

STATUSRAPPORT

Opgang D
Telefon 38 66 50 00
Direkte 38666056
Web regionh@regionh.dk

Journal-nr.:

Dato: 23. april 2019

Uddybende status på handlinger fra læringskulturanalysen april 2019

Handling nr. 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.

Ansvarlige: Center for HR og Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed

Status: **Er fuldført**

Koncernledelsen har besluttet på møde d. 1.marts 2018, at regionen vil bruge det validerede redskab SAQ til måling af patientsikkerhedskulturen en gang årligt.

Tidsfrist: Udvikling af indikatorer er klar ved udgangen af januar 2018.

Målingen er foretaget 13. marts – 3. april 2019.

Læringskulturen er afgrænset til patientsikkerhedskulturen og læring indenfor dette felt. Det er på koncernledelses møde d. 1.marts 2018 besluttet at måle med SAQ (Safety Attitudes Questionnaire), 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. Arbejdsgruppen har inkluderet ekstern sparring fra Solvejg Kristensen, som har skrevet Ph.d. om patientsikkerhedskultur og SAQ måling.

Det er 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.

Undersøgelsen er afsluttet d. 3. april med en gennemsnitlig svarprocent på 50%, hvilket svarer til 15.119 antal besvarelser. Dette er flot for en undersøgelse af denne type, der kører første gang. Resultaterne er udsendt til hospitalerne d. 2. maj 2019.

Som støtte til hele processen har der været udpeget kontaktpersoner lokalt på hospitalerne samt udviklet en intranet side til PLUS, hvor medarbejder 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 møder med kontaktpersonerne fra hospitaler og

virksomheder, hvor der er drøftet relevante emner. Disse møder er tænkt som netværksmøder, hvor man kan inspireres og få brugbare svar. Kontaktpersonerne ønsker at netværksmøderne fortsætter efter resultaterne udgives.

Der planlægges i øvrigt temadage/masterclass med opfølgning og understøttelse af resultater med de respektive hospitaler og virksomheder, og disse tilpasses de enkelte behov. Indtil videre er der planlagt otte masterclass. Nogle hospitaler afventer resultaterne før de beslutter sig for deres konkrete behov.

Endvidere tilbydes masterclass på efterspørgsel fra hospitalerne i forhold til specifikke emner som eks. psykologisk tryk, feedback model, second victim.

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.

Ansvarlige: Virksomhedsdirektionerne

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed forestår udarbejdelse af inspirationsmateriale i samarbejde med CAMES.

Status: **Er fuldført**

Tidsfrist: Materialet lanceres med resultaterne af patientsikkerhedskulturmålingen i maj 2019

Der er udarbejdet et inspirationsmateriale i form af et katalog, der indeholder metoder og redskaber til at arbejde med patientsikkerhedskulturen i afdelingerne med udgangspunkt i eksisterende metodikker. Materialet er godkendt af Forum for Kvalitet d. 14. marts 2019. Inspirationsmaterialet lanceres med resultaterne af patientsikkerhedskulturmålingen i maj 2019 og kan forefindes på intranettet under ”Patientsikkerhed”.

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

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.

Ansvarlige: Koncernledelsen

Status: **Er fuldført**

Det er vedtaget at temaer fra PALV (potentielt og alvorlige hændelser) kommer på koncernledelsesmøder en gang halvårligt med en forudgående kvalificering af anbefalinger fra Forum for Kvalitet.

Tidsfrist: Indføres i andet kvartal 2019

For at understøtte arbejdet med mønstre og tendenser klassificeres de alvorligste utilsigtede hændelser med emneord "PALV". Disse hændelser bliver yderligere kategoriseret i en database, hvorfra hændelser kan aggregeres og præsenteres i regionale og nationale fora. Typekategoriseringen af hændelserne er dynamisk, og rummer altid hvilke Sundhedsfaglige Råd og komiteer hændelserne kan henføres til. I databasen samles ligeledes anonymiserede oplysninger om analyseresultater og læringstiltag. Virksomhedernes risikomanagere har adgang til databasen med henblik på samarbejde og videndeling. De regionale risikomanagere administrerer databasen, og samler grupper af hændelser og/eller årsagstyper, som videregives til relevante fora.

