, klinikere, pårørende, Center for HR og en ekstern repræsentant fra Implement, som deltager med en rådgivende rolle i forhold til implementering af forbedringstiltag i sundhedsvæsenet. En del af medlemmerne fra analyseteamet fra den tværgående analyse af diagnosticering af meningitis og meningokoksygdom er med, så læring fra denne analyse kan inddrages i arbejdet med læringskulturen.

Det er endvidere sikret, at alle hospitaler i Region Hovedstaden, Psykiatrien, Den Præhospitale Virksomhed og Den Sociale Virksomhed er repræsenteret.

Analyseteamet er sammensat bredt for at belyse emnet fra så mange vinkler som muligt og sikre, at analysens handlinger kan integreres i regionens organisation efterfølgende.

Deltagere i analysen er:

- Koncerndirektør (Formand)
- Hospitalsdirektør og formand for Forum for Kvalitet
- Regional kvalitetschef
- Seks vicedirektører
- Centerdirektør
- Klinikchef
- Ledende overlæge
- To ledende oversygeplejersker
- Udviklingssygeplejerske
- Reservelæge
- En pårørende
- Tre kvalitetschefer
- Risikomanager
- Sektionschef fra Center for HR
- Enhedschef fra CAMES, Center for HR
- Konsulent fra Implement
- To regionale risikomanagere
- Regional konsulent

Analysegrundlag

Grundlaget for analysen er international litteratur om patientsikkerhedsarbejde, erfaringer fra organisering af patientsikkerhedsarbejdet i Region Hovedstaden, samt viden opnået i ”Tværgående analyse af diagnosticering af meningitis og meningokoksygdom”.

Analysens teoretiske grundlag:

Analyseteamet fik udleveret et udsnit af nyeste international litteratur om patientsikkerhed til inspiration:

- *A framework for Safe, Reliable and Effective Care (Frankel et al., 2017)*

Institute for Healthcare Improvement (IHI) har udviklet et koncept for et sikkert, pålideligt og effektivt sundhedssystem. Konceptet består af to domæner hhv. kultur og et lærende system, hvor ledelse er en komponent, der går på tværs af de to domæner. Kultur er her et produkt af individets og gruppes værdier, holdninger, kompetencer og adfærd, som former et stærk fundament, hvorpå der kan bygges et læringssystem. Et læringssystem er karakteriseret ved dets evne til at reflektere over sig selv og identificere styrker og svagheder både her og nu samt retrospektivt.

- *The problem with root cause analysis (Peerally et al., 2016)*

Kerneårsagsanalysen er en teknik til undersøgelse af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet lånt fra andre højrisiko industrier, men den har ifølge forfatterne ikke formået helt at leve op til forventningerne. Nogle af udfordringerne ved kerneårsagsanalysen er at selve navnet antyder, at der kan findes én årsag, at der er dårligt fungerende feedback loops og manglende læring på tværs af hændelser. Ved analyser af hændelser bør man derfor sikre, at de der udfører dem, har specialist kompetencer, at involvering af patienter og pårørende i undersøgelsen prioriteres, samt at implementering og evaluering af handlingsplaner bliver mere synlige i processen ved en kerneårsagsanalyse. For at maksimere effekten af læring skal læring på baggrund af hændelser, beskrivelse af implementerede handlingsplaner og deres effekt deles inden for og på tværs af organisationer.

- *Leading a culture of safety: A blueprint for success (Kaplan et al., 2017)*

Evidensbaseret koncept for ledere med redskaber og strategier til at skabe en sikkerhedskultur i sundhedsvæsenet i praksis. Den indeholder seks punkter, som ledere kan arbejde med for at udvikle og opretholde en sikkerhedskultur i organisationen. For eksempel at ledelsen skal opbygge tillid, vise respekt og fremskønne inklusion af medarbejdere samt patienter og pårørende, at den øverste ledelse skal være involveret i sikkerhedsarbejdet, samt at ledere er ansvarlige for at etablere et sikkerhedsmindset hos alle klinikere og medarbejdere.

- *The economics of patient safety (Slawomirski et al. 2017)*

OECD har udsendt en rapport om de økonomiske aspekter af patientsikkerhed. Konklusionen fra rapporten er:

Patientskade som følge af behandling er den 14. hyppigste årsag til 'sygdom' i det samlede globale sygdoms mønster. Blandt OECD landene udgør udgifterne som følge af patientskade 15% af de samlede hospitalsomkostninger. De fleste patientskader kan reduceres eller elimineres gennem systematiske forbedringer. Blandt de vigtigste forudsætninger for at opnå dette er udvikling og fastholdelse af positiv "Patientsikkerhedskultur". Ledelsernes involvering og visioner er grundstenene herfor.

- *Complexity Science in Healthcare (Braithwaite et al., 2017)*

Kompleksitetsteori viser, at sundhedssystemer ikke er lineære men komplekse systemer, der består af grupper af interagerende aktører, hvis interaktioner, aktiviteter her og nu samt over tid ændrer konteksten, udbyttet og adfærden både for andre og dem selv. Da sundhedssystemer i fremtiden vil blive mere og mere komplekse systemer, kan der være brug for at lære at anvende kompleksitetsteorier, når problemer skal løses fremfor at fortsætte med en mere traditionel lineær tilgang, som man tidligere har gjort.

