

SUNDHEDSUDVALGET

MØDETIDSPUNKT

28-11-2017 13:00

MØDESTED

Mødelokale på regionsgården H4

MEDLEMMER

Karin Friis Bach	Formand
Flemming Pless	Næstformand
Annie Hagel	Medlem
Katrine Vendelbo Dencker	Medlem
Leila Lindén	Medlem
Lene Kaspersen	Medlem
Marianne Stendell	Medlem
Niels Høiby	Medlem
Ole Stark	Medlem

INDHOLDSLISTE

1. Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering
2. Orientering: Igangsatte initiativer til forbedret overholdelse af udredningsretten
3. Orienteringssag: Status for arbejdet med garantiklinikker
4. Drøftelsessag: Arrangement omkring Region Hovedstadens frysehusprojekt
5. Drøftelsessag: Tolkeområdet
6. [LUKKET PUNKT] Orienteringssag: kræftmonitorering 3. kvartal
7. Orienteringssag: Opfølgning på temadagen "Kunsten at seponere"
8. Orienteringssag: Status på udmøntning af midler til udgående funktioner og specialiseret rådgivning
9. Eventuelt

1. BESLUTNING: UDMØNTNING AF MIDLER TIL STYRKELSE AF PATIENTSIKKERHEDSARBEJDET OG LÆRING I FORHOLD TIL HURTIGERE DIAGNOSTICERING

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Regionsrådet har i budget 2018-2021 vedtaget at afsætte 6,0 mio. kr. i 2018 og 5,5 mio. kr. i 2019 til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering. Udmøntningen af midlerne tager udgangspunkt i handlingsplaner i to analyser henholdsvis "Tværgående analyse af diagnosticering af meningitis og meningokoksygdom" og "Analyse af læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet". Begge analyser er afsluttet.

Sundhedsudvalget, der har patientsikkerhed som ressortområde, fik på mødet den 26. september 2017 forelagt den tværgående analyse af diagnosticering af meningitis og meningokoksygdom.

Denne sag indeholder dels analysen af læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet dels plan for udmøntning af midler. Sagen forelægges sundhedsudvalget og derefter forretningsudvalget og regionsrådet.

INDSTILLING

Administrationen indstiller, at sundhedsudvalget overfor forretningsudvalget og regionsrådet anbefaler:

1. at godkende, at følgende områder inden for patientsikkerhedsområdet prioriteres at blive styrket:
 - a. Læringskoncept om meningitis og meningokoksygdom ved brug af e-læring
 - b. Simulationstræning i håndtering af patienter med uafklaret diagnose
 - c. Forbedringsprojekter om henholdsvis meningitis og læringskultur
 - d. Kompetenceudvikling i form af formaliseret uddannelse for risikomanagere
2. at tage øvrige handlinger i analysen af læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet (handling nr. 1-9) til efterretning (bilag 1)

Administrationen indstiller, at forretningsudvalget overfor regionsrådet anbefaler:

3. at godkende, at midler på budget 2018-2021 til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering udmøntes på følgende måde:
 - a. Læringskoncept om meningitis og meningokoksygdom ved brug af e-læring
0,36 mio. kr. i 2018 og 0,01 mio. kr. i 2019
 - b. Simulationstræning i håndtering af patienter med uafklaret diagnose
2,67 mio. kr. i 2018 og 4,49 mio. kr. i 2019
 - c. Forbedringsprojekter om henholdsvis meningitis og læringskultur
0,8 mio. kr. i 2018
 - d. Kompetenceudvikling for risikomanagere
2,17 mio. kr. i 2018 og 1,0 mio. kr. i 2019

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Region Hovedstaden har de seneste år oplevet nogle ulykkelige tilfælde, hvor borgere, der har henvendt sig med symptomer på meningitis ikke er blevet diagnosticeret og behandlet i tide, og at borgerne derefter døde. Det har bevirket, at regionen har sat to analyser i værk. Den ene handler om diagnosticering og har en sundhedsfaglig tilgang til problematikken med akutte alvorlige tilstande. Den anden har haft fokus på det organisatoriske, ledelsesinvolvering og risikomanagerens rolle. Regionsrådet har i budget 2018-2021 afsat midler til en generel styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og mere specifikt læring i forhold til hurtigere diagnosticering af meningitis.

Ved behandling af sagen i sundhedsudvalget vil Svend Hartling, koncerndirektør og formand for analyseteamet præsentere analysen om læringskultur.

De to analyser

Der er siden foråret 2017 sat to analyser i gang. Administrationen besluttede i marts 2017 at foretage en tværgående analyse af, hvordan man undgår at give en forsinket diagnose af meningitis og meningokoksygdom. Forretningsudvalget ønskede d. 6. juni 2017, at der også blev set på risikomanagerens rolle. Endvidere har der været en generel drøftelse af læringskulturen og håndtering af utilsigtede hændelser i Region Hovedstaden. Derfor har administrationene gennemført en analyse af læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet.

En fremlæggelse af analyse 1 om meningitis blev behandlet på sundhedsudvalgets møde den 26. september og kan læses i bilag 2.

Analyse 2 om læringskultur er netop afsluttet (bilag 1).

Konklusionerne i denne analyse er, at en anerkendende læringskultur og ledelsesbevågenhed på arbejdet med patientsikkerhed er en grundlæggende forudsætning for at opnå forbedringer af patientsikkerheden og læringskulturen. Analysen har understreget vigtigheden af, at ledelserne går forrest i arbejdet med patientsikkerhed med hospitalets kvalitetsorganisation og risikomanagere som stærke sparringspartnere. Risikomanagerne er forskelligt organiseret på hospitalerne, fordi hospitalernes øvrige organisering er forskellig. Det opleves ikke som problematisk. Det vigtige er, at sikre at roller og ansvar er tydelige. Lederne skal bruge risikomanagernes viden, sparring og kompetencer i forhold til at gennemføre analyser. Risikomanagerne skal derfor være klædt på til opgaven og have råderum til at løse opgaven. Analysen har identificeret, at risikomanagerne har forskellige kompetencer, og at de har brug for kompetenceudvikling for at kunne varetage opgaverne i en nuværende kontekst med den udvikling, der er i gang på hospitalerne. Dette medfører, at der i samarbejde med Center for HR skal udarbejdes en formaliseret uddannelse af risikomanagere. Der er ligeledes brug for kompetenceudvikling af ledere og patientsikkerhedskoordinatorer, så ledere og medarbejdere er klædt på til deres roller i arbejdet med patientsikkerhed. Endvidere er der fokus på at sikre, at arbejdet med patientsikkerhed kan foregå tæt på patienten og være drevet af medarbejdere i samarbejde med patienter og pårørende. Ligeledes er der fokus på at sikre en systematik i involveringen af og samarbejdet med patienter og pårørende. Dertil skal arbejdet med utilsigtede hændelser styrkes ved en højere kvalitet og nytænkning af analysemetoder og modeller igennem udviklingsprojekt mellem kvalitetsorganisationen og sundhedsprofessionelle.

Analyseteamet udarbejdede på baggrund af ovenstående indsatsområder ni handlinger med en række konkrete indsatser, der skal bidrage til at øge patientsikkerheden. Handlingerne er:

1. Understøtte en anerkendende læringskultur fra ledelsen samt udvikle indikatorer 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 komplimenterer hinanden. En af styrkerne ligger i, at der både er stærkt ledelsesfokus

men også fokus på medarbejderdrevet patientsikkerhed og involvering af patienter og pårørendes bekymringer, samt at kompetencerne øges for såvel risikomanagere, ledelser og medarbejdere. Handlingerne vil kræve større indsatser i virksomhederne og en række tværgående indsatser herunder udvikling af nyt analysekoncept med hurtigere og mere systematisk reaktion på alvorlige UTH og kompetenceudvikling for risikomanagere, ledere og patientsikkerhedskoordinatorer.

For at kunne monitorere implementeringen af handlingerne og udviklingen i læringskulturen, er en af de først prioriterede handlinger, at få udviklet indikatorer til måling af læringskulturen med baseline måling i første kvartal 2018.

Implementering af handlingerne fra analysen forventes påbegyndt i starten af 2018. Der er udarbejdet en implementeringsplan henover de næste to år. Fremdrift i handlingerne vil blive fulgt i administrative fora, og der vil ligeledes være en politisk opfølgning på indsatserne. Endvidere vil handlingerne blive monitoreret ved en måling af læringskulturen.

Analyse af læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet blev godkendt af koncerndirektørene og hospitalsdirektørerne d. 9. november. Der var stor opbakning til analysen fra direktørerne. De drøftede bl.a. ledelsen som en vigtig bærer af patientsikkerhedskulturen, samt at arbejdet med utilsigtede hændelser skal suppleres med forebyggende arbejde.

Viden fra analysen om læringskultur vil blive delt nationalt.

Udmøntning af midler

Udmøntningen af midlerne fra Budget 2018-2021 på henholdsvis 6,0 mio. kr. i 2018 og 5,5 mio. kr. i 2019 tager udgangspunkt i begge analysers handlingsplaner. Midlerne fordeles på følgende fem områder.

(I mio. kr.)	2018	2019
a) Læringskoncept om meningitis og meningokoksygdom ved brug af e-læring	0,36	0,01
b) Simulationstræning i håndtering af patienter med uafklaret diagnose	2,67	4,49
c) Forbedringsprojekter om henholdsvis meningitis og læringskultur	0,8	-
d) Kompetenceudvikling for risikomanagere	2,17	1,0
I alt	6,0	5,5

Områderne indeholder:

- Der etableres et læringskoncept med formål at opdatere viden hos sundhedsfaglige om meningitis og meningokoksygdom blandt andet ved brug af e-læring. Læringskonceptet udvikles frem til udgangen af andet kvartal 2018, og derefter vil der være en trinvis udrulning til de omfattede medarbejdere.
- Der udvikles og afholdes systematisk simulationstræning for alle ansatte i akutmodtagelser om håndtering af patienter med uafklaret diagnose herunder meningitis og andre sjældne alvorlige sygdomme. De ansatte træner samarbejde og kommunikation i en situation, der efterligner virkelige situationer i akutmodtagelsen. Simulationstræningen udvikles frem til første kvartal 2018 og afprøves derefter på et hospital. Siden sker en trinvis udrulning til resten af regionen. Simulationstræningen bliver koblet til e-læring om meningitis.
- Forbedringsprojekter om meningitis:
Der gennemføres projekter vedrørende nye arbejdsgange for sundhedsprofessionelle om prøvetagning hos patienten, inddragelse af pårørende samt genhenvendelser fra patienter og pårørende. Projekterne udarbejdes inden udgangen af 2017 og udrulles fra første kvartal 2018. Der etableres et forbedringsprojekt vedrørende samarbejde om den akutte patient, der endnu ikke er diagnosticeret. Projektet pilottestet på Herlev Gentofte Hospital i 2018.

Forbedringsprojekter om læringskultur:

Der etableres et forbedringsprojekt om involvering af medarbejdere samt patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet. Projektet påbegyndes i andet kvartal af 2018 og udbredes derefter. Der gennemføres projekter vedrørende udvikling af analysemetoder og modeller samt måling af læringskultur. Projekterne påbegyndes i første kvartal 2018.

- d. Der udvikles og afholdes uddannelse til risikomanagere. Indtil uddannelsen er etableret, vil der være et øget fokus på sidemandsoplæring af nye risikomanagere i samarbejde mellem hospitalerne og risikomanagernetværket. Uddannelseskonceptet bliver udarbejdet inden udgangen af 2018, og etablering af uddannelsen begyndes i 2019.

KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer, at patientsikkerheden bliver øget igennem arbejdet med utilsigtede hændelser og spredning af læring fra disse. Konkret vil patientsikkerheden blive øget ved:

- a. Læringskoncept om meningitis
- b. Simulationstræning i håndtering af patienter med uafklarede diagnoser herunder meningitis og andre sjældne alvorlige sygdomme
- c. Forbedringsprojekter om meningitis og læringskultur
- d. Kompetenceudvikling for risikomanagere

RISIKOVURDERING

Udvikling af læringskulturen tager tid og mange faktorer er involveret. Det kan derfor tage længere tid før effekten af handlingerne kan ses. En forudsætning for at kunne monitorere læringskulturen er, at der udvikles indikatorer, som beskrevet i den første handling. Endvidere skal effekten af handlingerne monitoreres over længere tid ved faste målinger af læringskulturen, som kan bruges til opfølgning både lokalt og tværgående i regionen.

Derudover vil der trods denne indsats for at øge patientsikkerheden forsat kunne ske utilsigtede hændelser.

Antallet af rapporterede utilsigtede hændelser afspejler ikke den reelle forekomst af utilsigtede hændelser, men i højere grad hvorvidt der er etableret en moden lærings- og rapporteringskultur, hvor hændelserne anvendes til læring og forbedringer, således at personalet finder, at det giver mening at bruge tid på at rapportere en utilsigtede hændelse.

Endvidere øges antallet af rapporterede utilsigtede hændelser altid ved fokus på et område, og kan således stige samtidigt med, at der iværksættes en række effektive kvalitetsforbedringstiltag, der reducerer antallet af skader.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

Det er med budget 2018-2021 vedtaget at afsætte 6,0 mio. kr. i 2018 og 5,5 mio. kr. i 2019 til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering af meningitis.

Yderligere udgifter forbundet med implementering af handlingsplaner fra de to analyser dækkes inden for den fastlagte budgetramme.

KOMMUNIKATION

Der udarbejdes efterfølgende en pressemeddelelse.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen forelægges forretningsudvalget d. 12. december og regionsrådet d. 19. december.

DIREKTØRPÅTEGNING

Hjalte Aaberg og Svend Hartling

JOURNALNUMMER

17024676

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Bilag 1.1 Bilag til rapporten analyse af læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet

- 📎 2. Bilag 2 Tværgående analyse af diagnosticering af meningitis og meningokoksygdom sep. 2017
- 📎 3. Bilag 1 Analyse af læringskultur, roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet 2017

2. ORIENTERING: IGANGSATTE INITIATIVER TIL FORBEDRET OVERHOLDELSE AF UDREDNINGSRETEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Sundhedsloven foreskriver, at patienter omfattet af udredningsretten, har ret til at blive færdigudredt inden for 30 dage. I Region Hovedstaden overholdes udredningsretten kun for omkring halvdelen af patienterne. Det betyder, at der er patienter, der venter for længe på at få afklaring på deres symptomer og evt. videre forløb.

På den baggrund har administrationen iværksat en række initiativer for at forbedre registrering og overholdelse af udredningsretten betydeligt.

I denne sag orienteres om de igangsatte initiativer til forbedret overholdelse af udredningsretten.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- at tage orienteringen om udredningsretten til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Ret til hurtig udredning

Udredningsretten betyder, at alle nyhenviste patienter skal have et tilbud om at blive udredt inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Hvis patienten ikke kan tilbydes udredning inden for 30 dage, har patienten ret til at få en konkret plan for den videre udredning (udredningsplan) inden for 30 dage.