To gange årligt præsenteres generelle og/eller konkrete tendenser fra denne monitoring for koncernledelsen med henblik på tværgående læring. Disse præsentationer kan have orienterende karakter, eller danne oplæg for beslutning af konkrete indsatser til forbedring af patientsikkerheden. PALV præsenteres første gang i 2. kvartal 2019 for at sikre, at der er tilstrækkeligt valide data til at kunne se på mønstre og tendenser.

Det er besluttet, at Forum for Kvalitet skal kvalificere og prioritere problemområderne og komme med anbefalinger til handling, inden data fremlægges på koncernledelsesmøder. Dette gøres ud fra henholdsvis PALV data samt de tværgående patientsikkerhedsanalyser, der har været foretaget mellem hospitaler og virksomheder.

2.B

Indsats: Virksomhedsledelsernes 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.

Ansvarlige: Virksomhedsdirektioner

Status: **Er fuldført**

Tidsfrist: Indføres i første kvartal 2018

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 steder er der et udviklingsarbejde i gang omkring præsentation af data og organisering, der understøtter læring og videndeling.

Der er en lang række tiltag i statusmeldingerne, som formentlig kunne tjene som en slags idébank og bidrage til vidensdeling mellem hospitalerne/virksomhederne. Statusbeskrivelserne er således samlet i et dokument, som deles med Forum for Kvalitet, risikomanagere og kvalitetschefskredsen.

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.

Ansvarlige: Virksomhedsdirektioner

Status: Er i gang

Tidsfrist: Igangsættes i første kvartal 2018

Alle hospitaler og virksomheder har mere eller mindre udførligt beskrevet, hvordan man sikrer tydelige roller og tydeligt ansvar i patientsikkerhedsarbejdet. Der er en lang række tiltag i statusmeldingerne, som formentlig kunne tjene som en slags idébank og bidrage til vidensdeling mellem hospitalerne/virksomhederne. Statusbeskrivelserne er således samlet i et dokument, som deles med Forum for Kvalitet, risikomanagere og kvalitetschefskredsen.

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 et arbejde i gang med en generisk funktionsbeskrivelse for patientsikkerhedskoordinatorer (PSK), som forventes afsluttet ved udgangen af 2. kvartal 2019.

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.

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

Status: **Er fuldført**

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

Københavns Universitet er valgt som samarbejdspartner til masterkurset for ”Patient-sikkerhed og læringskultur” indenfor eksisterende studieordning. Der er udviklet læringsmål og indhold, som er koordineret med øvrige indsatser i læringskulturanalysen. Kurset er nu udviklet som en del af MPH.

Masterkurset udbydes som to kurser á 7,5 ECTS; samlet i alt 15 ECTS.

Der er tilmeldingsfrist 1. maj 2019 og uddannelsen opstarter 1. september 2019.

Der er stor efterspørgsel både regionalt og nationalt, så kurset er fuldt booket med 25 deltagere og en lang venteliste. De første 40 deltagere fra Region Hovedstaden er finansieret af regionale midler fra regionsrådet. Grundet den store efterspørgsel er det besluttet at oprette et kursus, der kører parallelt med opstart i 1. kvartal af 2020.

Der arbejdes også på at etablere et nationalt ejerskab på tværs af kommuner og øvrige regioner; formålet er:

- a) at bane vejen for et ensartet højt fagligt og forskningsbaseret niveau i patientsikkerhedsarbejdet
- b) at fremtidssikre uddannelsesstilbuddet ved en løbende tilgang af studerende fra hele landet

Københavns Universitet er ved at etablere et rådgivende udvalg, der skal komme med input til dette.

4.B

Indsats: Etablere undervisning i patientsikkerhed på lederuddannelsesprogrammer

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

Status: **Er fuldført**

Tidsfrist: Undervisningen er etableret ved udgangen af 2018.

Siden indsatsen blev formuleret, har Lederudvikling ændret både struktur og indhold. Der opereres ikke længere med et program ligesom ledelse af tværgående patientforløb ikke findes.

Der har været et tæt samarbejde med Ledelses- og organisationsudvikling (L&O) om, hvordan vi med kompetenceudvikling understøtter ledelsen i at tage ansvaret for patientsikkerhedsarbejdet, med kvalitetsorganisationen og risikomanagerne som stærke sparringspartnere. Det er besluttet, at patientsikkerhed skal på programmet for lederudvikling.

Patientsikkerhed og læringskultur er integreret i Ledelsesudvikling under følgende tilbud:

- **Ledelse af medarbejdere for nye ledere**

Der arbejdes med udgangspunkt i den enkelte leders dilemmaer og udfordringer fra praksis. *Patientsikkerhed* kan indgå i tilvalgsmoduler, som varetages af de enkelte hospitaler/virksomheder.