- *Safer Healthcare –Strategies for the real world (Vincent og Amalberti, 2016)*

Bogen består af en samling af strategier for patientsikkerhed, hvor forskellige måder at arbejde med risikofaktorer og sikkerhed sættes ind i en bred ramme. Patientsikkerhed skal dog ikke tilgås på samme måde i forskellige kontekster. Patientsikkerhed skal derimod ses gennem patientens øjne for at vurdere, hvordan sikkerheden styres i forskellige kontekster, om det er på et hospital, i almen praksis eller i behandling i patientens hjem. Risikofaktorer og fordele ved behandlingen kortlægges i patientens vej gennem sundhedsvæsenet. Der skal være fokus på patienten og pårørende i analyse og anbefalinger. I fremtidens sundhedsvæsen, hvor mere og mere behandling foregår i patientens hjem, er der brug for en vision for patientsikkerhed med fokus på patienten og dennes omgivelser mere end på professionelle og hospitalers omgivelser.

Analysens empiriske grundlag består af:

- Tværgående analyse af diagnosticering af meningitis og meningokoksygdom
- Formøde med risikomanagerne fra virksomhederne (Bilag 2)
- Analyseteamets viden og erfaringer
- Oplæg ved første møde i analyseteamet
- Besøg i virksomhedernes kvalitetsorganisationer (Bilag 3)

Analyse

Med afsæt i det teoretiske og empiriske grundlag har analyseteamet ved gruppearbejde på første møde identificeret følgende indsatsområder:

- Ensartet god og anerkendende patientsikkerhedskultur
- Patientsikkerhed højere på dagsordenen ved større ledelsesprioritering
- Afklaring af roller og ansvar i forhold til patientsikkerhedsarbejdet
- Øgede kompetencer på patientsikkerhedsområdet
- Medarbejderdrevet patientsikkerhed
- Større involvering af patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet
- Nytænkning af analyser samt spredning af læring
- Højere kvalitet af analyser og større fokus på det proaktive patientsikkerhedsarbejde
- Systematisk læring af klage- og erstatningssager

Disse blev samlet i nedenstående fem indsatsområder.

1. Fokus på ledelse og anerkendende læringskultur

Analysen har understreget vigtigheden af, at ledelsen tager ansvar for at sikre, at der er en god og anerkendende læringskultur, der kan fremme arbejdet med patientsikkerhed. Ledelsen har ansvaret for konkret at sikre, at der bliver taget hånd om utilsigtede hændelser, og fulgt op på de tiltag, der er sat i værk for at forebygge at en lignende utilsigtet hændelse gentages. Endvidere har ledelserne ansvaret for at være på forkant med proaktive metoder og forebygge, at der sker utilsigtede hændelser.

Læring er kulturelt dybt integreret i det sundhedsfaglige arbejde. I det daglige arbejde, sker der læring i mange situationer. Ledelsen er kulturbærer, og der er behov for, at der fra den øverste ledelse og ned igennem organisationen sættes fokus på læring for at understøtte den lærende kultur.

Det fremmer en åben, tillidsfuld og lærende kultur, når ledere går foran f.eks. ved at fortælle om egne erfaringer og fejl. Endvidere bør lederne være nysgerrige og indhente medarbejdernes oplevelser af de utilsigtede hændelser og deres forslag til handlinger. Derved sikres en anerkendende kultur, hvor medarbejderne oplever, at det er værdsat at tale om fejl. Der kan være behov for inspiration til, hvordan man som ledelse kan tydeliggøre den anerkendende læringskultur i handling. Det er ligeledes nødvendigt med et redskab til at kunne monitorere læringskulturen for at følge udviklingen og kunne sætte ind med forbedringer.

Ledelsesmæssigt er patientsikkerhed et højt prioriteret område, men området er kommet i konkurrence med mange andre områder hos den øverste ledelse. Der er derfor behov for at få patientsikkerhed højere på dagsordenen i alle ledelseslag.

2. Kompetenceudvikling, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet

Det er ledelsen, der har ansvaret for patientsikkerhedsarbejdet, med kvalitetsorganisationen og risikomanagerne som stærke sparringspartnere. Lederne kan hente viden, sparring og facilitering af analyser fra risikomanagerne. Risikomanageren skal derfor være klædt på til opgaven og have råderum til at løse opgaven. En forudsætning for dette er, at der er en funktionsbeskrivelse for risikomanagerfunktionen, samt at patientsikkerhed skal være risikomanagerens kerneopgave. Der ønskes derfor udarbejdet en generisk funktionsbeskrivelse for risikomanagerfunktionen.

Analyseteamet har identificeret, at risikomanagerne har brug for kompetenceudvikling for at kunne honorere ovenstående funktioner i en nuværende kontekst, og det er derfor nødvendigt, at der udvikles en ny uddannelse til kompetenceudvikling af risikomanagere. Uddannelsen skal kunne rumme kompleksiteten i sundhedsvæsenet og den teknologiske udvikling. Det er vigtigt, at en ny uddannelse af risikomanagere bliver tilpasset de eksisterende og kommende udfordringer i fremtiden på patientsikkerhedsområdet f.eks., at der sker en udvikling mod korte forløb på hospitalet, at flere opgaver flyttes fra hospitaler til kommuner, og at der kommer udgående funktioner fra hospitalerne. Endvidere skal uddannelsen give kompetencer til proaktive risikovurderinger ved flytning af opgaver eller nyetablering af funktioner, opgaver eller projekter.

Virksomhederne efterspørger implementeringskompetencer, herunder viden om hvordan man skaber ændringer og viden om barrierer for at implementere handlingsplaner. Der er brug for, at der er implementeringskompetencer til stede i afdelingerne, så der kommer et øget fokus og viden om implementering i afdelingerne generelt. Virksomhederne foreslår derfor, at implementeringskompetencer skal være en del af kompetenceudviklingen både på uddannelse for risikomanager og på lederprogrammer.