Bente Ourø Rørth, hospitalsdirektør på Nordsjællands Hospital, deltager på sundhedsudvalgets møde.

Resultater for udredningsretten

Hvert kvartal offentliggør Sundhedsdatastyrelsen data overholdelse af udredningsretten, herefter kaldet den nationale monitorering. Monitoreringen viser hvor mange patienter der er udredt inden for 30 dage, hvor mange patienter der ikke er udredt inden for 30 dage, men hvor udredningsretten er overholdt, fx fordi patienten af faglige årsager ikke kan udredes inden for 30 dage eller fordi patienten selv ønsker at vente, og endeligt hvor mange patienter hvor udredningsretten ikke er overholdt.

Overholdelsen af udredningsretten i Region Hovedstaden har været faldende hen over det seneste år og ligger betydeligt under landsgennemsnittet for somatiske patienter og patienter i børne- og ungdomspsykiatrien. Den nationale monitorering af udredningsretten viser, at overholdelsen i 2. kvartal 2017 var 51 % for somatikken, 65 % for børne- og ungepsykiatrien og 93 % i voksenpsykiatrien. Således er udredningsretten ikke overholdt for ca. hver anden patient der er under udredning for en fysisk sygdom.

Antallet af registrerede udredningsforløb er samtidig betydeligt lavere end i de andre regioner. Der er stort fokus på at forbedre og øge registreringen af patienter omfattet af udredningsretten, så regionen kan få troværdige data for overholdelsen.

Igangsatte initiativer

For at forbedre resultaterne for udredningsretten er der iværksat en række indsatser både på tværs af regionen og på de enkelte hospitaler:

Task Force for udredningsret:

I august 2017 besluttede administrationen, at der skulle nedsættes en task force for udredningsret med repræsentanter fra administrationen og alle hospitalsledelser. Der er indtil videre afholdt to møder i Task Force. På møderne er udfordringer, barriere og forbedringstiltag for at forbedre resultaterne for udredningsretten blevet drøftet med udgangspunkt i data for udredningsretten. Bl.a. har Task Force på

første møde besluttet, at der skal være et forstærket ledelsesfokus på registrering og overholdelse af udredningsretten på alle hospitaler. Derudover har Task Force bedt udvalgte sundhedsfaglige råd om at drøfte, hvilke tiltag der kan indføres for at forbedre overholdelse af udredningsretten inden for deres speciale. Endelig er Task Force i gang med at undersøge betydningen af udeblivelser i relation til overholdelse af udredningsretten.

Undervisning og vejledningsmateriale:

I september/oktober 2017 er der blevet afholdt undervisning i korrekt registrering og visitering af patienter omfattet af udredningsretten på alle regionens hospitaler. Der er samtidig undervist i hvordan registreringen i praksis foretages i Sundhedsplatformen. Undervisningen var målrettet læger og lægesekretærer. I forbindelse med undervisningen er der udarbejdet en revideret registreringsvejledning med tilhørende manual til Sundhedsplatformen. Disse vejledninger skal støtte hospitalernes arbejde med forbedring af registreringen. Det er hospitalernes vurdering, at undervisningen har klædt personalet bedre på til at registrere korrekt.

De enkelte hospitaler er aktuelt i gang med en større indsats for at følge op på undervisningen. Bl.a. er flere hospitaler i gang med at udvikle ledelsesinformation og rapporter i sundhedsplatformen, der kan støtte arbejdet med forbering af registrering og overholdelse af udredningsretten. Flere hospitaler tager også kontakt til alle deres afdelinger i forhold til hvordan registreringen og overholdelsen kan forbedres på den enkelte afdeling. Yderligere arbejder alle hospitaler med hvordan viden om korrekt registrering kan udbredes internt på hospitalet. Der er aktuelt ved at blive udarbejdet e-læringsmoduler til registrering af udredningsretten i sundhedsplatformen.

Oprettelse af garantiafdelinger:

Regionsrådet har besluttet, at der skal oprettes garantiafdelinger inden for udvalgte specialer fra 2018. Garantiafdelingen får en forpligtigelse til at levere ekstra kapacitet til udredning af patienter på tværs af hospitaler. Faglige arbejdsgrupper inden for de udvalgte specialer neurologi (undtagen demens), radiologi (CT skanninger), kardiologi (hjerter), øre/næse/hals området, kirurgi samt ortopædkirurgi er i gang med at aftale den konkrete arbejdsfordeling.

KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke konsekvenser.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke risici.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sundhedsdatastyrelsen offentliggør data fra 3. kvartal 2017 d. 8 december.

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling / Anne Skriver

JOURNALNUMMER

16042297

3. ORIENTERINGSSAG: STATUS FOR ARBEJDET MED GARANTIKLINIKKER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Regionsrådet har i budgetaftalen for 2017 besluttet, at der skal ses på muligheder for at øge udrednings- og behandlingskapaciteten. Sundhedsudvalget følger dette arbejde, da udvalget har kapacitet som et ressortområde.

På regionsrådets møde den 18. april 2017 blev det besluttet, at der etableres forsøg med garantiafdelinger indenfor en række specialer. Sundhedsudvalget ønskede at følge planlægningen, herunder de økonomiske konsekvenser.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- at status for arbejdet med garantiklinikker tages til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

På regionsrådets møde den 18. april 2017 blev det besluttet, at der skal etableres forsøg med garantiafdelinger inden for fem specialer. Garantiafdelingerne skal fungere som ekstra buffer, så der gives bedre muligheder for at overholde udredningsgarantien. Et notat om rammerne for garantiafdelinger er vedhæftet sagen.

I den efterfølgende proces, hvor administrationen mødtes med hospitalsdirektionerne, ønskede hospitalerne at medtage yderligere et speciale. På baggrund af hospitalernes indmeldinger er der arbejdet videre med følgende seks specialer - fordelt på fire hospitaler:

Hospital	Speciale
Herlev-Gentofte Hospital	Ortopædkirurgi (muskulær- og skeletskader) samt Kardiologi (Hjertesygdomme)
Amager-Hvidovre Hospital	Kirurgi (kirurgi på mave-tarm, på lever og i bughulen)
Nordsjællands Hospital - Hillerød	Øre/Næse/Hals
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital	Neurologi (nervesystemet) samt Radiologi (Billeddiagnostik)

En garantiafdeling tager kun patienter på hovedfunktionsniveau, det vil sige de mest almindelige sygdomme indenfor specialerne. Da Rigshospitalet har en specialiseret profil og fortrinsvis patienter med mere speciale/sjældne sygdomme, passer en garantiafdeling dårligt ind på Rigshospitalet, der derfor er undtaget fra at have en garantiafdeling.

For at kunne implementere garantiafdelingerne, er der i efteråret nedsat en faglig gruppe inden for hvert af de seks specialer. De faglige grupper består af en vicedirektør fra det hospital, der huser garantiafdelingen, samt de ledende overlæger fra afdelingerne inden for specialet. Administrationen deltager i de faglige arbejdsgrupper for at følge processen og bidrage med erfaringsudveksling på tværs af arbejdsgrupperne. Grupperne skal bidrage til at afklare grundlaget for den praktiske opstart af garantiafdelingerne.

De faglige arbejdsgrupper skal:

- Fastlægge hvilke patientgrupper der skal henvises til garantiafdelingen
- Afklare patientforløb mellem garantiafdelingen og henvisende afdelinger for de enkelte patientgrupper - det vil sige hvilken afdeling, der har ansvar for udredning, behandling/operation, opfølgende kontroller mv
- Aftale koordinering mellem garantiafdelingen og de øvrige afdelinger inden for specialet

Ansvar for den konkrete implementering af de enkelte garantiafdelinger ligger hos det pågældende

hospital. Det vil sige, at der på det ansvarlige hospital skal træffes beslutninger om for eksempel ansættelse af nye medarbejdere, sikring af kapacitet til fx ekstra operationer, afklaring af finansiering, koordinering inden for specialet mv.

De faglige arbejdsgrupper forventes at holde 1-2 møder, hvorefter det konkrete arbejde med implementering af de seks garantiafdelinger vil foregå på de enkelte hospitaler.

Udarbejdelse af økonomimodel for garantiafdelingerne sker i et samarbejde med de berørte hospitaler. Økonomimodellen vil blandt andet tage hensyn til at afdelingerne har forskellige styringsrammer, for eksempel er én afdeling fritaget for takststyring i 2018. Der arbejdes desuden på en kvantificering af økonomien for garantiafdelingerne.

Det er fortsat forventningen, at garantiafdelingerne kan starte i første halvår 2018. Konkrete starttidspunkter for de enkelte garantiafdelinger kan blandt andet afhænge af mulighederne for rekruttering/ansættelse af nødvendigt personale.

KONSEKVENSER

Orienteringssagen har ikke i sig selv konsekvenser.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke yderligere risici end det i sagen henviste.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling/Anne Skriver

JOURNALNUMMER

16032460

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Rammer for Garantiafdelinger

4. DRØFTELSESSAG: ARRANGEMENT OMKRING REGION HOVEDSTADENS FRYSEHUSPROJEKT

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

På møder i sundhedsudvalget og erhvervs- og vækstudvalget hhv. d. 25. oktober 2016 og d. 1. november 2016 blev der givet en orientering om status på Region Hovedstadens frysehusprojekt, der omhandler nedfrysning af biologiske prøver. Projektet har senest været behandlet i bl.a. Region Hovedstadens Strategiske Forskningsråd d. 14. september 2017.

Projektets indledende faser er nu afsluttet med en samlet rapport og beslutningsgrundlag for den videre proces, som blev lagt til grund for udmøntning af regionens anlægsmidler for 2018 i budgetforligskredsen.

På et møde i budgetforligskredsen d. 2. november 2017 blev det besluttet at prioritere 20 mio. kr. af anlægsmidlerne til at fortsætte arbejdet med at etablere nye og tidssvarende frysehusfaciliteter. Dette arbejde ønsker budgetforligskredsen at initiere med et arrangement med deltagelse af politikere og kliniske forskere. Planlægningen heraf ønsker budgetforligskredsen at forankre i sundhedsudvalget, som på dette møde skal drøfte programskitse for arrangementet.

INDSTILLING

Administrationen indstiller overfor sundhedsudvalget:

- ▮ at drøfte programskitse for arrangement omkring Region Hovedstadens frysehusprojekt

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Budgetforligskredsen i Region Hovedstaden har besluttet at prioritere 20 mio. kr. i 2018 til at etablere nye og tidssvarende faciliteter for frysehuse til opbevaring af prøver, der med informationer om patienter skal bane vejen for udviklingen af skræddersyet behandling. Prioritering af frysehuse er en naturlig forlængelse af regionens politiske målsætning om at styrke forskningen i regionen.

Budgetforligskredsen ønsker at initiere det kommende arbejde i projektet med et arrangement med deltagelse af politikere og kliniske forskere.

Baggrund for Region Hovedstadens frysehusprojekt

Mennesker er forskellige, og det skal fremtidens behandlingstilbud imødekomme. Det er visionen med den nationale strategi for Personlig Medicin, som regeringen og regionerne i fællesskab vedtog i 2016. Region Hovedstaden tager nu yderligere skridt til at føre visionen ud i livet. Budgetforligskredsen har prioriteret 20 mio. kr. i 2018 til at fortsætte arbejdet med at etablere nye faciliteter for frysehuse, som etableres i forlængelse af eksisterende faciliteter på hospitalerne. Med frysehusene skal al den information, som hver dag produceres i form af prøver og tests på hospitalerne, samles. Med tilgængelig informationen er vejen banet for bedre forskning i skræddersyede behandlingstilbud, der giver færre bivirkninger og en mere målrettet og effektiv behandling.

Når information om patienters biologiske forskelle bliver samlet i større grad, end det er i dag, forbedres forskningsbetingelserne. Der skabes et bedre overblik, som gør det nemmere at undersøge sygdomsudvikling og behandlingsrespons hos store grupper af patienter. Den viden er nøglen til udvikling af skræddersyet medicin, der kan målrettes patientens individuelle behov ved at være tilpasset den enkelte patients genetiske arvmasse.

I dag opbevares bioprøver i mange forskellige fryserer rundt om på hospitalerne. Nogle fryserer optager plads på kontorer og på hospitalsgangene, mens andre fylder i kælderarealer. Konsekvensen er, at ingen har det fulde overblik over, hvilke prøver der eksisterer. Ved at samle prøverne i større fryserum på hospitalerne skaber man i stedet et overskueligt og tilgængeligt forskningsbibliotek for landets forskere.

Blodprøver, vævsprøver og andre bioprøver er meget vigtige for viden om patienternes individuelle behov. Amerikanske opgørelser viser fx, at behandlingen idag rammer skævt i 40 procent af tilfældene, med den medicin der tilbydes astmapatienter, og hele 75 procent af kræftpatienter får i dag medicin, som enten ikke virker eller ligefrem er skadelig.

Frysehuse sikrer kvalitet

Etablering af frysefaciliteter har afledte positive konsekvenser. For det første opnås en sikkerhed i opbevaringen i tilfælde af strømsvigt, hvilket sikrer prøvernes kvalitet. For det andet vil faciliteterne opdæmme et markant stigende el-forbrug med tilsvarende markant stigende el-udgifter. Begge dele skal ses i lyset af, at de store investeringer i forskning i patienters biologi og skræddersyet medicin skaber et stadigt voksende behov for mere fryseplads. Vurderingen er, at der de næste 10 år vil blive brug for dobbelt så meget opbevaringsplads fra de i dag estimerede 2.400 m² til 4.800 m² i 2027.

Programskitse for arrangement omkring Frysehusprojektet

Det kommende arbejde i projektet bygger på de tidligere faser, hvor forskellige modeller for etablering af nye frysehusfaciliteter er blevet analyseret. Det blev besluttet at gå videre med en model, der understøtter en decentral placering på hospitalsmatrikler for at sikre nærheden til forskningsmiljøer og biobanksekspertise.

D. 2. november 2017 besluttede budgetforligskredsen således at prioritere 20 mio. kr. i 2018 til at fortsætte arbejdet med at etablere nye frysehusfaciliteter. Dette arbejde ønsker budgetforligskredsen at initiere med et arrangement i første kvartal af 2018 med deltagelse af politikere og kliniske forskere, hvor det bl.a. kan drøftes, hvorledes projektet bedst kan understøtte fremtidig forskning og behandling til gavn for patienterne.

Skitsen til programmet indeholder følgende elementer:

- * Afholdelse på et hospital efter normal arbejdstid.
- * Mulighed for fremvisning af fysiske frysefaciliteter.
- * Mulighed for drøftelser med kliniske forskere.
- * Drøftelser af hvordan projektet bedst kan bidrage til et øge kvaliteten af patientbehandlingen nu, og i fremtiden – via understøttelse af forskning og behandling
- * Drøftelser af hvordan projektet bedst kan understøtte regionens arbejde for en Østdansk infrastruktur for Personlig Medicin og den nationale strategi

Det foreslås, at Region Hovedstadens Strategiske Forskningsråd indgår i planlægningen af og inviterer til arrangementet.