- **Selvdesignet ledelsesudvikling**

I dette forløb tilrettelægger den erfarne leder selv sit forløb. Der indgår et modul om ledelse af forbedringer (kvalitet og *patientsikkerhed*): ”Kvalitetsforbedringer for patienterne – hvordan skaber man en forbedringskultur”

- **Netværk**

Det er muligt at etablere netværk med fokus på *patientsikkerhed*. Netværk etableres løbende efter ønske og behov.

- **Ledelsesudvikling for grupper**

På efterspørgsel og kan have *patientsikkerhed og læringskultur* som omdrejningspunkt.

- **Ledelsesudvikling for alle**

12. november 2018 afvikledes en masterclass for 110 ledere: *Patientsikkerhed* i krydsfeltet mellem perfektion og acceleration i hospitalsarbejdet.

4.C

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

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

Status: Er i gang

Revision af kurset Nye patientsikkerhedskoordinatorer er påbegyndt og der har været en test i marts måned med 50 deltagere.

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

Kurset Nye Patientsikkerhedskoordinatorer blev testet i nyt format marts 2019. Kurset var rammesat til to undervisningsdage og havde fuldt hus med 50 deltagere. Kurset er evalueret (61 pct. har svaret), og bliver kvalificeret forud for næste hold i efteråret 2019. I arbejdet med kvalificering er der særligt blik for målgruppen forskellige behov; tegnet af variation i erfaring og opgaver. Dette kan imødekommes ved at lade dag 1 være fælles, og metodisk lagt an på at fremme læring kursisterne i mellem. Dag to kan tilrettelægges således, at kursisterne vælger sessioner baseret på behov og niveau. Der arbejdes videre med den nye model, som forventes klar primo 2020.

Kompetenceudvikling på tværs af faggrupper

Der er afdækket kompetencebehov på tværs af læringskulturanalysens handlinger. Disse vil blive præsenteret som patientsikkerheds- og læringskultur temaer på REGI, og interessererede kan rekvirere skræddersyede masterclasses efter behov og efterspørgsel.

Da der ikke er tale om obligatorisk kompetenceudvikling, rettes opmærksomheden mod, hvordan hospitaler og afdelinger får øje på, prioriterer og efterspørger støtte til at arbejde fokuseret med patientsikkerheds- og læringskulturen lokalt.

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.

Ansvarlige: Forum for Kvalitet

Status: Er i gang

Tidsfrist: andet kvartal 2019

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (BBH/FRB) har indmeldt to afdelinger, der har udarbejdet projektbeskrivelser for forbedringsprojekter med forskellig tilgang og er i gang.

Det ene projekt omhandler ”*Integration af patientoplevelser og involvering af patienter og pårørende i et koordineret forbedringsarbejde*”. Ideen er 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 koblet med ressourcer til sagsbehandling samt hvilke forbedringsprojekter, der er iværksat i afdelingen.

Når databasen er udviklet, skal den testes på en afdeling på BBH/FBH, men der er ligeledes indgået aftale med Bornholms Hospital om, at de også prøver at teste brugen af databasen anvendelighed for sagsbehandlingen i klinikken af de tre datakilder koblet op mod de forbedringsprojekter og interventioner, der er igangsat.

Det andet projekt omhandler at iværksætte systematiske medarbejderdrevne metoder, med inddragelse af patienter og pårørende, hvor formålet er at skabe læring både re- og proaktivt. Der er i afdelingen allerede velfungerende tiltag i form af ”postkort”, hvilket er en metode, der anbefales i ”Patientsikkerhedsguiden”. Denne metode fortsættes som én af de patientinddragende metoder i patientsikkerhedsarbejdet.

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 ved at empower medarbejderen, kan det øge præmissen for en lærende patientsikkerhedskultur. Dette kan gøres ved at etablere trygge forummer, hvor man kan ytre sine ideer. Derfor vil afdelingen udvikle metoder, der netop understøtter en aktiv medarbejderinvolvering.

Denne implementering vil foregå i mono- og tværfaglige teams, som består af sygeplejersker, læger, terapeuter, neuropsykologer, logopæder og portører.

De tiltag, afdelingen har iværksat, er mono- og tværfaglige møder, hvor de drøfter udvalgte UTH'er på hvert afsnit. Dette gøres for at komme dybere i analysen af pågældende UTH'er samt skabe fælles læring.