Der er brug for en mere ensartet uddannelse i patientsikkerhedsarbejdet på flere niveauer. Der skal være fokus på patientsikkerhed i lederuddannelsesprogrammer i regionen, så lederne i højere grad bliver klædt på til deres rolle i patientsikkerhedsarbejdet. Endvidere skal uddannelsen for de lokale kvalitetskonsulenter/patientsikkerhedskoordinatorer matche udviklingen i patientsikkerhedsarbejdet.

3. Medarbejderdrevet patientsikkerhed

Der skal være plads til, at medarbejdere kan komme med deres opmærksomhed, bekymringer og ideer til patientsikkerhedsarbejdet. Dette med henblik på at sikre en bottom up tilgang i arbejdet med patientsikkerhed, så patientsikkerhed bliver drevet af medarbejderne tæt på patienten. Der skal være plads til og mulighed for at alle, lige fra yngste til erfarne læge og sygeplejerske, kan komme med deres bekymring og forslag til forbedringer. Der skal være incitament til og bevidsthed om, at læring i dagligdagen er prioriteret højt.

4. Involvering af patienter og pårørende

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. Flere kerneårsagsanalyser viser, at netop manglende lydhørhed overfor pårørendes bekymring er en faktor, der går igen i de konkrete hændelser. Det gælder i den tværgående analyse af diagnosticering af meningitis og meningokoksygdom, men også i en aggregeret analyse af selvmord og alvorlige selvmordsforsøg. Patienter og pårørende skal derfor involveres i både det reaktive og proaktive patientsikkerhedsarbejde. I virksomhederne i Region Hovedstaden anvendes forskellige modeller. Der er brug for, at der udbredes metoder til mere systematisk involvering af patienter og pårørende med inddragelse af specialister på området i form af Kompetencecenter for Patientoplevelser. Endvidere skal det indtænkes i de prægraduate uddannelser, hvorledes klinikerne uddannelsesmæssigt understøttes i at få involveret patienter og pårørende i samarbejdet om patientsikkerhed.

5. Højere kvalitet og nytænkning af analysemetoder og modeller

Arbejdet med utilsigtede hændelser skal styrkes ved at gennemføre analyserne hurtigere, have en bredere palette af analysemetoder og ved at sikre udarbejdelse af stærke handlingsplaner. Endvidere skal der sikres de rette redskaber til at implementere handlingsplanerne, og at den læring der opnås efter en utilsigtet hændelse spredes. Der skal ligeledes fokus på at arbejde mere forebyggende med patientsikkerhedsarbejdet gennem anvendelsen af proaktive metoder.

Det er vigtigt med muligheder for at kunne sprede læring, f.eks. direkte feedback, møder i netværk på tværs af afdelinger, på et hospital og i netværk på tværs af hospitaler. Spredning af læring skal tænkes både lokalt, regionalt og nationalt.

Der er endvidere en kilde til læring fra klage- og erstatningssager, som bør systematiseres.

Driver diagram med overblik over analyseresultater

Analyseteamet identificerede fem konkrete indsatsområder, der skal bidrage til at øge patientsikkerheden. Inden for indsatsområderne er der udarbejdet ni handlinger med en række konkrete indsatser.

DRIVERDIAGRAM -Læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet

Mål	Fokusområder	Indsatsområder	Handlinger
<p>ØGE PATIENTSIKKERHEDEN VED AT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • OPNÅ BEDST MULIG LÆRING AF DE UTILSIGTEDE HÆNDELSER • ANVENDE PROAKTIVE METODER • UNDERSTØTTE SPREDNING AF LÆRING 	KULTUR	FOKUS PÅ LEDELSE OG ANDERKENDE LÆRINGSKULTUR	1. Anerkendende læringskultur og måling af læringskulturen
	ORGANISATION	KOMPETENCEUDVIKLING, ROLLER OG ANSVAR I PATIENTSIKKERHEDSARBEJDET	2. Patientsikkerhed på relevante dagsordener
	LEDELSE	MEDARBEJDERDREVET PATIENTSIKKERHED	3. Tydelige roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet
	KOMPETENCER	INVOLVERING AF PATIENTER OG PÅRØRENDE	4. Kompetenceprogram for risikomanagere, ledere og patientsikkerhedskoordinatorer
			HØJERE KVALITET OG NYTÆNKNING AF ANALYSEMETODER OG MODELLER
			6. Metoder til systematisk involvering af patienter og pårørende
			7. Analysekoncept til reaktion på alvorlige UTH og idekatalog til spredning af læring
			8. Metodekatalog med palette af analysemetoder
			9. Model til læring af klage- og erstatningssager

Figur 2 Driverdiagram – læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet

- Handling 1 - Understøtte en anerkendende læringskultur fra ledelsen samt udvikle og gennemføre måling af læringskulturen
- Handling 2– Etablere patientsikkerhed som fast punkt på relevante dagsordener med tydelig ledelsesprioritering
- Handling 3- Sikre at ledere, risikomanagere og medarbejdere har tydelige roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet
- Handling 4 – Udvikle kompetenceprogram for risikomanagere, ledere og patientsikkerhedskoordinatorer
- Handling 5 – Sikre at patientsikkerhedsarbejdet kan foregå tæt på patienten drevet af medarbejdere og patienter/ pårørende samt koble UTH og forbedringsarbejdet

- Handling 6 - Udbrede metoder til mere systematisk involvering af patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet
- Handling 7 –Udvikle nyt analysekoncept med hurtigere reaktion på alvorlige UTH, stærke handlingsplaner, implementeringsredskaber samt idekatalog til spredning af læring
- Handling 8 - Beskrive metodekatalog med palette af analysemetoder såvel reaktive, proaktive som aggregerede analysemetoder og udbrede metoderne
- Handling 9 – Udvikle model til læring af klage- og erstatningssager hvor adskillelsen af det sanktionerende og lærende system fastholdes

Alle handlinger beskrives nærmere i det følgende afsnit.