KONSEKVENSER

På baggrund af drøftelsen i sundhedsudvalget udfærdiges i et samarbejde med Region Hovedstadens Strategiske Forskningsråd et program for arrangement omkring Frysehusprojektet. Region Hovedstadens Strategiske Forskningsråd udsender invitation til arrangementet til regionsrådet.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke risici.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling/ Claus Bjørn Billehøj

JOURNALNUMMER

17036038

5. DRØFTELSESSAG: TOLKEOMRÅDET

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

På baggrund af Region Syddanmarks overvejelser om at oprette eget regionalt tolkekorps besluttede sundhedsudvalget på mødet d. 31. oktober 2017 at drøfte muligheden for oprettelse af tolkekorps i Region Hovedstaden.

Nærværende sag belyser tolkeområdet og redegør for status i Region Syddanmark og Region Hovedstaden, den nylige sag om 3 tolkebureauers ansættelse af en swahili-tolk, der ikke talte sproget, Sundhedsministerens overvejelser vedrørende certificering af tolke i sundhedsvæsenet, samt Rigsrevisionens undersøgelse af brugen af fremmedsprogstolkning.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- at udvalget drøfter, om administrationen skal udarbejde en nærmere analyse af tolkeområdet, eller om udvalget vil afvente resultater fra Region Syddanmark med ordningen med et regionalt tolkekorps.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Region Hovedstadens kontrakt på tolkeområdet udløber d. 30. september 2018 og kan forlænges i 2 år. Administrationen har i udarbejdelsen af denne sag søgt at skabe et aktuelt overblik over tolkeområdet. Et fuldt overblik over området, samt Region Hovedstadens handlemuligheder, kræver en nærmere analyse af såvel de økonomiske og juridiske rammer samt tilfredsheden med den nuværende tolkeordning.

Region Syddanmark

Efter et fællesudbud med landets øvrige fire regioner fik Tolke Danmark i efteråret 2016 tildelt kontrakten med fremmedsprogstolkning i Region Syddanmark med driftsstart den 1. februar 2017.

Region Syddanmark og Tolke Danmark valgte i enighed at afbryde samarbejdet igen efter en uges forløb, da indkøringen af den nye tolkeaftale ikke var forløbet som forudsat, hvorefter kontrakten om levering af tolkeydelser ophørte med øjeblikkelig virkning. Regionen angiver manglende forsyningsstabilitet og lav kvalitet i opgaveløsningen som årsagerne til behovet for at opsige aftalen.

Sundhedsudvalget i Region Syddanmark har d. 24. oktober 2017 behandlet et forslag om oprettelse af en ny regional tolkeenhed, som vurderes at skulle bestå af:

- Ca. 20-25 fastansatte tolke med kompetence til at tolke inden for de største tolkesprog.
- En afdelingsleder.
- Et antal administrative medarbejdere til at booke tolkninger m.m.
- Det skal desuden afklares, om enheden skal have tilknyttet eget freelancekorps af tolke i de mindre anvendte sprog.

Udover udgifter til personale kommer etableringsudgifter til:

- Indretning af lokaler, inkl. afskærmede tolkerum til teletolkning.
- Indkøb af videotolkningsudstyr.
- IT/servere.
- Udvikling af bookingsystem.

Sundhedsudvalget i Region Syddanmark besluttede at indstille til regionsrådet, at tolkeområdet hjemtages med start i 2018, samt at tilrettelæggelsen vedrørende mindre sprog undersøges nærmere. Regionsrådet i Region Syddanmark behandler indstillingen fra regionens sundhedsudvalg den 27. november 2017.

Fordi der ikke findes en tolkeuddannelse i Danmark, er Region Syddanmark i gang med at udvikle en række AMU-kurser i samarbejde med Social- og Sundhedsskolen, som skal være obligatoriske for tolkene. Der er tale om kurser af et par ugers varighed. Her vil der blandt andet blive undervist i sundhedsvæsenets opbygning, de mest almindelige sygdomme, basal anatomi og tolkeetik.

For så vidt angår Region Syddanmarks overvejelser på tolkeområdet, er det værd at bemærke, at regionens udgangspunkt på området er et andet end Region Hovedstadens. Administrationen har været i dialog med nøglepersoner på tolkeområdet på to af hospitalerne i Region Hovedstaden. Deres umiddelbare tilbagemelding er, at der er tilfredshed med samarbejde med de tolkefirmaer, som regionen har kontrakt med. Region Hovedstaden har tidligere efter gensidig overenskomst opsagt aftale med Tolke Danmark.

Ansættelse af tolk uden de nødvendige sprogkundskaber

Dagbladet Information kunne i oktober måned fortælle om Søren Rasmussen, som uden at kunne swahili søgte og blev tilbudt job som tolk i sproget af tre forskellige tolkebureauer. Den ene af disse var Tolkdanmark, som står for tolkningen på sundhedsområdet i Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Midtjylland. Tolkdanmark har efterfølgende indført længere tests og tager ikke tolke ind, som de ikke kan teste.

Danske Regioner: Opkvalificering af tolkeområdet

Regionernes sundhedsdirektører har i oktober måned i regi af Danske Regioner drøftet behovet for opkvalificering af tolkeområdet. Sundhedsdirektørkredsen indstillede blandt andet, at Danske Regioner over for staten rejser problemstillingen om, at der mangler en national kvalitetssikring af tolkes sprogkompetencer, og at kredsen vedtager, at der indarbejdes krav til kompetencer i fremtidige udbud.

I det fællesregionale udbud af tolkeydelser blev der identificeret et behov for opkvalificering af tolkenes kompetencer, eventuelt i form af etablering af en egentlig tolkeuddannelse. Regionerne ligger imidlertid ikke selv inde med kompetencer til at vurdere tolkenes sproglige kompetencer. Derfor vil regionerne søge at løfte problemstillingen vedrørende tolkenes sproglige kompetencer op på nationalt plan.

Sundhedsminister Ellen Trane Nørby (V) har i begyndelsen af november, i kølvandet på sagen om Søren Rasmussens ansættelser i tolkebureauer, tilkendegivet, at hun vil se på, "... om der skal indføres en særlig certificering for tolke i sundhedsvæsenet".

Antal tolkninger i Region Hovedstaden

Region Hovedstadens kontrakt på tolkeområdet trådte i kraft i februar 2017. Antal tolkninger i perioden februar-oktober 2017 fremgår af tabellen nedenfor. I Region Hovedstaden foretages cirka 81.000 fremmedsprogstolkninger pr. år.

	2017_02	2017_03	2017_04	2017_05	2017_06	2017_07	2017_08	2017_09	2017_10	Hovedtotal
Hospital	2.294	3.267	2.574	3.086	3.519	2.543	3.595	3.870	3.919	28.667
Fremmøde	1.615	2.376	1.891	2.140	2.314	1.728	2.297	2.533	2.482	19.376
Telefon	319	370	317	396	403	334	501	477	469	3.586
Video	360	521	366	550	802	481	797	860	968	5.705
Praksis	3.183	4.662	3.000	4.379	3.842	1.880	3.744	4.013	3.907	32.610
Fremmøde	2.980	4.371	2.776	3.997	3.531	1.710	3.353	3.609	3.576	29.903
Telefon	202	289	221	377	308	154	376	399	330	2.656
Video	1	2	3	5	3	16	15	5	1	51
Hovedtotal	5.477	7.929	5.574	7.465	7.361	4.423	7.339	7.883	7.826	61.277

Omkostninger

I 2016 var udgifterne til fremmedsprogstolkning i Region Hovedstaden på 32,5 mio. kr. Beløbet kan ikke fremskrives til 2017, da prisstrukturen er ændret pr. 1. februar 2017 i forbindelse med indgåelse af ny kontrakt.

Kvalitet: Utsigtede hændelser i tolkearbejdet i Region Hovedstaden

En utilsigtet hændelse (UTH) er en begivenhed, der sker i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed.

Utilsigtede hændelser er hændelser, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende. Hændelserne anvendes til at identificere risikoområder, som kan forbedres gennem både lokal og national læring samt vidensdeling. Antallet af rapporteringer ikke er et tilstrækkeligt grundlag til at vurdere, om det går bedre eller dårligere på et område.

Administrationen har gennemgået rapporterede utilsigtede hændelser, hvor Tolkdanmark servicen er blevet anvendt i almen praksis eller på hospitalerne i perioden 1. februar 2017 til 8. november 2017. I alt blev der identificeret 42 utilsigtede hændelser fra almen praksis (20) og hospitaler (22), vedrørende problematisk bestilling af tolke fra Tolkdanmark.

I de rapporterede UTH'ere for almen praksis og hospitaler i Region Hovedstaden i den angivne periode på lidt over 9 måneder har der ikke været nogen rapporter, der omhandlede tolkenes sproglige kompetencer. Rapporterne har i stedet omhandlet situationer, hvor tolkene er udeblevet (17 tilfælde), forskellige vanskeligheder i forhold til bestilling af tolk, manglende bestilling og manglende angivelse af behov for tolk i henvisning (22 tilfælde), samt tilfælde hvor en mandlig tolk for eksempel er mødt op for at tolke til en gynækologisk konsultation (3 tilfælde).

Rigsrevisionens undersøgelse af brugen af fremmedsprogstolkning

Rigsrevisionen har på eget initiativ iværksat en undersøgelse af brugen af fremmedsprogstolkning i regionerne, Udlændingestyrelsen, Rigspolitiet og Domstolsstyrelsen. Formålet med undersøgelsen er at afdække, om man får den bedste og billigste tolkning, samt hvorvidt man opsamler og deler erfaringer på tværs af myndighedsområder.

I Rigsrevisionens undersøgelse indgår en analyse af de professionelle brugeres oplevelse af kvalitet i tolkearbejdet. Såvel analysen af oplevet kvalitet, som undersøgelsen af fremmedsprogstolkning planlægges offentliggjort d. 21. marts 2018. Begge dele kunne medvirke til at kvalificere Region Hovedstadens overvejelser på tolkeområdet.

Det videre arbejde

Administrationen foreslår, at Region Hovedstaden følger udviklingen i Region Syddanmark, herunder følger ordningen med et regionalt tolkekorps, såfremt indstillingen herom tiltrædes af regionsrådet i Region Syddanmark.

KONSEKVENSER

På baggrund af sundhedsudvalgets drøftelser, vil administrationen gå videre i arbejdet med området.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke risici.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling/Anne Skriver Andersen

JOURNALNUMMER

17035850

7. ORIENTERINGSSAG: OPFØLGNING PÅ TEMADAGEN "KUNSTEN AT SEPONERE"

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

I budgettet for 2017 fremgår det, at Region Hovedstaden i 2017 skal sætte fokus på ophør og aftrapning af unødvendig medicin, blandt andet ved afholdelse af en temadag, hvor emnet sættes til debat. Temadagen, som havde titlen "Kunsten at seponere – Lægefaglige dilemmaer ved seponering af lægemidler", blev afholdt fredag den 29. september 2017 på Rigshospitalet. Programmet for temadagen fremgår af bilag 1.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget

- at orienteringen om afholdelse af og opfølgning på temadagen om seponering af medicin tages til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Baggrunden for temadagens afholdelse var, at regionsrådet i budgettet for 2017 besluttede, at der skulle afholdes en temadag med fokus på ophør og udtrapning af unødvendig medicin.

Task Force for Rationel Medicinanvendelse på Hospitalerne, som blev oprettet i regi af Den Regionale Lægemiddelkomité i forbindelse med budgettet for 2016 har i deres arbejde allerede fokus på udfordringer forbundet med indstilling af livsforlængende lægemiddelbehandling. Det blev derfor besluttet, at temadagen både skulle have fokus på at undgå unødvendig lægemiddelbehandling blandt mennesker med en psykiatrisk/somatisk diagnose og hos mennesker i den sidste levetid.

Temadagen blev planlagt i samarbejde mellem administrationen og Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital, med inddragelse af en række faglige miljøer inklusive privatpraktiserende læger.

Temadagens deltagere og indhold

Der var ca. 250 deltagere på temadagen, heraf var 110 hospitalsansatte læger, 50 praktiserende læger, 35 farmaceuter og 20 sygeplejersker. Resten af deltagerne var politikere samt repræsentanter fra patientforeninger og statslige, regionale og kommunale myndigheder.

Temadagen indledtes med velkomst ved formand for sundhedsudvalget Karin Friis Bach.

Både tilhørere, oplægsholdere og paneldeltagere havde flere bud på, hvordan man kan blive bedre til at undgå unødvendig lægemiddelbehandling i Region Hovedstaden.

For eksempel blev opfølgning på lægemidlers kliniske effekt efter markedsføring samt data om langtidseffekter ved medicinsk behandling efterspurgt. Det blev desuden foreslået, at hospitalsledelserne skal sætte fokus på seponering ved blandt andet at indføre seponering som fast emne på de daglige lægefaglige konferencer i afdelingerne. Det blev drøftet, hvor vigtigt det er, at lægerne har de nødvendige faglige og kommunikative kompetencer vedrørende lægemiddelbehandling, samt metoder til at formidle objektive informationer, så patienten på et oplyst grundlag kan træffe beslutning om, hvorvidt en behandling skal iværksættes, fortsættes eller stoppes.

Desuden blev det bemærket, at en del patienter, særligt fra psykiatrien, har brug for håndholdte forløb, hvor man f.eks. håber, at den patientansvarlige læge kan få en vigtig rolle. Endelig blev den praktiserende læges tovholderrolle drøftet, hvor både samarbejde på tværs af sektorer, mulighed for at følge og koordinere forløb og videndeling var væsentlige nedslagspunkter.

Feedback og opfølgning på temadagen

Administrationen er tilfreds med den store interesse for temadagen og med dagens afvikling.

Evalueringen af temadagen er overvejende positiv. Af tilbagemeldingerne fremgår det blandt andet, at deltagerne generelt synes, at det er godt og vigtigt, at der bliver sat fokus på temaet, og at oplæggene var interessante.

Administrationen er nu ved at kigge på de idéer til konkrete forbedringstiltag, som blev foreslået og drøftet på temadagen, for at vurdere, hvilke der umiddelbart kan gås videre med, hvilke der kræver et udviklingsarbejde og hvilke der er et nationalt anliggende. Dette afklaringsarbejde forankres i første omgang i Task Force for Rationel Medicinanvendelse på Hospitalerne, med forventet senere inddragelse af aktører i psykiatrien og på det tværsektorielle område, da en del af forslagene går på tværs af primær og sekundær sektor.

KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ingen konsekvenser.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke risici.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Der er ikke planlagt en særskilt kommunikationsindsats på baggrund af denne mødesag.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling/Anne Skriver

JOURNALNUMMER

16042921

BILAGSFORTEGNELSE

1. Program - Kunsten at seponere - september

8. ORIENTERINGSSAG: STATUS PÅ UDMØNTNING AF MIDLER TIL UDGÅENDE FUNKTIONER OG SPECIALISERET RÅDGIVNING

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Der er med handlingsplanen for den ældre medicinske patient afsat 175 mio. kr. i årene 2016-2019 og herefter 65 mio. kr. årligt til udgående funktioner og specialiseret rådgivning i regionerne.