Derudover har afdelingen iværksat patientsikkerhedsrunder, hvor patienterne, via en struktureret guide, spørges om bekymringer og ideer til forbedring af patientsikkerheden.

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

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

Ansvarlige: Virksomhedsdirektioner

EKP nedsætter en gruppe af patientvejledere og Center for Kommunikation med henblik på udvikling af generisk materiale

Status: **Er fuldført**

Tidsfrist: Tredje kvartal 2018.

Nationalt er 1% af de utilsigtede hændelser rapporteret af patienter eller pårørende. I Region Hovedstaden er det 3%. Med indsatsen forventes der en stigning over de næste år og arbejdsgruppen henstiller til, at antallet af rapporteringer følges.

Styrelsen for Patientsikkerhed har indgået i Region Hovedstadens arbejdsgruppen med patientvejledere, lokale og regionale risikomanagere med henblik på koordinering med nationale tiltag. Region Hovedstadens Patientinddragelsesudvalg og brugerråd har været inkluderet som sparring i forhold til delprocesser.

Der er udarbejdet en indsats for at understøtte de sundhedsfaglige i at indgå i dialog med patienter og pårørende om de utilsigtede hændelser. Der er udviklet 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 er udsendt d. 19. september 2018 til hospitalerne i Region Hovedstaden og kan forefindes på www.regionh.dk

Det kan tilføjes at dialogpakken til understøttelse af sundhedsfagligt personale er spredt til Region Midt.

Der er udviklet en national film og pjece til patienter og pårørendes 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

Rapporteringsskema til patienter og pårørende er revideret, så det er blevet mere brugervenligt.

I 2017 var andelen af patient og pårørende rapporteringer på omkring 3% i Region Hovedstaden. Styrelsen for Patientsikkerhed har netop udgivet årsberetningen for Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Heri angives det, at patienter og pårørendes andel af samlede rapporteringer fra 2018 er 1,75% på nationalt plan.

Et nyligt træk i Region Hovedstaden har vist at andelen af rapporter fra patienter og pårørende i perioden fra kampagnens start 1. november 2018 til 1. april 2019 er **3,42%**

Arbejdsgruppen henstiller til, at antallet af rapporter fra patienter og pårørende fortsat følges.

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.

Ansvarlige: Virksomhedsdirektion

Status: **Er fuldført**

Tidsfrist: første kvartal af 2019

Alle hospitaler og Akutberedskabet har initiativer i gang med forskellige måder at involvere patienter og pårørende. De gode initiativer deles med Forum for Kvalitet, kvalitetschefskredsen og risikomanagerne med henblik på videndeling.

Nogle hospitaler har meldt tilbage, at der er brug for principielle udmeldinger om, hvordan patienter og pårørende kan inddrages i analyserne, og hvordan fortroligheden håndteres. Enhed for Patientsikkerhed og Patientjura har formuleret en præcisering og udbygning på foranledning af kvalitetschefskredsen. Den endelige version blev udsendt d. 13. marts 2019.

Risikomanagere, patientsikkerhedskoordinatorer og leder 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 f.eks. deltagelse i analyser, patientsikkerhedsrunder og staff meetings, som efterfølgende kan testes i forbedringsprojekt på et hospital.

Ansvarlige: Forum for Kvalitet - Udredningen udarbejdes af Kompetencecenter for Patientoplevelser

Status: **Er fuldført**

Tidsfrist: Afdækning skal være foretaget inden udgangen af andet kvartal 2018

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/patientinddragelsesguiden/Sider/default.aspx>

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.

Ansvarlige: Forum for Kvalitet

Status: Er i gang

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

Der er udarbejdet en nyt analysekoncept med beslutningsstøttende redskaber til både den akutte risikovurdering og den dyberegående analyse.

Fokusområder i det nye analysekoncept er:

- At sikre et system for at ledelse og udvalgte involverede parter kan mødes hurtigt i den akutte fase og indenfor uger, hvis det besluttes at foretage en dyberegående analysen. Test virksomhederne 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 det er stærke handlinger
- At sikre implementering, opfølgning på handlinger og spredning af læring.

Der er udviklet følgende beslutningsstøttende redskaber:

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

Analysekonceptet er testet på Nordsjællands Hospital og i Akutberedskabet, hvilket giver en god indsigt fra to forskellige stærke virksomhedsprofiler. Der er meget positive tilbagemeldinger på konceptet specielt omkring de beslutningsstøttende redskaber.