De ni 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 kan stå alene, men at synergien i at sætte ind på flere fronter gør, at målet kan opnås. Alle handlingerne skal yderligere kvalificeres, beskrives og udvikles af de ansvarlige for de enkelte handlinger i samarbejde med relevante aktører. Når de konkrete handlinger igangsættes, vil de ansvarlige få til opgave at udarbejde egentlig projektplaner. Disse planer vil indeholde konkrete aktiviteter, målpunkter og en specificering af opfølgings- og justeringsproces for de enkelte handlinger.

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

Handlinger

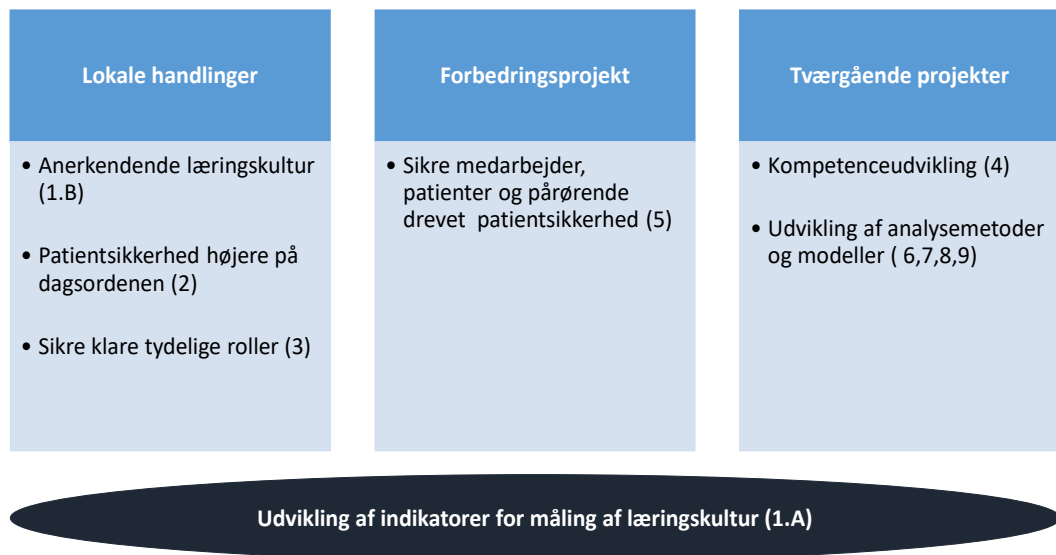
Analysens overordnede mål er at øge patientsikkerheden ved at:

- opnå bedst mulig læring af de utilsigtede hændelser
- anvende proaktive metoder
- understøtte spredning af læring

Analysen har haft fire fokusområder: kultur, organisation, ledelse og kompetencer. På baggrund af mål og fokusområder har analyseteamet identificeret fem indsatsområder og ni handlinger med en række underliggende konkrete indsatser.

Handlingerne indeholder følgende større indsatser

- Lokale handlinger i virksomhederne
- Forbedringsprojekt
- Tværgående projekter



Figur 3 Overblik over handlinger

Handling 1 –Understøtte en anerkendende læringskultur fra ledelsen samt udvikle og gennemføre måling af læringskulturen

1.A

Indsats: Udvikle indikatorer for måling af læringskultur i Region Hovedstaden. Der skal tages stilling til, om der kan tages udgangspunkt i enkelte elementer fra patientsikkerhedskulturmåling i regionen fra 2006 samt i nedenstående kendetegn for en læringskultur.

En læringskultur² er kendetegnet ved:

- at man står ved og tager ansvar for fejl
- at man er åben overfor forandring, og det at man altid kan blive klogere og dygtigere
- at man har en åben og ærlig kommunikation med konstruktiv feedback og kritik.
- at man analyserer, hvad der har forårsaget eller bidraget til fejlen og forsøger at forstå, hvorfor fejlen er sket.
- at man forsøger at finde en løsning som forhindrer at fejlen kan opstå igen.
- at man lærer af sine fejl, så man ikke begår den samme fejl igen og igen.

Ambitionsniveau: At følge udviklingen i læringskulturen, og se om indsatserne har den ønskede effekt.

Tidsfrist: Udvikling af indikatorer er klar ved udgangen af januar 2018. Baselinemåling gennemføres primo 2018 med opfølgende måling i januar 2019.

Ansvarlig: Center for HR og Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed

Monitorering: Koncernledelsen og virksomhedsdirektioner følger målingerne med henblik på evaluering af indsatserne.

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 med udgangspunkt i nedenstående tiltag og andre metoder, som allerede er i drift i afdelingerne.