Regionsrådet godkendte efter anbefaling fra udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde samt sundhedsudvalget på møde den 18. april 2017, at Region Hovedstadens andel af midlerne skulle fordeles med:

- ┆ 13,7 mio. kr. i varige midler til palliative team for ikke-kræft patienter
- ┆ 5,8 mio. kr. i varige midler til geriatiske team og
- ┆ 1 mio. kr. i varige midler til specialiseret rådgivning fra hospitalerne.

Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde har ønsket at modtage en status på arbejdet med ovenstående indsatser i efteråret 2017. Sagen forelægges derudover sundhedsudvalget til orientering.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til sundhedsudvalget:

- ┆ **at** opfølgning på udmøntning af midler til udgående funktioner og specialiseret rådgivning tages til efterretning

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Der er med handlingsplanen for den ældre medicinske patient afsat 175 mio. kr. i årene 2016-2019 og herefter 65 mio. kr. årligt til udgående funktioner og specialiseret rådgivning i regionerne. I Region Hovedstaden anvendes midlerne til nedenstående indsatser:

- ┆ 13,7 mio. kr. i varige midler til palliative team for ikke-kræft patienter
- ┆ 5,8 mio. kr. i varige midler til geriatiske team og
- ┆ 1 mio. kr. i varige midler til specialiseret rådgivning fra hospitalerne.

I denne sag gives en status på arbejdet med indsatserne.

Status vedr. palliative teams for ikke-kræft patienter:

Status på hospitalerne vedr. palliative teams

Alle de somatiske hospitaler er i gang med planlægningsarbejdet og herunder at rekruttere personale og udvide de palliative teams med flere tværfaglige funktioner som læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, socialrådgivere og psykologer.

Stort set alle hospitaler udbygger de nuværende specialiserede palliative enheder. De specialiserede palliative enheder på hospitalerne samarbejder om udviklingen af de udgående palliative teams med relevante specialer så som de lungemedicinske, nefrologiske, neurologiske og urologiske specialer.

Der forventes både ansat personale på fuldtid og delestillinger i de specialiserede palliative enheder med henblik på læring og forankring af palliativ behandling i specialerne.

Følgegruppe for udgående palliative teams for patienter med livstruende sygdom (anden diagnose end kræft)

Region Hovedstaden har i forbindelse med udmøntningen af midlerne nedsat en "Følgegruppe for udgående palliative teams for patienter med livstruende sygdom (anden diagnose end kræft)", der

videndeler og følger udviklingen af de palliative teams på hospitalerne.

Følgegruppen består af repræsentanter fra hospitalerne, kommunerne, regionens hospices og de privatpraktiserende læger. Følgegruppen har holdt 2 møder og vil fremadrettet holde møde hver anden måned for at medvirke til en succesfuld implementering og udvidelse af den udgående palliative behandling.

Følgegruppen forventer at holde en workshop i marts 2018, hvor der blandt andet vil være oplæg om status på arbejdet med de udgående palliative teams for patienter med anden livstruende sygdom end kræft samt oplæg fra relevante specialer og eksperter på området. Deltagerne på workshoppen vil være følgegruppens medlemmer, relevante ressourcepersoner på primært hospitalerne, Forum for Sundhedsplanlægning og gerne også politiske repræsentanter.

Arbejdsgruppen arbejder endvidere på følgende initiativer, der skal bidrage til udviklingen af de udgående palliative teams for patienter med anden diagnose end kræft og område generelt:

- Udvikling og anvendelse af den kommende regionale hjemmeside om palliation
- Udarbejdelse af fælles regionale vejledninger
- Styrkelse af det tværsektorielle samarbejde for målgruppen.

Palliativ vagtordning

Den 1. januar 2017 åbnede Region Hovedstaden op for en ny specialiseret palliativ rådgivningsfunktion uden for normal åbningstid, der giver praktiserende læger og speciallæger, læger på akuttefonen 1813 samt læger på det basale niveau på hospitalerne mulighed for at få let og hurtig telefonsik rådgivning fra en hospitalsspecialist i palliativ behandling.

Der er i midten af 2017 udarbejdet en evaluering af den specialiserede palliative vagtordning (Bilag 1). Evalueringen viser, at rådgivningstelefonen i første halvår gennemsnitligt er anvendt 1 gang hver anden dag, og at det især er de praktiserende læger, der har benyttet telefonrådgivningen. Der er i august 2017 igen udsendt information om den palliative vagtordning til hospitalerne og de praktiserende læger for at øge kendskabet til den specialiserede palliative rådgivningsfunktion.

Status vedr. udgående geriatriske funktioner:

I den Nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient 2016-2019 nævnes specifikt udgående geriatriske funktioner som et eksempel på udgående sygehusfunktioner, og der har i flere sammenhænge været nationalt fokus herpå, da geriatriske teams har vist gode resultater i forhold til forebyggelse af genindlæggelser.

Alle akuthospitaler har et geriatrisk team eller en geriatrisk funktion, som varetager geriatrisk udredning og vurdering af særligt svækkede ældre borgere med flere samtidige sygdomme, funktionstab og evt. social problemstilling. De geriatriske funktioner kan bidrage til at identificere patienter, som har brug for en særlig indsats for at forebygge genindlæggelse. Supplerende hertil har hospitalerne igangsat etablering af geriatriske udadvendte funktioner, der organisatorisk er bundet sammen i en samlet udgående enhed på de enkelte hospitaler.

Status på specialiseret rådgivning (sundhedsaftalens indsats 28):

I forhold til den nationale handlingsplans krav om at forbedre adgangen for den kommunale hjemmesygepleje og almen praksis til specialistrådgivning fra hospitaler er det i sundhedsaftalen 2015-2018 aftalt: "At understøtte let adgang til rådgivning og specialviden i konkrete tværsektorielle forløb for borgere med komplekse pleje- og rehabiliteringsbehov samt borgere med psykisk sygdom" (indsats 28). Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde besluttede ved møde den 21. september 2016 at afvente dette arbejde, inden der træffes beslutning om den nærmere anvendelse af de nationale midler til området.

En arbejdsgruppe under sundhedsaftalen har i efteråret 2017 arbejdet med afklaring af behovene i kommuner og praksissektor for at bedre adgangen til rådgivning og specialviden. Arbejdsgruppens afrapportering/forslag bliver drøftet i Den Administrative Styregruppe primo 2018.

KONSEKVENSER

Ingen konsekvenser end de i sagen henviste.

RISIKOVURDERING

Vedr. palliative teams kan der være risiko for uensartethed i tilbuddene i regionen, mens ordningen udrulles, idet flere hospitaler udvælger de områder og diagnosegrupper med størst patientvolumen.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen har ikke i sig selv bevillingstekniske konsekvenser yderligere end de allerede vedtagne.

KOMMUNIKATION

Der er ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Der forelægges en status for relevant politisk udvalg i første halvår 2018.

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling / Else Hjortsø

JOURNALNUMMER

16029565

BILAGSFORTEGNELSE

@ 1. Evaluering af den palliative vagtordning 1. halvår 2017 (002)

9. EVENTUELT

EVENTUELT

Tomt indhold

SUNDHEDSSUDVALGET

MØDETIDSPUNKT

28-11-2017 13:00

MØDESTED

Mødelokale på regionsgården H4

MEDLEMMER

Karin Friis Bach	Formand
Flemming Pless	Næstformand
Annie Hagel	Medlem
Katrine Vendelbo Dencker	Medlem
Leila Lindén	Medlem
Lene Kaspersen	Medlem
Marianne Stendell	Medlem
Niels Høiby	Medlem
Ole Stark	Medlem

INDHOLDSLISTE

1. Meddelelser - Ændring udlevering af udrensningsmiddel i tarmkræftscreeningsprogrammet
2. Meddelelser Siden sidst

1. MEDDELELSER - ÆNDRING UDLEVERING AF UDRENSNINGSMIDDEL I TARMKRÆFTSCREENINGSPROGRAMMET

MEDDELELSER

Baggrund:

Der er mellem de private apoteker i Region Hovedstaden og Region Hovedstaden truffet aftale om at borgere, der er indkaldt til koloskopi i forbindelse med screeningsprogrammet for tarmkræft på Nordsjællands Hospital, Bispebjerg Hospital, Hvidovre og Amager Hospital, Herlev Hospital og Bornholms Hospital fra 1. januar 2018 på regionens regning kan hente lægemiddelet MOVIPREP til udrensning af tarmen på et af de private apoteker i Region Hovedstaden. Udrensningsmidlet har tidligere været sendt med post til borgere, som skulle have foretaget en koloskopi i forbindelse med tarmscreeningsprogrammet. Baggrunden for aftalen med apotekerne er, at der har været problemer med rettidig modtagelse af udrensningsmidlet, hvilket har medført aflysninger eller ufuldstændige undersøgelser (koloskopier).

Formålet er at lave en optimal proces for tarmkræftsscreeningsforløbet, der skaber de bedste forhold for patienterne på den mest effektive måde. Det er u hensigtsmæssigt, både for patienterne og hospitalerne, at invitationer til koloskopi modtages for sent i posten. Dette kan medføre inkomplette undersøgelser og udeblivelser til screeningsafledte koloskopier og dermed ressourcespild.

Det nye forløb:

Hidtil har patienter med positive screeningssvar fået tilsendt en invitation til koloskopi med posten sammen med udrensningspræparatet MOVIPREP. Denne er indkøbt gennem Amgros og udsendes fra hospitalsregi. Det nye forløb bliver, at borgere, der indkaldes til koloskopi ved positivt svar på screeningsprøven, selv afhenter udrensningspræparatet på nærmeste lokalapotek. Ved positivt svar på screeningsprøven vil borgere få tilsendt et brev i e-post. Brevet vil indeholde en indkaldelse til en koloskopi og vejledning om at afhente udrensningspræparatet på nærmeste lokalapotek. Hvis borgere ikke er tilmeldt e-post, vil de modtage informationerne i et postbrev. Ændringen igangsættes 1. januar 2018.

Erfaringer fra andre regioner:

Region Nordjylland har i cirka et år haft et testforløb for tarmkræftsscreeningspatienter, hvor patienter, ved positivt prøvesvar, afhenter udrensningspræparatet MOVIPREP enten på et apotek eller får tilsendt udrensningspræparatet fra hospitalet.

Region Nord har ikke været forhandlinger om pris, men indkøber til gældende apotekerpris. Region Nordjylland vurderer, at den yderligere udgift til at indkøbe udrensningspræparatet til gældende apotekerpris, er acceptabel for Region Nordjylland, set i forhold til udgifterne ved at sende lægemidlerne med post og eventuelle udeblivelser og eller inkomplette undersøgelser pga. forsinket post.

Region Hovedstadens model ligner modellen i Region Nordjylland. Region Sjælland har tilsvarende overvejelser om at ændre tarmkræftsscreeningsforløbet for udlevering af udrensningspræparat.

JOURNALNUMMER

17017128

2. MEDDELELSER SIDEN SIDST

MEDDELELSER

Siden sidst har sundhedsudvalget modtaget følgende:

Den 16. november 2017: Region Hovedstadens overholdelse af bekendtgørelsen om maksimale ventetider for oktober 2017 (bilag 1)

JOURNALNUMMER

16000148

BILAGSFORTEGNELSE

1. SUND Region H overholdelse af maksimale ventetider okt.

KOMMISSORIUM

ANALYSE AF REGION HOVEDSTADENS LÆ- RINGSKULTUR PÅ BAGGRUND AF TILSIGTEDE HÆNDELSER OG ROLLE OG ANSVAR I PATIENTSIKKERHEDSARBEJDET

Opgang B
Telefon 3866 6000
Direkte 38665367
Mail csu@regionh.dk

Dato: August 2017

Baggrund og formål

Forum for Kvalitet vedtog i januar 2017 en ny model for arbejdet med utilsigtede hændelser, som skulle implementeres i efteråret 2017, når implementeringen af Sundhedsplatformen var overstået. I forbindelse med den tværgående analyse om meningitis og meningokoksygdom, blev identificeret et problemområde om kulturen ved læring af fejl, hvilket gav anledning til en generel drøftelse af læringskultur og håndtering af utilsigtede hændelser. Forretningsudvalget ønskede, at analysen tillige skulle omfatte understøttelse af en god kultur for læring fra utilsigtede hændelser samt risikomanagerens rolle. Koncerndirektionen tiltrådte dette ønske, og besluttede, at der skulle nedsættes et separat analyseteam til denne opgave. Formandsskabet varetages af Koncerndirektør Svend Hartling.

Formålet med analysen er, at øge patientsikkerheden ved at opnå bedst mulig læring af utilsigtede hændelser gennem fokus på kultur, organisation og kompetencer indenfor patientsikkerhedsområdet. Udgangspunktet for analysen vil være den allerede vedtagne model for arbejdet med utilsigtede hændelser, og viden om hvordan vi aktuelt arbejder med utilsigtede hændelser i organisationen herunder, hvordan vi uddrager læring og spredning af læring.

Opgaverne vil omhandle:

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

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 1 - Side -2 af 10

Datagrundlag

Region Hovedstaden har i forbindelse med forudgående analyse gennemgået alle regionens rapporterede utilsigtede hændelser fra 2015 til 28. marts 2017, der omhandler meningitis og meningokoksygdom. Derudover har regionen gennemgået:

- alle regionens hændelser, der er klassificeret som alvorlig eller potentiel alvorlig for perioden 1.5 2016 til 1.5 2017.
- alle regionens patientsikkerhedsanalyser i perioden 1.5 2016 – 1.5 2017

Hændelserne er indhentet i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD).

Regionen har endvidere indhentet viden om virksomhedernes aktuelle organisering af patientsikkerhedsarbejdet via spørgeskemaundersøgelser, formøde med risikomanagerne, virksomhedsbesøg, oplæg på første møde samt mødedeltagernes viden og erfaring.

Sammensætning af analyseteam:

Analysegruppen er sammensat bredt for dels at belyse emnet fra så mange vinkler som muligt og dels for at sikre, at handleplaner kan bæres ind i regionens organisation efterfølgende. Analyseteamet kan vælge at supplere sig i analysen såfremt behov opstår. Deltagere skal bidrage med viden omkring kultur, ledelse, læring og patientsikkerhed.

Koncerndirektør (Formand)

Formand for Forum for Kvalitet

Alle vicedirektører med ansvar for patientsikkerhed

To kvalitetschefer

En udviklingschef

En risikomanager

Regional kvalitetschef

Regionale risikomanagere (facilitering og sekretariatsbetjening)

En ledende overlæge

En klinikchef

En oversygeplejerske

En udviklingssygeplejerske

En reservelæge

En pårørende

To repræsentanter fra Center for HR

En repræsentant fra Implement

Procesplan



Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering
Bilag 1 - Side -3 af 10

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed (EKP) inviterer risikomanagerne fra hospitalerne til et formøde med henblik på indhentelse af kredsens input til analysen. Mellem 1. og 2. møde planlægger EKP et besøg hos kvalitetschefer og risikomanagere på alle hospitaler/virksomheder med henblik på input til analysen og det fremtidige samarbejde omkring patientsikkerhed.