Erfaringer bruges til tilretning af konceptet, hvorefter konceptet sendes i høring på alle hospitaler og virksomheder. Efter høringsfasen sendes konceptet til godkendelse i Forum for Kvalitet, hvor der ligeledes planlægges spredning til alle virksomheder.

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.

Ansvarlige: Forum for Kvalitet

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

Status: er i gang

Tidsfrist: Idekataloget er udarbejdet ved udgangen af andet kvartal 2018 – indarbejdes i analysekonceptet.

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 været inviteret med til en national workshop om ”Spredningsguiden”, som er udviklet af Center for Offentlig Innovation. <https://www.coi.dk/det-g%C3%B8r-vi/spred-innovation/spredningsguiden/> med henblik på at kunne bruge redskabet i arbejdet med spredning på hospitalerne og i virksomhederne.

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.

Ansvarlige: Forum for Kvalitet

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

Status: **Er fuldført**

Tidsfrist: Metodekatalog skal være færdigt ved udgangen af 2018

Metodekataloget er udarbejdet og blev publiceret d. 29. marts 2019 på Danske Selskab for Patientsikkerheds hjemmeside samt på Region H’s hjemmeside.

Formatet på interaktive læringsæt er under udvikling og er ved at blive udarbejdet i samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Center for HR. Der udvikles et læringsæt ad gangen. For at pilotteste formatet vil hændelsesanalyse være udgangspunkt for første læringsæt idet arbejdsgruppen vurderer at den metode oftest benyttes. D. 20. maj vil arbejdsgruppen sende første udkast af synopsis til læringsæt om hændelsesanalysen til Center for HR – E-læring. Når synopsis er godkendt i Center for HR- E-læring begynder produktionen med drejebog til interaktive læringsæt. Tidshorisonten for arbejdet kendes først herefter

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.

Ansvarlige: Forum for Kvalitet

Status: opstartes medio 2019

Tidsfrist: flyttes til tredje kvartal 2019

Der foregår flere processer med analyser af aggregerede data, men en systematiseret gennemgang opstartes først medio 2019.

8.C

Indsats: Relancere proaktive metoder inden for patientsikkerhedsarbejdet eksempelvis:

Ansvarlige: Virksomhedsdirektionerne er ansvarlige for relancering.

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed samler materiale om proaktive metoder.

Status: **Er fuldført**

Tidsfrist: Relancering af de proaktive metoder er gennemført ved udgangen af andet kvartal 2019.

De proaktive metoder er indeholdt i inspirationsmaterialet for ledelser jf. handling 1.B, som lanceres i forbindelse med resultaterne af PLUS.

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

Ansvarlige: Forum for Kvalitet

Status: er i gang

Tidsfrist: Modellen er udviklet med udgangen af 2019.

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.

Model for læring af erstatningssager er på baggrund af test og tilbagemeldinger fra hospitalerne sat i bero i dens nuværende form, da modellen gik langt ud over det, som vi skulle gøre ifølge loven, og samtidig meget ressourcekrævende for hospitalerne.

Der er i stedet valgt konkret at agere på sager, der måtte udløses i trigger 2 systemet.

Endvidere har Enhed for Patientsikkerhed og Patientjura (EPP) indgået et samarbejde med BBH/FBH om at udarbejde en ensartet klassifikationsmodel for UTH, klage og erstatningssager, der kan indarbejdes i afdelingens sagsbehandling og fremgå af databasen. Uddannelseslægen i EPP er i gang med at udvikle en klassifikationsmodel i samarbejde med BBH/FBH. En fælles klassifikationsmodel vil kunne understøtte muligheden for at se mønstre og tendenser, som vil kunne trækkes ud og behandles i aggregeret

form. Databasen vil således både kunne understøtte en lokal sagsbehandling af de tre datakilder, og en aggregering af data som kan kobles til igangværende forbedringsprojekter. Mønstre og tendenser kan således indgå i arbejdet med at skabe læring, der kan bruges i forbedringsarbejdet med at øge patientsikkerhed lokalt, regionalt og tværregionalt.

Næste status

Fremdriften af implementering af handlingsplanerne vil blive fulgt og præsenteret for koncernledelsen sidste gang 24 måneder efter opstart af implementering af handlinger. Næste statusrapportering vil ligge i første kvartal 2020.