Eksempler på mulige tiltag for ledelserne:

- Gå forrest med efterspørgsel af utilsigtede hændelser og dele egne utilsigtede hændelser
- Opfordre til at uhensigtsmæssige forløb og fejl bliver rapporteret som utilsigtet hændelse

² <http://www.vis.dk/indlaeg/kvalitetsudvikling/l-ringskultur-er-en-foruds-tning-kvalitetsudvikling>

- Efterspørge utilsigtede hændelser fast ved tavlemøder
- Have handlingsplaner fra analyse af utilsigtede hændelser på forbedringstavler
- Lære af afdelinger og andre hospitaler i forhold til løsning af problemområder
- Sparring af yngre læger og plejepersonale med henblik på at skabe rum til, at de kan udtrykke deres bekymring om risici for patientsikkerheden
- Have fokus på læring af nærhændelser
- Drøfte utilsigtede hændelser i tværfaglige fora og understøtte teamsamarbejdet om patientsikkerhed
- Skabe åbenhed om bekymringer i forhold til patientsikkerheden fra medarbejdere, ledere, patienter og pårørende
- Involvere patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet
- Sikre at patientsikkerhed er på introduktionsprogram af nye medarbejdere
- Gå patientsikkerhedsrunder i afdelingerne

Ambitionsniveau: Ledelserne skaber en god og anerkendende læringskultur, hvor der er åbenhed om utilsigtede hændelser for at opnå bedst mulig læring.

Tidsfrist: Ved udgangen af andet kvartal 2018 er inspirationsmaterialet udarbejdet og videregivet til direktionserne med henblik på spredning i virksomhederne.

Ansvarlig: Virksomhedsdirektionerne
 Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed forestår udarbejdelse af inspirationsmateriale i samarbejde med kvalitetsorganisationerne.

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet via måling af læringskultur.

Handling 2 –Etablere patientsikkerhed som fast punkt på relevante dagsordener med tydelig ledelsesprioritering

2.A

Indsats: Etablere patientsikkerhed som fast dagsordenepunkt 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 dagsordenepunktet.

Ambitionsniveau: Større ledelsesinvolvering i arbejdet med utilsigtede hændelser, så denne del af patientsikkerhedsarbejdet kommer helt ind i kernen af ledelsen med et kontinuerligt fokus.

Tidsfrist: Indføres i første kvartal 2018

Ansvarlig: Koncernledelsen

Monitorering: Evalueres efter et år i koncernledelsen i sammenhæng med drøftelse af resultater fra måling af læringskulturen (1.A)

2.B

Indsats: Virksomhedsledelserne 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.

Ambitionsniveau: Det er en ledelsesopgave at prioritere arbejdet med patientsikkerhed på alle ledelsesniveauer i organisationen.

Tidsfrist: Indføres i første kvartal 2018

Ansvarlig: Virksomhedsdirektioner

Monitorering: Evalueres løbende af direktionerne i egen virksomhed samt et år efter i koncernledelsen i sammenhæng med drøftelse af resultater fra måling af læringskulturen.

Handling 3 – Sikre at ledere, risikomanagere og medarbejdere har tydelige roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet

3.A

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

Ambitionsniveau: Ledelserne har ansvaret for patientsikkerhedsarbejdet og sikrer, at roller og ansvar er klart beskrevet og integreret i virksomhederne.

Tidsfrist: Igangsættes i første kvartal 2018

Ansvarlig: Virksomhedsdirektioner og linjeledelser

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet og evalueres med måling af læringskultur (1.A)

Handling 4 –Udvikle kompetenceprogram for risikomanagere, ledere og patientsikkerhedskoordinatorer

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.

Indtil uddannelsen er på plads øges fokus på sidemandsoplæring af nye risikomanagere i samarbejde mellem hospitalerne og gennem risikomanagernetværket.

Ambitionsniveau: Uddannelsen skal være på Masterniveau og være ECTS pointgivende. Alle risikomanagere skal være sundhedsfaglige. Optimalt skal en læge og en sygeplejerske dele risikomanager-funktionen på hvert hospital.

Tidsfrist: Uddannelseskoncept skal være udarbejdet inden udgangen af 2018. Etablering af uddannelsen begyndes i 2019.

Ansvarlig: Center for HR i samarbejde med kredsen af kvalitetschefer og Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet

4.B

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

Ambitionsniveau: Patientsikkerhed skal indgå i lederuddannelsesprogrammer.

Tidsfrist: Undervisningen er etableret ved udgangen af 2018

Ansvarlig: Center for HR i samarbejde med Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed.

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet.

4.C

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

Ambitionsniveau: PSK kursus skal understøtte analysens indsatsområder.

Tidsfrist: Kurset revideres i fjerde kvartal 2018 med opstart i 2019.

Ansvarlig: Center for HR og CAMES i samarbejde med Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed.

Monitorering: Evalueres efter et år i Forum for Kvalitet.

Handling 5 – Sikre at patientsikkerhedsarbejdet kan foregå tæt på patienten drevet af medarbejdere i samarbejde med patienter og pårørende

5.A

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.

Der skal udpeges et hospital, der udarbejder projektbeskrivelse. Det ønskes, at hospitalet arbejder med at udvikle en model for, hvordan der skabes mulighed for at integrere utilsigtede hændelser, bekymringer og ideer om patientsikkerheden i forbedringsarbejdet f.eks. via forbedringstavler og personlig feedback modeller.

Der kan hentes inspiration fra Psykiatrien – se bilag 4, og der skal inddrages eksperter med kompetencer i forbedringsmetoden.

Erfaringer opsamles efter pilottest, og model udbredes herefter til alle virksomheder.

Ambitionsniveau: Patientsikkerhed skal forankres tæt på patienten drevet af medarbejdere og patienter/pårørendes ideer og løftes af ledelsen.

Tidsfrist: Forbedringsprojekt påbegyndes i andet kvartal 2018, testes og udbredes herefter.

Ansvarlig: Forum for Kvalitet

Koncernledelsen udpeger hospital til pilottest

Center for HR og CAMES involveres i forhold til personlig feedback model.

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet

Evalueres et år efter ibrugtagning af ny model.