Afrapportering

Afrapportering er planlagt til udgangen af 2017. Herefter vil implementering af handlingsplaner fra analysen ske i løbet af 2018.

Afrapporteringen vil foregå til Koncernledelsen og det politiske niveau.

Hovedpointer fra formøde med Risikomanagernetværk d. 24. aug. 2017

I forbindelse med analyse af læringskultur og risikomanagerens rolle har risikomanagerne været indkaldt til et formøde for at give deres input til analysen.

Nedenfor er hovedpointerne fra formødet samlet.

- Risikomanageren skal have adgang til kliniske systemer (eks. Sundhedsplatformen)
- Ved alvorlige utilsigtede hændelser (UTH) skal ledelserne gå først med, at der skal rapporteres.
- Der skal sikres opfølgning på handleplaner.
- Dagsordenspunkt for patientsikkerhed i kvalitetsråd, punktet skal være fast eks. to gange årligt. Risikomanageren bydes med, når patientsikkerhed er på dagsordenen.
- Tid afsat til patientsikkerhed i risikomanagerens arbejdsdag – patientsikkerhed skal være kerneopgaven.
- Der ønskes en funktionsbeskrivelse for risikomanageren.
- Kompetenceudvikling/uddannelse for risikomanagere (ECTS pointgivende uddannelse).
- Netværk for risikomanagere er vigtigt. Organiseringen af risikomanagerne skal ikke være ens i virksomhederne eller organiseret centralt.
- Tværsektorielle og tværgående analyser mellem hospitaler bliver løst af Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed.
- Udarbejdelse af palette over analysemetoder.
- Regionale vejledninger for UTH arbejdet revideres.

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 1 - Side -5 af 10

Fordele og ulemper ved nuværende organisering

Til formødet med risikomanagerne blev der brainstormet på fordele og ulemper ved nuværende organisering.

Den nuværende organisering af patientsikkerhedsarbejdet er meget lokal. Forskelle i organisering giver forskellige fordele og ulemper. Der er ligeledes forskellige procedurer for sagsbehandling på hospitalerne – hhv. central og decentral sagsbehandling.

Fordele	Ulemper
Risikomanagerrolle fungerer godt ved centralsagsbehandling. Risikomanager (RM) er tovholder til direktionen	Manglende mandat hos risikomanageren.
RM fungere godt ved decentralsagsbehandling. Også her er RM tovholder	Der angives ikke at være tid til at lære af UTH i afdelingerne.
RM-rollen fungerer godt, når anbefalingen bliver fulgt	Udfordring når der ikke er opbakning i direktionen til, at der skal laves analyser.
Ugentlige anbefalinger til vicedirektør ud fra matrix for ugens hændelser, derefter går det ud til afdelingerne at de skal lave en analyse. Kvalitetschefen er cc.	Udfordring når klinikchefen kan sige nej til den anbefaling, som risikomanageren kommer med.
Afdelingernes opfølgning/ handleplaner på relevante hændelser sendes som orientering til direktionen.	Manglende tilbagemeldinger fra lokale ledelser.
Direktionen lytter og respektere RM's viden og faglighed.	Svært at håndtere afdelinger der ikke har fokus på patientsikkerhed, hvor det ikke prioriteres ift. andre opgaver.
Brug af Redskab til dialog, ift. om der skal gennemføres kerneårsagsanalyse.	Det kan være svært som risikomanager at få et overblik over de tiltag, der bliver taget på afdelingerne.
Når der eksisterer et PatientSikkerheds-Koordinator/Ansvarlig Netværk.	Analyse af egen organisation kan være en udfordring
Mulighed for at have en klinikchef/afdelingsleder fra anden afdeling med i analyserne.	Får man noget ud af at lave en kerneårsagsanalyse
Kontakten til patientsikkerhedskoordinator er vigtig.	Særlig kultur i hver virksomhed
	Tid brugt på Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD)

NOTAT

Direkte 38665369

Virksomhedsbesøg vedr. analyse af læringskultur og risikomanagerens rolle

Journal nr.: 17024676

Dato: 18. oktober 2017

Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed har været på besøg i regionens virksomheder for at tale med kvalitetsorganisationerne bl.a. kvalitetschefen og risikomanagere om samarbejdet om patientsikkerhed internt på hospitalerne og det regionale niveau. Derved er der indhentet input til analysen fra samtlige dele af regionens virksomheder.

Nedenfor er kommentarer og forslag til indsatsområder i analysen opridset:

Overordnede kommentarer til analysen

- Forslag om at ændre i overskriften for kommissoriet for analysen, så det bliver mere bredt om rolle og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet fremfor risikomanagerens rolle eksempel – *Læringskultur og roller og ansvar i patientsikkerhedsarbejdet.*
- I forhold til det store antal indsatsområder er der brug for
 - En prioritering af indsatsområderne i forhold til, hvilke områder der er mest vigtige at arbejde med for at øge patientsikkerheden i regionen.
 - En tidsplan for implementering af de valgte indsatsområder med en trinvis udrulning af indsatsområderne.
 - En operationalisering af indsatsområder, og at der udvikles indikatorer til dem, så indsatsområderne kan evalueres.
- Omdrejningspunktet er læring og kultur, det er derfor vigtigt at have ledelsen med. Det er ledelsen, der er kulturbærer. Risikomanageren understøtter arbejdet med patientsikkerhed. Risikomanageren skal derfor være klædt på til opgaven og have råderum til at løse opgaven.

Analyseformer, stærke handlingsplaner og implementering af handlingsplaner

Der var stor efterspørgsel på analysemetoder og viden om, hvordan man udarbejder gode og stærke handlingsplaner, samt hvordan man implementerer handlingsplaner.

- Analyseformer:
Der efterspørges generelt mulighed for og viden om andre analysemetoder end kerneårsagsanalysen. Eksempel på en anden tilgang end kerneårsagsanalysen: dialogbaserede analyser, hvor der tages stilling til læring på kort sigt og læring på lidt længere sigt.
- Handlingsplaner:
Der efterspørges viden om, hvordan man udarbejder stærke og gode handlingsplaner, samt inspiration til at følge op på handlingsplaner.

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 1 - Side -7 af 10

- **Implementering:**
Der efterspørges implementeringskompetencer, herunder viden om hvordan man skaber ændringer og viden om barrierer for at implementere handlingsplaner. Virksomhederne foreslår, at implementeringskompetencer skal være en kompetenceudviklende del både på uddannelse for risikomanager og på lederprogrammer. Der er brug for, at der er implementeringskompetencer til stede i afdelingerne. Så der derved kommer et øget fokus og viden om implementering i afdelingerne generelt, og ikke kun i forhold til handlingsplaner fra analyser. Desuden er der brug for at få integreret implementering af handlingsplaner i andet strategiarbejde.

Spredning af viden

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

Inspiration til spredning af viden: Læringspakker fra Dansk selskab for Patientsikkerhed, med nogle overordnede patientsikkerhedsmæssige emner.

Kompetencer i patientsikkerhedsarbejdet

- Der er brug for en mere ensartet uddannelse i patientsikkerhedsarbejdet på flere niveauer, både af risikomanagere, men også at ledelserne er klædt på til patientsikkerhedsarbejdet.
- Det pointeres, at en ny uddannelse af risikomanagere bliver tilpasset til de udfordringer, der er i dag og 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 der kommer udgående funktioner fra hospitalerne. Herunder nævnes ligeledes kompetencer til proaktive risikovurderinger ved flytning af opgaver eller nyetablerede funktioner, opgaver eller projekter.
- Forslag om at koble ny risikomanageruddannelse til den nordiske forbedringsuddannelse.
- Patientsikkerhedsarbejdet bør indtænkes i andre lederprogrammer i regionen.
- Der efterspørges oplæringskurser og uddannelsesprogrammer til nye medarbejdere inden for patientsikkerhedsarbejdet.

Risikomanagerens rolle

Det skal være klart, hvad risikomanagerens ansvar og rolle er – også for de patientløse risikomanagere. Kan man med titlen risikomanager forvente, at risikomanageren kan løse nogle bestemte opgaver? Endvidere bør opgaver være defineret i en funktionsbeskrivelse.

Patientsikkerhedsarbejdet og UTH'er

- I indsatsområderne er der fokus på de alvorlige utilsigtede hændelser, men dette kunne bredes ud, så indsatsområderne også omhandler UTH'er, der ikke er alvorlige, da handlingerne under indsatsområderne vil komme til at påvirke kulturen for alle UTH'er samt fokus på aggregerede analyser.
- Utilsigtede hændelser er en lille del af arbejdet med patientsikkerhed.
- Der efterspørges et større fokus på forebyggelse i patientsikkerhedsarbejdet.

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 1 - Side -8 af 10

Inddragelse af medarbejdere

Virksomhederne efterspørger en større inddragelse af medarbejdere, så kvalitet kommer helt ud til den enkelte medarbejder, eksempelvis at bruge Kaizen på tavlerne, hvor medarbejdere kan skrive deres ideer løbende og så anvende PDSA på ideerne (Plan Do Study Act).

Kaizen bruges til at skabe løbende forbedringer med enkle værktøjer til at opsamle, prioritere og realisere medarbejdernes innovative ideer.

Man kan lade sig inspirere af den nye kvalitetsmodel, hvor fokus er bottom up –at få handlingerne ud at leve, at fremme en kultur, hvor den enkelte medarbejder kan lave et forbedringsprojekt.

Der skal bygges bro og ledes op af. Patientsikkerhed skal ledes af tre ben: medarbejdere, ledere og patienter og pårørende i en bottom up proces, hvor patientsikkerhedsarbejdet er forankret tæt på patienten Point of Care. Der bør være en selvstændig indsats, hvor vi nytænker hvordan vi arbejder med dette aspekt.

Kvalitetsarbejdet

Der var forslag om at se på kvalitetsarbejdet flerdimensionelt. Der er meget fokus på det faglige (endimensionelt), men kvalitet er også økonomi, service til borger/patienter, personale mm. Hvis man ser på kvalitet i flere dimensioner ved en analyse af en hændelse, vil man få udarbejdet nogle andre typer handlingsplaner end, hvis man kun ser på det faglige. Kvalitetsorganisationen kan give de faglige aspekter, mens man i ledelsesregiet kan se på eks. de økonomiske aspekter. Utilsigtede hændelser er en videnskilde/begivenhed, som skal sammentænkes med øvrige videnskilder eks. klagesager, databaser.

Prioritering af indsatsområder

Hver virksomhed har prioriteret 4 indsatsområder, som de fandt var mest vigtigt at arbejde med i patientsikkerhedsarbejdet, ud af de 13 indsatsområder som analysegruppen har identificeret. Prioriteringen er indhentet som inspiration til analysegruppens prioritering af hvilke handlinger, der iværksættes først.

Nedenfor er indsatsområderne listet efter prioritering fra virksomhedsbesøgene. Top fem blandt indsatsområderne er nr. 3, 10, 1, 6 og 7 (se nedenfor).

Nr.	Indsatsområde	Kommentarer
3	Bedre kompetencer på patientsikkerhedsområdet	Er en forudsætning for arbejdet med de andre indsatsområder
10	Højere kvalitet af analyser og nytænkning i forhold til analysemetoder	
1	Patientsikkerhed skal højere på dagsordenen - større ledelsesprioritering	
6	Stærke handlingsplaner og sikring af opfølgning på handlingsplaner	
7	Spredning af viden	
4	Mere fokus på handling end sagsbehandling	
8	Integrering af UTH og forbedringsarbejdet	Ved at kombinere de to, kan man arbejde mere proaktivt.

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering
Bilag 1 - Side -9 af 10

11	Større fokus på det proaktive patientsikkerhedsarbejde	Herunder, at man ser på mønstre i ikke alvorlige utilsigtede hændelser.
5	Ensartet god og anerkendende patientsikkerhedskultur	Er en forudsætning for arbejdet med de andre indsatsområder. Der er brug for en klar definition af, hvad en sådan kultur er.
12	Større inddragelse af patienter og pårørende i patientsikkerhedsarbejdet	Forslag om at inddrage patientrepræsentanter i patientsikkerhedsarbejdet
13	Læring af klagesager	Forslag: at indsatsområdet udvides til at inkludere erstatningssager
2	Afklaring af roller og mandat i forhold til UTH arbejdet	Afklare andre roller i patientsikkerhedsarbejdet ud over risikomanagerens.
9	Handle hurtigere efter en alvorlig UTH	

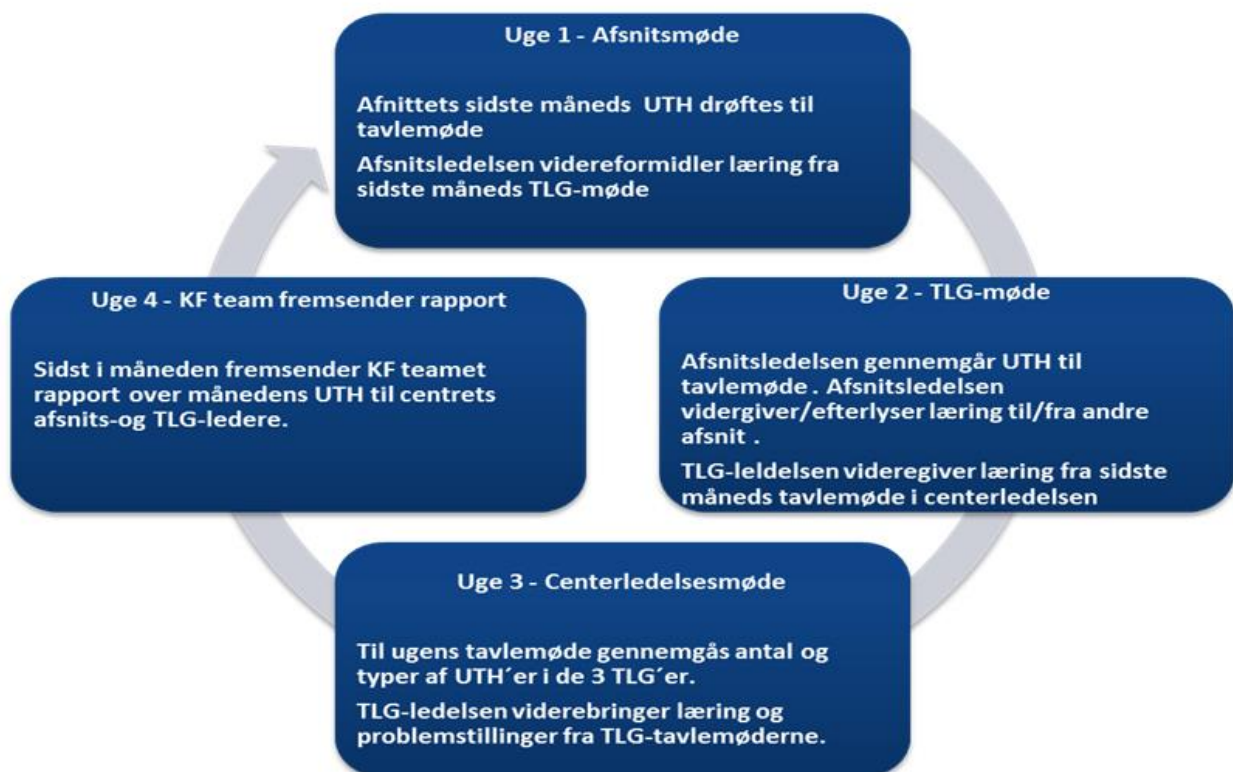
Indledende bemærkninger

Nærværende oversigt illustrerer de månedlige ind rapporterede UTH'er i de enkelte døgnafsnit i Børne- og ungdomspsykiatrisk Center.

For hvert afsnit er dels angivet en oversigt over samlet antal indrapporterede UTH pr. måned, dels en oversigt over indrapporterede UTH fordelt over året.

UTH bliver et fast element i forbedringstavlerne på alle niveauer i centeret:

- Sidste hverdag i måneden genererer kvalitetskoordinator rapport over UTH og sender til afsnitsledelser, afdelingsledelser og centerledelse
- På månedens første tavlemøde i afsnittene drøftes sidste måneds UTH 'er. Afsnitsledelsen videregiver læring fra TLG-tavlen.
 - Er forbedringstavlen placeret i areal, hvortil patienter og pårørende har adgang, vurderes det fra gang til gang, om hele rapporten kan hænges på tavlen, eller om dette ikke af diskretionshensyn kan lade sig gøre.
 - Afsnitsledelsen vurderer ligeledes, om drøftelsen af UTH-rapporten kan foregå ved tavlen, eller om den af diskretionshensyn må henlægges til et lukket rum.
- På månedens andet TLG-tavlemøde gennemgås UTH 'er fra afsnit. Afsnitsledelserne videregiver læring og efterspørger inspiration fra afsnittene. TLG-ledelsen videregiver læring fra centertavlen.
 - TLG-ledelserne har ansvar for at UTH-rapporter er på tavlerne.
- På månedens tredje tavlemøde i CL gennemgås oversigt over antal og typer UTH 'er i de 3 TLG'er. Afdelingsledelserne viderebringer læring og problemstillinger fra TLG-tavlemøderne.
- På alle 3 niveauer kan nedsættes arbejdsgrupper til problemløsning.



Tværgående analyse af diagnosticering af meningitis og meningokoksygdom

September 2017

Indhold

Resumé	3
Indledning og formål	5
Metode	7
Aggregeret kerneårsagsanalysemodel	7
Analyseteamet	7
Analysegrundlag	9
Faglig viden vedrørende meningitis og meningokoksygdom	9
Utsigtede hændelser - Hvilke mønstre og tendenser er der i de rapporterede hændelser og hvad er.....	12
udfordringerne?	12
Mønstre og tendenser	13
Vurdering af hændelsernes alvorlighed.....	14
De alvorligste utsigtede hændelser	14
Patienter og pårørendes oplevelser og erfaringer	15
Manglende kendskab til symptomer på meningitis og meningokoksygdom hos sundhedspersoner og borgere	15
Varierende faglige kompetencer hos sundhedspersoner	16
Manglende lydhørhed fra sundhedspersoner	16
Manglende kendskab til muligheden for vaccination hos borgere	16
Analyse: Hvorfor sker hændelserne, og hvad er de underliggende årsager?	17
Analysen identificerede følgende problemområder:	17
Handlingsplaner: Hvordan forhindrer vi, at lignende hændelser sker igen?	19
Handlingsplan nr.1 – Udvikle overordnet indikator, der måler tiden fra patientens første kontakt til sundhedsvæsenet til behandling er påbegyndt.	21
Handlingsplan nr. 2 – Etablere forbedringsprojekt på pilothospital, der omhandler samarbejde omkring akutte patienter og lokal kultur omkring håndtering af fejl med henblik på efterfølgende bred implementering.	22
Handlingsplan nr. 3 – Etablere simulationstræning, der øger samarbejde og mindsker fixation omkring den uafklarede patient.	23
Handlingsplan nr. 4 – Øge brugen af patienter og pårørendes bekymring som anledning til at revurdere det sundhedsfaglige respons.....	24
Handlingsplan nr. 5 – Forbedre forudsætning for inddragelse af patienter og pårørendes viden i forbindelse med udredning	25
Handlingsplan nr. 6 - Undgå hjemsendelse af patienter med udestående akutte prøvesvar.	26
Handlingsplan nr. 7 – Forbedre procedurer omkring genhenvendelse og sikre kendskab til patientforløb.	27
Handlingsplan nr. 8 - Sikre klare og handlingsanvisende vejledninger omkring lumbalpunktur.	29
Handlingsplan nr. 9 - Etablere et læringskoncept for at øge viden hos sundhedsprofessionelle om meningitis og meningokoksygdom.....	29
Handlingsplan nr. 10 – Sikre vidensdeling nationalt.....	30
Opfølgning.....	32
Bilag	33
Litteratur og vejledninger	34

Resumé

På baggrund af flere dødsfald efter meningitis og meningokoksygdom i de senere år har Region Hovedstaden gennemført en aggregeret kerneårsagsanalyse af diagnostik af disse sygdomme. Analysen blev gennemført af et bredt sammensat team med deltagelse af personale, pårørende og eksperter i meningitis, meningokoksygdom og forbedringsarbejde. Analysen tog udgangspunkt i en opsamling af de seneste års rapporterede utilsigtede hændelser på området, nyeste viden om meningitis og meningokoksygdom og erfaringer fra patienter og pårørende.

Analysens mål er at reducere risikoen for dødsfald af meningitis og meningokoksygdom, og analyseteamet pegede her på ét centralt målbart succeskriterie: nemlig at *reducere tiden* fra patientens første kontakt til sundhedsvæsenet til relevant behandling er påbegyndt.

Analyseteamet arbejdede med en lang række problemområder og identificerede med udgangspunkt i disse fire indsatsmål som samlet set vurderes at kunne bidrage til det overordnede mål:

- Mindske fixation¹ og øge samarbejde om udredning og diagnostik
- Øge inddragelse af patienter og pårørende
- Sikre hurtig behandling
- Opdatere viden hos personale og borgere

Analyseteamets arbejde resulterede i ti konkrete handlingsplaner:

- To større indsatser
 - Etablering af et læringskoncept med e-læring omkring meningitis og meningokoksygdom og
 - Systematisk simulationstræning af alle ansatte i akutmodtagelser i samarbejde og kommunikation omkring den uafklarede patient.
- Et forbedringsprojekt på et pilothospital, der skal forbedre samarbejde om akutte patienter, herunder lokalt arbejde med kultur for læring.
- Fem nye arbejdsgange om prøvetagning, pårørendeinddragelse samt genhenvisninger.
- Et møde med Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed for at viderebringe analysens viden og overvejelser om vaccination og befolkningens viden om meningitis og meningokoksygdom.

Samt

- Udvikling af en indikator til monitorering af handlingsplanernes samlede effekt. Indikatoren skal måle tiden fra patientens første kontakt til sundhedsvæsenet til behandling iværksættes.

Analyseteamet har koncentreret sig om at formulere indsatser, der vil kunne reducere risikoen for forsinkelser i diagnostik af meningitis og meningokoksygdom, men mange af

¹ Fixation betyder, at sundhedspersoner kan komme til at fastholde fokus på et (forkert) symptom eller diagnose længere end godt er.

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering
Bilag 2 - Side -4 af 34

handlingsplanerne har et bredere fokus, der vil kunne forbedre diagnostikken af akutte patienter bredt. Det planlagte læringskoncept vil ligeledes blive udviklet, så det efterfølgende kan anvendes til andre tilstande eller diagnoser.

Teamet har endvidere identificeret de råd og udvalg, som i samarbejde med relevante stabe skal stå for implementeringen. For at sikre fremdriften af handlingsplanerne, afrapporterer analysens formand og regionens kvalitetschef til Koncerndirektionen efter 3, 9 og 12 månederⁱ.

Indledning og formål

Der har i de seneste år været flere dødsfald grundet meningitis og meningokoksygdom i Region Hovedstaden. Der har været rejst spørgsmål ved, om nogle af disse dødsfald kunne have været forhindret. Derfor har Region Hovedstadens direktion besluttet at igangsætte en tværgående analyse, som skal afdække muligheder for at forbedre diagnosticeringen af meningitis og meningokoksygdom.

Analysen er tværgående og dækker den præhospital virksomhed og alle hospitaler i regionen og understøttes af de regionale risikomanagere i Center for Sundhed. Vicedirektøren for Bornholms Hospital blev udpeget som formand.

Formanden sammensatte teamet sammen med Center for Sundhed. Det blev vurderet, at det var væsentligt for kvalificering af problemområderne, at patienter og pårørende blev en del af teamet. Konkret blev der taget kontakt til tre forældrepar, der i offentligheden havde udtrykt ønske om at være med til at forbedre diagnostik og behandling af meningitis. To af disse ønskede at deltage. Herudover lagde regionen en meddelelse på hjemmesiden, hvor øvrige patienter eller pårørende blev opfordret til at søge kontakt.

Analyseteamet bestod derudover af sundhedspersoner med direkte patientkontakt og eksperter udpeget fra de relevante Sundhedsfaglige råd. Statens Serum Institut deltog med en ekspert på området. Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Implement Consulting Group supplerede teamet med eksperter i forbedring og metoder hertil.

Analysearbejdet tog udgangspunkt i utilsigtede hændelser, pårørendes oplevelser og nyeste faglige viden vedrørende meningitis og meningokoksygdom.

Gennemgangen af de utilsigtede hændelser viste, at fejl med de alvorligste konsekvenser især ses ved forsinket erkendelse af diagnosen. I analysen er formålet derfor afgrænset til at formulere handlingsplaner, rettet mod forsinket erkendelse og diagnostik af meningitis og meningokoksygdom.

Det er analyseteamets vurdering, at handlingsplanerne samlet vil kunne reducere risikoen for forsinkelser i diagnostik af meningitis og meningokoksygdom. Samtidig er der ingen tvivl om, at meningitis og meningokoksygdom er meget alvorlige sygdomme, der trods rettidig diagnose og behandling kan føre til død. Det er analyseteamets forventning at analysens handlingsplaner bidrager til at give patienterne de bedst mulige betingelser for at overkomme deres sygdom, men der er også enighed om, at der fortsat vil kunne ses dødsfald efter meningitis og meningokoksygdom.

Nogle af de tragiske forløb med meningitis og meningokoksygdom har også givet anledning til at drøfte Region Hovedstadens generelle håndtering og læring af fejl og utilsigtede hændelser. Undervejs i analysen blev det besluttet, at analysens genstandsfelt skulle udvides til også at omfatte, hvordan god kultur for læring fra utilsigtede hændelser under-

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering
Bilag 2 - Side -6 af 34

støttes samt risikomanagerens rolle. Der vil blive nedsat en separat arbejdsgruppe til denne del af analysen, som vil blive afrapporteret selvstændigt i slutningen af 2017.

Analysens kommissorium er vedhæftet som bilag nr.1.

Metode

Aggregeret kerneårsagsanalysemodel

Utilsigtede hændelser kan analyseres ved hjælp af forskellige metoder. Én metode er kerneårsagsanalyse – en systematisk metode til afdækning af en hændelse i forhold til *hvad* der skete, *hvorfor* det skete, og *hvordan* man undgår, at en lignende hændelse opstår igen.

Denne analyse blev gennemført som en *aggregeret* kerneårsagsanalyse. Det vil sige en kerneårsagsanalyse af flere utilsigtede hændelser af samme karakter, opsamlet over en given tidsperiode. Metodisk følger analysen de samme trin som den enkeltstående kerneårsagsanalyse, dog er det skriftlige datamateriale alene de rapporterede utilsigtede hændelser (ikke journalnotater osv.). Hændelsesrapporter kan være meget forskellige og give et mere eller mindre klart billede af selve hændelsen, og hvordan den kunne have været forhindret. Når de beskrevne udfordringer og problemområder kvalificeres yderligere af et bredt sammensat team af fagpersoner, kan de give et værdifuldt grundlag for forbedring². I praksis blev den aggregerede analyse gennemført over tre møder. På det første møde var hovedvægten på forskellige oplæg for at sikre fælles viden. På de to næste møder blev problemer indenfor meningitisbehandling drøftet, og der blev identificeret indsatsområder og konkrete handlingsplaner, herunder et stærkt fokus på ansvar og opfølgning. Rapporten vil blive godkendt af Koncernledelsen og skal forelægges politisk.

Analyseteamet

Vicedirektør fra Bornholms Hospital Jonas Egebart blev af koncerndirektionen udpeget som formand for analysen. Analyseteamet bestod af pårørende og sundhedspersoner. Sidstnævnte både med direkte patientkontakt og med eksperter udpeget fra de relevante Sundhedsfaglige råd. Statens Serum Institut deltog med en ekspert i infektionsepidemiologi og vaccination. Dansk Selskab for Patientsikkerhed deltog med en ekspert i forbedringsmetoder. Konsulentfirmaet Implement Consulting Group blev tilknyttet som ekstern facilitator og ekspert i forbedringsvidenskab.

Følgende deltog i analyseteamet:

- Pårørende til patienter med meningitis / meningokoksepsis
- Næstformanden for Sundhedsfagligt Råd for Pædiatri
- En læge med pædiatrisk speciale
- En sygeplejerske med tjeneste i en børnemodtagelse
- Næstformanden for Sundhedsfagligt Råd for Infektionsmedicin
- En ledende overlæge fra kliniske mikrobiologisk afdeling udpeget af Sundhedsfagligt

² kilde: Dansk Selskab for Patientsikkerheds publikation om Aggregeret kerneårsagsanalyse fra 2006.

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering
Bilag 2 - Side -8 af 34

Råd for Mikrobiologi

- En ledende oversygeplejerske fra en akutmodtagelse
- En leder fra Den Præhospitale Virksomhed med indsigt i både 1813 og akutlægebiler
- En yngre læge ansat på en medicinsk afdeling
- En intensiv sygeplejerske tilknyttet de Mobile Akutteam
- En praktiserende læge
- En repræsentant fra Statens Serum Institut, Afdeling for Infektionsepidemiologi og Forebyggelse
- En repræsentant fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed
- En læge fra Region Hovedstadens Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed
- En konsulent fra Implement Consulting Group

Analysegrundlag

Analysens grundlag er opsummeret indledningsvis og gennemgås efterfølgende mere detaljeret.

Analysens empiriske grundlag:

- Faglige erfaringer med meningitis og meningokoksygdom
- Statistisk viden om forekomst, udviklingsbillede og vaccination
- Utsigtede hændelser
- Patienter og pårørendes oplevelser

Analysens teoretiske grundlag:

- Nyeste forskning inden for meningitis og meningokoksygdom herunder symptomatologi og diagnosticering
- Nyeste viden om vaccination

Faglig viden vedrørende meningitis og meningokoksygdom

Som grundlag for analysen fik analyseteamet på første møde gennemgået den nyeste faglige viden om meningitis, meningokoksygdom og vaccination via korte oplæg.