Handling 6 – Udbrede metoder til mere systematisk involvering af patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet

6.A

Indsats: I samarbejde med patientvejlederne 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

Ambitionsniveau: Det skal være tydeligt og let tilgængeligt for patienter og pårørende, at de har mulighed for at rapportere en utilsigtet hændelse.

Tidsfrist: Inden udgangen af andet kvartal 2018.

Ansvarlig: Virksomhedsdirektionerne

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet

6.B

Indsats: Ved analyser skal der systematisk tages stilling til, hvordan patienter og pårørende involveres. Det kan enten forgå via interview, deltagelse i analysen eller kommentering af handleplaner.

Dette skal fremgå i beskrivelserne af analysemetoder (handling 7 og 8) og indarbejdes i kompetenceprogrammer (handling 4)

Ambitionsniveau: Der skal være en systematik i forhold til involvering af pårørende i analyser. Patienter og pårørendes perspektiv skal altid være en del af analysen.

Tidsfrist: Indføres fra første kvartal 2018

Ansvarlig: Virksomhedsdirektionerne

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet, som drøfter erfaringerne efter et år.

6.C

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

Kompetencecenter for Patientoplevelser forestår udredningen, som forelægges Forum for Kvalitet med henblik på at udvælge forbedringsprojekt og hospital der pilottester.

Ambitionsniveau: Patienter og pårørende skal være en aktiv del af patientsikkerhedsarbejdet.

Tidsfrist: Afdækning skal være foretaget inden udgangen af andet kvartal 2018 og forelægges Forum for Kvalitet med henblik på udbredelsen til virksomhederne.

Ansvarlig: Forum for Kvalitet

Udredningen udarbejdes af Kompetencecenter for Patientoplevelser

Monitorering: Forum for Kvalitet

Handling 7 –Udvikle nyt analysekoncept med hurtigere reaktion på alvorlige UTH, stærke handlingsplaner, implementeringsredskaber samt idekatalog til spredning af læring

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.

Analyseprocessen ses derved som en mere cirkulær proces med en primær risikovurdering og hurtig analyse med spredning af læring efterfulgt af en dyberegående analyse med spredning af læring

Konceptet skal indeholde:

- Systematisering af akut fase med primær risikovurdering og analyse
- Rammerne for den dyberegående analyse, herunder
 - Valg af metode
 - Roller ved analysesemøder og hvad man skal forberede sig på inden mødet evt. indhentning af evidens.
 - Inddragelse af patient og pårørende
 - Overvejelse af om eksterne skal deltage i analyser, f.eks. en fra en anden afdeling eller et andet hospital.
 - Systematisk styrkevurdering af handlingsplaner for at sikre stærke handlingsplaner ved udarbejdelse af analysen.
 - Implementering og opfølgning på handlingsplaner.
 - Spredning af læring (Idekatalog til spredning af læring i handling 7.B) herunder sikre at vigtig læring fra analyser formidles ud i organisationen indenfor en kort tidsperiode.
- Videreudvikling af eksisterende tjekliste til ledelserne for vurdering af handlingsplaner og efterfølgende opfølgning og læringen
- Udarbejdelse af generisk flowchart over opgaver i virksomheden i forhold til analyser – med plads til placering af roller og ansvar.

Der skal nedsættes en arbejdsgruppe, der udvikler konceptet, udarbejder projektbeskrivelse og afprøver det som forbedringsprojekt på et hospital. Der skal inddrages eksperter med kompetencer i forbedringsmetoden.

Erfaringer opsamles efter pilot-test, og konceptet udbredes herefter til alle virksomheder.

Ambitionsniveau: Hurtigere og mere systematisk analyse og læring. Den første akutte risikovurdering skal foregå indenfor få dage, fra den utilsigtede hændelse er rapporteret, mens den dybdegående analyse skal være udarbejdet indenfor tre uger.

Ledelserne skal systematisk kunne vurdere og udfordre styrken af handlingsplaner og lede opfølgningen.

Tidsfrist: Udvikles i første kvartal 2018, testes andet kvartal 2018 og udbredes herefter til alle virksomheder.

Ansvarlig: Forum for Kvalitet

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed forestår nedsættelse af en mindre arbejdsgruppe med forskellige eksperter, som udarbejder et udkast til Forum for Kvalitet.

Forum for Kvalitet udpeger hospital til pilottest.

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet.

Evalueres et år efter ibrugtagning af det nye koncept.

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.

Idekataloget kan indeholde:

- Model for spredning af læring via
 - Tavlemøder
 - Staff meeting
 - Story Telling
 - Forbedringsmodellen
 - Fokuseret spredning af viden til de rette interessenter, herunder muligheder for tilbagemelding til medarbejdere om konkrete patientforløb.
 - Ugens patientsikkerhedscase: Cases skal komme fra klinikkerne og på som fast punkt på tavlemøde samt løftes op i organisationen via tavlemøder til evt. generisk læring i regionen.
 - Læringsmestre blandt læger og plejepersonale, der kan understøtte PSK'erne i at sprede læring.

Forum for Kvalitet udpeger hospital, som kan teste metoder i afdelinger.

Erfaringer opsamles efter pilottest, og udbredes herefter til alle virksomheder.

Ambitionsniveau: Det er direktionernes opgave at sprede læring til klinikere, afdelingsledelser, regionale og nationale niveauer.

Tidsfrist: Idekataloget er udarbejdet ved udgangen af andet kvartal 2018.

Ansvarlig: Forum for Kvalitet

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed forestår udvikling af idekatalog i samarbejde med kvalitets- og forbedringschefer.

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet

Evalueres et år efter ibrugtagning af idekatalog. .