Om meningokoksygdom hos børn og unge:

Overordnet erfarer analysegruppen, at meningokoksygdom kan være en svær diagnose at stille tidligt i forløbet. Sygdommen er relativt sjælden, og dermed er de fleste lægers erfaring begrænset. Sygdommen udvikler sig typisk over meget kort tid, og der er ingen symptomer eller biokemiske prøver, der med sikkerhed kan af- eller bekræfte diagnosen på indlæggelsestidspunktet. For grundigere faglig gennemgang henvises til bilagene, men **analyseteamet hæftede sig ved følgende fakta:**

- De alvorligste sygdomme, som meningokokbakterien (*Neisseria meningitidis*) kan medføre, er hjernehindebetændelse (meningitis) og blodforgiftning (sepsis). Disse sygdomme kan optræde enkeltvis eller samtidigt og kaldes under ét meningokoksygdom.

Forekomst af meningokoksygdom

- Antallet af meningokoksygdom tilfælde har været gradvist faldende i en årrække – der var 37 tilfælde i 2016 blandt både børn og voksne.
- Sygdommen er derved relativt sjælden, og de færreste læger vil have prøvet at diagnosticere et barn med meningokoksygdom.
- Blandt børn og unge er tilstanden hyppigst i alderen < 2 år og 13-19 år, men ses i alle aldre.

Forløb af sygdommen

- De fleste tilfælde af meningokoksygdom forløber meget hurtigt (over 12-24 timer), hvor tilstanden går fra at være stabil til at være livstruende.
- Dødeligheden blandt børn og unge med meningokoksygdom er ca. 6 % i Danmark, svarende til dødeligheden i andre europæiske lande.
- Dødeligheden er højere ved sepsis end ved meningitis.
- Tidlig diagnostik og behandling af meningokoksygdom kan forbedre prognosen.

Symptomer

- De første symptomer på meningokoksygdom omfatter feber, sløvhed, spisevægring og irritabilitet hos mindre børn og feber, kvalme og opkastninger samt hovedpine hos større børn. Derudover er forkølelsessymptomer hos mindre børn og smerter i halsen hos større børn blandt de tidligste tegn hos ca. en fjerdedel af de børn, som har meningokoksygdom. Disse uspecifikke symptomer er årsag til, at diagnosen i starten kan være svær at stille, da sygdommen kan ligne andre mindre farlige sygdomme som eksempelvis influenza.
- Tidlige symptomer omfatter også muskelsmerter og **smerter i benene**.
- Ved akut opstået febersygdom, hvor der ikke findes behov for indlæggelse, er det derfor vigtigt at informere forældre til børn og unge om at henvende sig igen inden for samme døgn, hvis tilstanden forværres.
- **Udtalt forældrebekymring og genhenvendelser** ved akut sygdom bør foranledige skærpet opmærksomhed hos lægen.
- De **klassiske tegn** på meningokoksygdom som nakke-rygstivhed, hudblødninger og/eller septisk shock forekommer **kun hos ca. halvdelen** af børn med meningokoksygdom. Disse kliniske fund opstår dog ofte mere end 12 timer efter de første symptomer.
- Det er vigtigt at bemærke, at **op til 20 % af børn med meningokoksygdom ikke har feber** ved ankomst til hospitalet, men de fleste har haft feber inden for det seneste døgn.
- Hudblødninger er karakteristisk for meningokoksygdom, men ses kun hos 50-75%.
- Hudblødninger < 2 mm betegnes petekkier, mens hudblødninger > 2 mm betegnes purpura.
- Kun 1-2 børn ud af 100 børn med petekkier har meningokoksygdom. Størstedelen af de børn som har feber og petekkier, har virus sygdom, der ikke kræver behandling.
- Risikoen for meningokoksygdom er markant forøget, hvis én eller flere hudblødningerne er > 2 mm i diameter
- Risikoen for meningokoksygdom er forøget, hvis hudblødningerne er fordelt på hele kroppen.
- Unge med petekkier kræver skærpet opmærksomhed, da der er en højere forekomst af meningokoksygdom i denne aldersgruppe.

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 2 - Side -11 af 34

Undersøgelse for sygdommen

- Der findes ingen biokemiske undersøgelser, hvormed man kan be- eller afkræfte meningokoksygdom på indlæggelsestidspunktet.
- De fleste børn, som har akut meningokoksygdom, har markant forhøjet C-reaktivt protein (CRP)-niveau i blodprøverne, men op til 10 % har normalt eller kun let forhøjet CRP-niveau på indlæggelsestidspunktet.
- 75 % af de børn, som har meningokoksygdom, har normalt eller lavt leukocyt-niveau i blodprøverne på indlæggelsestidspunktet.
- I de gældende behandlingsvejledninger står der, at lumbalpunktur skal udføres akut ved mistanke om meningokoksygdom, hvis der ikke er kontraindikationer, og såfremt undersøgelsen ikke forsinker antibiotikabehandling.
- Ved mistanke om meningokoksygdom bør der tages blod fra til dyrkning hurtigst muligt og helst inden behandling med antibiotika gives.

Kilde: Oplæg ved Ulrikka Nygaard og Karen Vitting Andersen.

Der kan læses mere om den faglige viden om meningitis og meningokoksygdom i bilag nr.2 og 3.

Om vaccination mod meningokoksygdom:

Mulige fordele, ulemper og udfordringer ved at indføre vaccination blev drøftet i analysen.

- For at indføre en vaccine skal disse generelle kriterier være opfyldt:
 - Sygdommen skal have en vis alvorlighed og hyppighed.
 - Der skal være bred erfaring med vaccinen blandt børn.
 - Der skal være tilstrækkelig dokumentation for gavnlig virkning i forhold til eventuelle bivirkninger.
 - Det skal sikres, at vaccinen passer ind i det eksisterende vaccinationsprogram (at den ikke påvirker andre vacciner negativt).
 - Indførelse af vaccinen skal være samfundsøkonomisk rimelig.
- Antallet af MS tilfælde har været gradvist faldende i en årrække. De fleste dødsfald af meningokoksygdom forekommer blandt ældre mennesker, som ikke vil være omfattet af et børnevaccinationsprogram.
- Meningokokker er ikke den eneste årsag til meningitis og sepsis.
- Meningokokker inddeles i 8 grupper (A,B, C, W135, X, Y, Z og 29A).
- Meningokokgruppe B og C er de hyppigste.
- Der findes ingen vacciner, der beskytter mod alle grupper.
- Det er forholdsvis nyt, at man kan vaccinere mod gruppe B og der er endnu ikke så stor erfaring med vaccinen.
- Fælles for de eksisterende vacciner er:
 - der skal vaccineres af flere omgange
 - den præcise varighed af beskyttelsen er ikke kendt
- Vaccination mod meningokoksygdom er ikke en del af det danske vaccinationsprogram. I det danske vaccinationsprogram indgår aktuelt 9 vacciner.
- Man kan vælge selv at betale for vaccinen.
- I nogle lande har man valgt at indføre vaccination mod meningokoksygdom.

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 2 - Side -12 af 34

- I England har man en højere forekomst af meningokoksygdom end i Danmark. England har indført vaccination mod grupperne A,B,C,Y og W135. Alle børn får 5 vaccinationer mod meningokoksygdom.
- Det er Sundhedsministeriet, der på baggrund af Sundhedsstyrelsens indstilling beslutter om der er grundlag for at indføre et vaccinationsprogram i Danmark. Sundhedsstyrelsen har hidtil vurderet, at der ikke er tilstrækkeligt grundlag.

Kilde: Staten Serum Institut.

Der kan læses mere om vaccination mod meningokoksygdom og meningitis i bilag nr. 4 og 5.

Utsigtede hændelser - Hvilke mønstre og tendenser er der i de rapporterede hændelser og hvad er udfordringerne?

Region Hovedstaden har gennemgået alle regionens rapporterede utsigtede hændelser fra 2015 til 28. marts 2017, der omhandler meningitis og meningokoksygdom. Hændelserne er fundet i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). Der blev identificeret 76 utsigtede hændelser, der omhandlede udredning og behandling af patienter mistænkt for meningitis eller meningokoksygdom. Ved flertallet af de utsigtede hændelser, der blev identificeret, var den mulige alvor for patienten minimal. Enten fordi patienten viste sig ikke at have meningitis, eller fordi hændelsen var af en karakter, der havde ingen eller beskedent betydning for behandlingen.

Personalet har dog alligevel valgt at rapportere hændelsen, typisk fordi de har oplevet, at arbejdsgangene for håndtering af patienter mistænkt for meningitis har været uhensigtsmæssige. Der har været en oplevelse af, at de utsigtede hændelser potentielt kunne være alvorlige og et ønske om at lære af disse hændelser uanset, at de i den konkrete situation ikke medførte skade. Dette er helt i tråd med Region Hovedstadens ønske om at understøtte en god patientsikkerhedskultur og en læringskultur.

Det skal understreges, at rapportering af utsigtede hændelser sker med henblik på læring og forbedring af sundhedsvæsenet. Utsigtede hændelser giver et værdifuldt indblik i behandlingsforløb – typisk beskrevet af det personale, patient eller pårørende, som selv var til stede og er dermed væsentlige i et patientsikkerhedsmæssigt perspektiv.

Data fra DPSD er ikke velegnede til kvantitative opgørelser (at forholde sig til antal), og utsigtede hændelser kan ikke anvendes som mål for kvalitet.

Mønstre og tendenser

De 76 utilsigtede hændelser beskriver forskellige udfordringer, som kan inddeles følgende hovedkategorier:

- U hensigtsmæssig visitation
- Forsinket erkendelse af diagnose
- Forsinket prøvetagning eller behandling (når diagnosen er kendt/mistænkt)
- Problemer i forbindelse med prøvetagning
- Problemer i forbindelse med medicingivning
- Manglende hygiejniske forholdsregler

Nedenfor bliver hver kategori uddybet.

Uhensigtsmæssig visitation:

Utilsigtede hændelser, der omhandler visitation af patienter. Ifølge rapportøren burde patienten have været tilset eller transporteret hurtigere eller til et andet sted med henblik på vurdering af symptomer, som kunne være forenelige med meningitis eller meningokoksygdom.

Forsinket erkendelse af diagnose:

Utilsigtede hændelser, der omhandler patienter, der har meningitis, hvor rapportøren har oplevet, at der er gået for lang tid, før diagnosen blev mistænkt.

Forsinket prøvetagning eller behandling (når diagnosen er kendt/mistænkt):

Utilsigtede hændelser, der omhandler patienter, der mistænkes for mulig meningitis, men som har ventet på relevant undersøgelse eller behandling.

Problemer i forbindelse med prøvetagning:

Utilsigtede hændelser, der omhandler problemer i forbindelse med prøvetagning. Når diagnosen meningitis skal stilles eller afkræftes, skal der tages flere prøver – både blodprøver og lumbalpunktur (spinalvæskeprøver fra rygmarven) Prøverne skal analyseres forskellige steder, nogle skal undersøges for bakterier på en mikrobiologisk afdeling, nogle analyseres på en klinisk biokemisk afdeling.

Det kan være vanskeligt at tage lumbalpunkturen. Det kræver det rette udstyr, og prøverne skal analyseres i løbet af kort tid På nogle hospitaler skal prøverne sendes med taxa til et andet hospital til analyse. I disse processer opleves der fejl i forløb, hvor eksempelvis prøverne sendes til en forkert afdeling, bliver glemt i et køleskab eller lignende.

Problemer i forbindelse med medicingivning:

Utilsigtede hændelser, der omhandler patienter, der er i behandling for meningitis, hvor medicingivning har været forsinket eller i forkert dosis.

Manglende hygiejniske forholdsregler:

Utilsigtede hændelser, der omhandler patienter mistænkt for meningitis, som ikke er blevet isoleret efter forskrifterne.

Vurdering af hændelsernes alvorlighed

Den mulige alvor for patienterne er vurderet ud fra teksten i de rapporterede hændelser.

De utilsigtede hændelser, hvor den mulige konsekvens blev vurderet som alvorlig falder hovedsagligt inden for kategorierne *forsinket erkendelse af diagnose og forsinket prøvetagning eller behandling*. I enkelte af disse hændelser ender patienten med at dø af meningitis eller meningokoksygdom. Det kan ikke afgøres med sikkerhed om en utilsigtet hændelse, som eksempelvis en forsinkelse af diagnosen på nogle timer, ændrer ved behandlingsresultatet. Meningitis er en alvorlig sygdom, der trods rettidig behandling kan medføre død, men udgangspunktet i patientsikkerhedsarbejdet er, at sundhedsvæsenet skal sørge for, at patienten altid har de bedst mulige betingelser for at overkomme sin sygdom.

De alvorligste utilsigtede hændelser

De utilsigtede hændelser, hvor den mulige konsekvens blev vurderet som alvorlig kan opdeles i 3 grupper:

- **Unge mennesker med meningokoksepsis.** Disse hændelser falder hovedsageligt inden for kategorierne *forsinket erkendelse af diagnosen og uhensigtsmæssig visitation*. I flere af forløbene udvikles hudblødninger, nogle i form af petekkier, nogle i form af større blødninger (beskrevet som sorte eller blå mærker). I flere af forløbene er der ved kontakt til sundhedsvæsenet ikke pågående feber eller nakke-rygstivhed. I flere af forløbene bliver de unge mennesker ikke opfattet som værende alvorligt syge af pludselig opstået sygdom. I ét af forløbene ses der ved første kontakt normale blodprøver (infektionstal). I alle forløbene er der flere kontakter til sundhedsvæsenet.
- **Midaldrende og ældre mennesker med meningitis forårsaget af bakterier.** I flere af tilfældene drejer det sig om meningitis med bakterien pneumokokker. Der ses indlæggelser af patienter, hvor indlæggelsesårsagen er uspecifik (fald, dehydrering, konfusion) og hvor patientens blodtryk, puls, temperatur og bevidsthed er stort set normale, hvilket gør, at de ikke tilses akut af læge. Ved lægeligt tilsyn (typisk efter nogle timer) findes patienterne oftest nakke-rygstive, og herefter iværksættes relevant behandling. I enkelte af disse hændelser bliver meningitis diagnosen mistænkt tidligt, men udredning og behandling bliver forsinket.
- **Mennesker der har fået foretaget et kirurgisk indgreb (eksempelvis operation i hjernen eller rygmarsbedøvelse).** I hændelserne beskrives at patienterne i efterforløbet af en operation udvikler meningitis forårsaget af bakterier. Der gives udtryk for, at udviklingen af meningitis er en kendt komplikation, men der stilles spørgsmål ved, om diagnosen kunne være opfanget tidligere i forløbet.