Handling 8 – Beskrive metodekatalog med palette af analysemetoder såvel reaktive, proaktive og aggregerede analysemetoder og udbrede metoderne

8.A

Indsats: Beskrive metodekatalog med palette af analysemetoder såvel reaktive, proaktive som aggregerede analysemetoder. Dertil udvikle/revidere metodiske læringsæt indenfor patientsikkerhedsmetodikker evt. med involvering af eksterne parter.

På kort sigt udarbejdes en præcisering af de nuværende analysemetoder i regionen, samt hvornår hvilken metode skal benyttes.

Ambitionsniveau: Mere systematik i arbejdet med læring af hændelser.

Det skal være tydeligt, hvornår man skal anvende de forskellige analysemetoder.

Tidsfrist: Metodekatalog skal være færdigt ved udgangen af 2018

Præcisering af nuværende analysemetoder er afsluttet ved udgangen af januar 2018.

Ansvarlig: Forum for Kvalitet

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed forestår arbejdet med metodekatalog og læringsæt i samarbejde med kvalitetschefskredsen og risikomanagernetværket

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet

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.

Formålet er at arbejde med mønstre i de utilsigtede hændelser med henblik på at finde patientforløb eller overgange i patientforløb, der er risikofyldte.

Der indhentes erfaringer med aggregerede analyser af UTH fra de forskellige virksomheder.

Ambitionsniveau: Mere systematik i det aggregerede arbejde med læring af utilsigtede hændelser.

Tidsfrist: Erfaringer er samlet og udbredes til virksomhederne ved udgangen af fjerde kvartal 2018.

Ansvarlig: Forum for Kvalitet

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed forestår samling af erfaringer i samarbejde med kvalitetschefskredsen

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet

8.C

Indsats: Relancere proaktive metoder inden for patientsikkerhedsarbejdet eksempelvis:

- Patientsikkerhedsrunder
- I patientens fodspor
- Fejlkildeanalyser
- Risikoanalyser
- Spørge medarbejderne samt patienter og pårørende, hvad de oplever som patientsikkerhedsrisici, og hvad de ser af muligheder for forbedringer med systematisk opsamling i en fælles tilgængelig database.

Beskrive fordele og ulemper ved de proaktive metoder samt anbefalinger af, hvornår hvilken metode kan benyttes.

Ambitionsniveau: At være på forkant og forebygge at utilsigtede hændelser opstår.

Tidsfrist: Relancering af de proaktive metoder er gennemført ved udgangen af fjerde kvartal 2018.

Ansvarlig: Virksomhedsdirektionerne er ansvarlige for relancering.
Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed samler materiale om proaktive metoder.

Monitorering: Følges i Forum for Kvalitet

Handling 9 –Udvikle model til læring af klage- og erstatningssager hvor adskillelsen af det sanktionerende og lærende system fastholdes

9.A

Indsats: Udvikle en model til læring af klage- og erstatningssager herunder afdække, om der er eksisterende og velfungerende modeller. Det kan overvejes om modellen efterfølgende kan forankres nationalt eks. med national database over læringspunkter fra klage- og erstatningssager.

Ledelserne skal desuden opfordres til fortsat at identificere utilsigtede hændelser ved dialogmøder i forbindelse med klagesager og få de utilsigtede hændelser rapporteret.

Ambitionsniveau: Klage- og erstatningssager skal indgå som systematisk videnskilde til læring. Læring skal sikres spredt på tværs af virksomheder.

Tidsfrist: Modellen er udviklet med udgangen af 2018.

Ansvarlig: Forum for Kvalitet

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed forestår udviklingsarbejdet i samarbejde med afdelingsledelser, sundhedsjurister fra administrationen og virksomhederne.

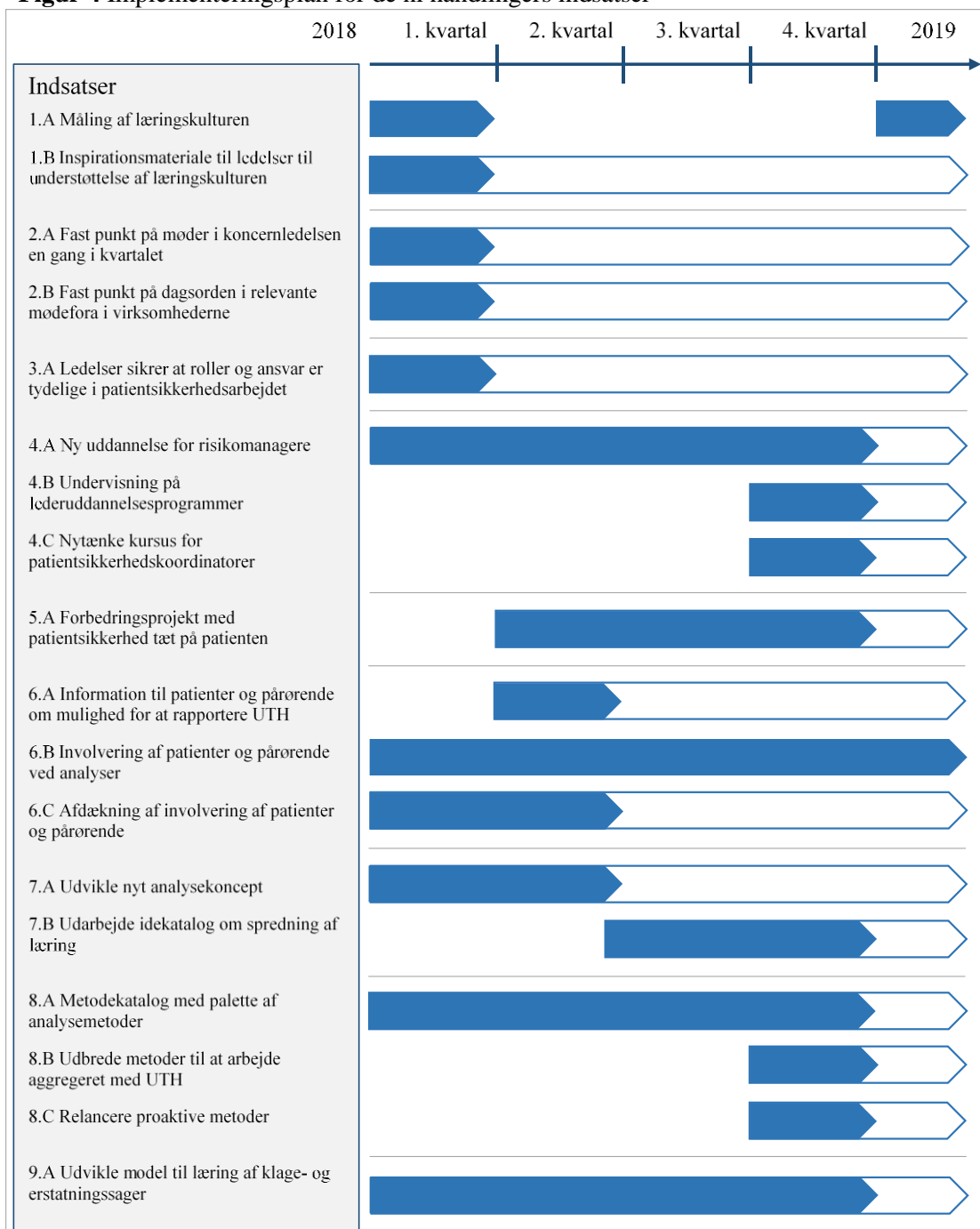
Monitorering: Forum for Kvalitet.

Modellen evalueres efter have været anvendt i et år.

Implementeringsplan

Der er udarbejdet en implementeringsplan, hvor handlinger er prioriteret i forhold til, hvilke områder det findes essentielt at arbejde med først for at øge patientsikkerheden i regionen. Prioriteringen er med udgangspunkt i input til prioritering fra virksomhedernes kvalitetsorganisationer.

Figur 4 Implementeringsplan for de ni handlingers indsatser



Opfølgning

Analyseteamet har opstillet ambitiøse handlinger, hvor handlingerne komplimenterer hinanden og er gensidigt afhængige, hvilket afspejler sig i implementeringsplanen.

Fremdrift i handlingerne følges på koncernledelsesmøder 6, 9, 12 og 24 måneder efter at rapporten er godkendt. Det er Forum for Kvalitet, der forankrer handlingerne og fremlægger status på handlingerne på koncernledelsesmøderne.

Handlingerne er bevidst differentieret i forskellige styrker. Analyseteamet er bevidste, om at vejledninger, metodebeskrivelse, og idekataloger er mere svage handlinger, men disse ses i denne kontekst som en forudsætning for at ledelser og medarbejdere reelt kan forbedre læringskulturen.

Handlingerne monitoreres overordnet via måling af læringskulturen, som bygges op omkring analysens målsætning.

Der holdes et statusmøde ultimo januar 2018 for at sikre, at alle planlagte handlinger i første kvartal 2018 er i gang. Dette danner grundlag for første afrapportering til koncernledelsen.

Rapporten vil blive formidlet til Styrelsen for Patientsikkerhed samt til Danske Regioner.

Bilagsliste

- | | |
|---------|---|
| Bilag 1 | Kommissorium for analyse af læringskultur og risikomanagerens rolle |
| Bilag 2 | Notat: Formøde med risikomanagerne i Region Hovedstaden |
| Bilag 3 | Notat: Virksomhedsbesøg vedr. analyse af læringskultur og risikomanagerens rolle 2017 |
| Bilag 4 | Notat: Formidling af UTH data i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center |

Litteraturliste og vejledninger

- A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care, Frankel et al., Institute for Healthcare Improvement, 2017.
- Complexity Science in Healthcare - Aspirations, Approaches, Applications and Accomplishments. Braithwaite et al., Australian Institute of Health Innovation, 2017.
- Leading a Culture of Safety – A Blueprint for Success, Kaplan et al., American College of Healthcare Executives, 2017.
- Læring af fejl i sundhedsvæsenet - tema i Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen nr. 5, 2017.
- Læringskultur er en forudsætning for kvalitetsudvikling, Vis.dk –forum for vidensspredning i sundhedsvæsenet. Set november 2017
<http://www.vis.dk/indlaeg/kvalitetsudvikling/1-ringskultur-er-en-foruds-tning-kvalitetsudvikling>
- Safer Healthcare – Strategies for the Real World, Vincent og Amalberti, Springer Open, 2016.
- Svigt i sundhedsvæsenet kostede min søn livet. Men jeg leder ikke efter syndebugke, kronik af Ivar Petersen i Information 20. september 2017.
- The problem with root cause analysis, Peerally et al., British Medical Journal Quality & Safety, 2016.
- The Economics of Patient Safety - Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level, Slawomirski et al., OECD, 2017.
- VIP- vejledning: UTH - Utilsigtede hændelser (UTH) og nærhændelser - identifikation, rapportering, sagsbehandling, analyse, formidling samt omsorg for patient og personale.
- VIP-vejledning: KÅA - Igangsætning af tværgående patientsikkerhedsanalyse, herunder kerneårsagsanalyse.