Patienter og pårørendes oplevelser og erfaringer

Region Hovedstaden valgte at inddrage patienter og pårørende i analysen, fordi deres viden og erfaringer blev vurderet som væsentlige. De blev både inddraget som medlemmer i analyseteamet og via Regionens hjemmeside, hvor patienter og pårørende blev opfordret til at henvende sig med oplevelser med meningitis og meningokoksygdom – både de gode og de dårlige oplevelser.

Det havde stor værdi for analyseteamet, at de pårørende deltog og var inddraget i analyseprocessen. De havde gjort sig væsentlige erfaringer og refleksioner i forbindelse med mødet med sundhedsvæsenet, og de var gode til at stille spørgsmål ved nogle af de ting, som sundhedsvæsenet i højere grad tager for givet.

Regionen modtog to henvendelser på baggrund af opslaget på hjemmesiden – de to henvendelser belyste væsentlige problematikker, men opslag via hjemmesiden var i denne sammenhæng mindre effektiv, idet målet var at modtage flere henvendelser. Teamets pårørenderepræsentanter havde dog et stort netværk og kunne bidrage med mange patient- og pårørendeoplevelser indhentet gennem de sociale medier (over 50), og dermed blev patienter og pårørendes oplevelser og erfaringer i høj grad belyst.

Overordnet kan patienternes og de pårørendes oplevelser kategoriseres i følgende temaer:

- En oplevelse af sundhedspersoners og egen manglende kendskab til symptomer på meningitis og meningokoksygdom
- En oplevelse af varierende faglige kompetencer hos sundhedspersoner
- En oplevelse af manglende lydhørhed fra sundhedspersoner
- Manglende kendskab til muligheden for vaccination hos borgere

Manglende kendskab til symptomer på meningitis og meningokoksygdom hos sundhedspersoner og borgere

Der blev både beskrevet manglende kendskab til relevante symptomer hos borgere og hos sundhedsprofessionelle. Meningitis og meningokoksygdom kan (især i starten) vise sig med de samme symptomer som influenza – og det bliver beskrevet, at både patienter, pårørende og sundhedspersoner kan have svært ved at skelne. Flere pårørende beskriver, at patienten ikke udviklede nakke-rygstivhed eller hudblødninger, men havde mere uspecifikke symptomer som feber, hovedpine, opkastninger og lysskyhed – hvilket i nogle tilfælde førte til, at sygdommen ikke blev opdaget ved første kontakt til sundhedsvæsenet.

- Manglende nakke-rygstivhed: Mange beskriver, at der ikke er tilstrækkeligt kendskab blandt hverken borgere eller sundhedsprofessionelle til, at meningitis og især meningokoksygdom ikke nødvendigvis medfører nakke-rygstivhed. Der er flere, der beskriver at være blevet afvist af sundhedsvæsenet med begrundelsen om, at der ikke var nakkerygstivhed.
- Hudblødninger (petekier, purpura, ekkymoser og suggillationer): Patienter og pårørende beskriver manglende kendskab til hudblødninger som alarmsymptom – enkelte beskriver, at de ville ønske, at de havde haft kendskab til dette, så de måske kunne have observeret tættere eller handlet hurtigere.

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 2 - Side -16 af 34

Det beskrives også, at sundhedspersoners kendskab til hudblødninger er mangelfuldt og fejltolkes som andre former for udslæt.

Varierende faglige kompetencer hos sundhedspersoner

Gennemgangen af patient- og pårørendeoplevelser viste, at der ikke altid opleves tilstrækkelig faglig kompetence hos de sundhedsprofessionelle, der har håndteret patienter med meningitis og meningokoksygdom.

Manglende lydhørhed fra sundhedspersoner

Flere pårørende har oplevet, at det var svært at få sundhedspersoner til at lytte til deres bekymringer – flere har følt sig afvist, og deres opfattelse af situationens alvor blev ikke respekteret eller taget seriøst. Nogle beskriver, at det kun lykkedes at få deres pårørende i behandling ved at være meget insisterende. Flere pårørende har nævnt diagnosen ”meningitis” overfor sundhedspersonale, uden der blev handlet tilstrækkeligt herpå.

Manglende kendskab til muligheden for vaccination hos borgere

Flere beskriver, at de ville ønske, at de havde vidst, at det var muligt at vaccinere mod nogle typer af meningitis og meningokoksygdom, eller at de vil overveje at få deres børn vaccineret.

Læs mere om en pårørendes tanker og oplevelser i bilag nr. 6 ”Tanker omkring muligheder og tiltag til reduktion af fatale tilfælde af meningitis og meningokoksepsis” af Ivar G. Petersen.

Analyse: Hvorfor sker hændelserne, og hvad er de underliggende årsager?

Med afsæt i viden om typiske gode og dårlige forløb samt utilsigtede hændelser stillede analyseteamet på første møde en række undringsspørgsmål. Spørgsmålene blev efterfølgende grupperet i problemområder og analyseret med henblik på at opstille hypoteser på underliggende årsager.

Andet møde tog afsæt i de grupperede problemområder. Teamet blev opdelt i mindre arbejdsgrupper, der diskuterede problemområderne og mulige handlinger, der kunne afhjælpe problemerne. Efter andet møde blev alle input til handlingsplaner samlet op, bearbejdet og uddybet med tid, ansvar og implementeringsforudsætninger.

På tredje møde blev mere detaljerede handlingsplaner gennemgået en for en, og hele teamet havde lejlighed til at komme med input og justeringer til de handlingsplaner, der var opstillet. Der var her et stærkt fokus på ansvar og opfølgning.

Analysen identificerede følgende problemområder:

1. Manglende inddragelse af patienter og pårørendes viden

De utilsigtede hændelser, patienters oplevelser og teamets erfaringer viste, at der i Region Hovedstaden ikke findes en tilstrækkelig udbredt stærk kultur for inddragelse af patienter og pårørende.

2. Prøvetagning som forsinkende barriere

Analysen beskæftigede sig med flere relevante hypoteser om, hvordan man kunne undgå forsinkende processer i udredningsfasen. Blandt andet hvordan vi sikrer, at det at skulle tage en lumbalpunktur (rygmarvsprøve) ikke bliver en barriere for at udrede patienter for meningitis.

3. Utilstrækkelig viden om meningitis og meningokoksygdom hos sundhedsprofessionelle

Både de utilsigtede hændelser og de pårørendes oplevelser viste, at der hos nogen sundhedsprofessionelle er en utilstrækkelig viden om meningitis og meningokoksygdom - særligt om hvordan sygdommen kan præsentere sig.

4. Fixation³ og utilstrækkeligt samarbejde blandt sundhedsprofessionelle

Analysen konkluderede at samarbejdet blandt sundhedsprofessionelle ikke var tilstrækkeligt. Utilstrækkeligt teamsamarbejde kan have den konsekvens, at behand-

³ Fixation betyder, at sundhedspersoner kan komme til at fastholde fokus på et (forkert) symptom eller diagnose længere end godt er.

lingsteamets samlede viden og kompetencer ikke kommer effektivt i spil, og dette kan betyde, at vigtige ting overses, fejltolkes, eller at der fixeres på en forkert diagnose. Disse ting kan forsinke den rette diagnose.

5. Hjemsendelse af uafklarede patienter

Analysen konkluderede, at patienter i nogle forløb var blevet sendt for tidligt hjem fra hospitalet – nogle gange midt om natten, nogle gange før der forelå resultater på prøvesvar taget med henblik på at udelukke akut sygdom.

6. Uklarhed om genhenvendelse

Analysen identificerede, at der i nogle situationer var en udfordring med at få tilset patienter, der var blevet sendt hjem, men som havde fornyet behov vurdering, tilpas hurtigt og smidigt. Det er normal praksis, at patienter sendes hjem med beskeden om ”at komme igen, hvis det bliver værre”. Det er dog ikke altid tydeligt, hvad der konkret menes med dette, hverken for patienter eller sundhedspersoner. Analysen viste samtidig, at der er forskellig praksis for genhenvendelse i Region Hovedstaden - både på tværs af hospitaler og på tværs af børnemodtagelsen og akutmodtagelsen.

7. Utilstrækkelig viden hos patienter og pårørende

Analysen identificerede et behov for fremadrettet at sikre bedre oplysning af den bredere befolkning med viden om meningitis og meningokoksygdom. Teamet vurderede, at den enkelte borgers evne til at vurdere symptomer er en styrke, såfremt opdateret viden om symptomatologien er formidlet og er handlingsanvisende.

8. Manglende vaccination af befolkningen

Analysen beskæftigede sig med muligheden for vaccination og eventuelle fordele og ulemper i denne forbindelse. Beslutningen om at indføre nye vacciner i børnevaccinationsprogrammet er et nationalt anliggende, der afgøres af Sundhedsministeriet på baggrund af fagligt input fra Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut.

Derudover identificerede teamet problemområdet ”Uhensigtsmæssig kultur for læring af fejl”, der som tidligere beskrevet vil blive analyseret selvstændigt.

Et problemområde i sundhedsvæsenets organisering af faglige kompetencer blev også berørt. Det blev drøftet, at det nogle gange kan være en udfordring, at det er en mindre erfaren læge, der modtager patienten. Problemstillingen blev dog ikke behandlet yderligere, da Region Hovedstaden har igangsat projekt ”Fremtidens Akuthospital”, som blandt andet beskæftiger sig med kompetencer og bemanding i akutmodtagelserne. Teamet drøftede også kompetencer i den akutte telefonvisitation. Den problemstilling er dog blevet håndteret i en særskilt kerneårsagsanalyse, som Den Præhospital Virksomhed har gennemført i foråret 2017, og den blev derfor ikke behandlet yderligere i denne analyse.

Handlingsplaner: Hvordan forhindrer vi, at lignende hændelser sker igen?

Analysens overordnede mål er at reducere dødsfald forårsaget af meningitis og meningokoksygdom og analyseteamet har herunder fastlagt tre delmål:

- At reducere tiden fra første kontakt til Sundhedsvæsenet frem til behandling er påbegyndt.
- At reducere tiden fra symptomerne opstår frem til første kontakt med sundhedsvæsenet.
- At forhindre, at sygdommen opstår ved at forebygge med vaccination.

For at opnå delmålene har analyseteamet, med udgangspunkt i de tidligere beskrevne problemområder, identificeret fire overordnede indsatsområder:

- **Mindske fixation og øge samarbejde om udredning og diagnostik**
- **Øge inddragelse af patienter og pårørende**
- **Sikre hurtig behandling**
- **Opdatere viden hos personale og borgere**

For hvert indsatsområde er formuleret mindst én handlingsplan. Handlingsplanerne rummer:

- To større indsatser
 - Etablering af et læringskoncept med e-læring omkring meningitis og meningokoksygdom og
 - Systematisk simulationstræning af alle ansatte i akutmodtagelser i samarbejde og kommunikation omkring den uafklarede patient.
- Et forbedringsprojekt på et pilothospital, der skal forbedre samarbejde om akutte patienter, herunder lokalt arbejde med kultur for læring.
- Fem nye arbejds gange om prøvetagning, pårørendeinddragelse samt genhenvisninger.
- Et møde med Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed for at viderebringe analysens viden og overvejelser om vaccination og befolkningens viden om meningitis og meningokoksygdom.

Samt

- Udvikling af en indikator til monitorering af handlingsplanernes samlede effekt. Indikatoren skal måle tiden fra patientens første kontakt til sundhedsvæsenet til behandling iværksættes.

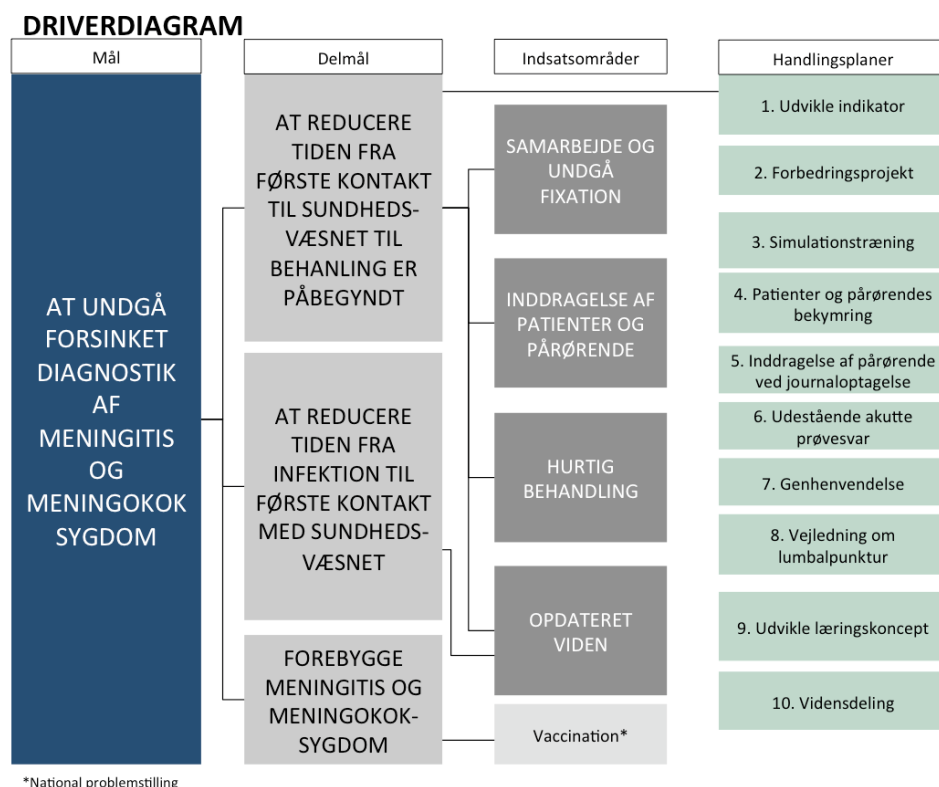
De ti handlingsplaner skal ses som dele af en samlet indsats, der kan bidrage til at opnå det overordnede mål. Det er ikke tanken, at de enkelte handlingsplaner kan stå alene, men at synergien i at sætte ind på flere fronter gør at vi kan nå vores mål. De ti handlingsplaner er beskrevet overordnede i det følgende. Alle handlingsplanerne skal yderligere kvalifice-

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 2 - Side -20 af 34

res, beskrives og udvikles af de ansvarlige i samarbejde med aktørerne. 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.

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



Her listes de 10 handlingsplaner samlet:

1. Udvikle overordnet indikator, der måler tiden fra patientens første kontakt til sundhedsvæsenet til behandling er påbegyndt.
2. Etablere forbedringsprojekt på pilothospital, der omhandler samarbejde omkring akutte patienter og lokal kultur omkring håndtering af fejl med henblik på efterfølgende bred implementering
3. Etablere simulationstræning, der øger samarbejde og mindsker fixation omkring den uafklarede patient.
4. Øge brugen af patienter og pårørendes bekymring som anledning til at revurdere det sundhedsfaglige respons.
5. Forbedre forudsætning for inddragelse af patienter og pårørendes viden i forbindelse med udredning.
6. Undgå hjemsendelse af patienter med udestående akutte prøvesvar.

7. Forbedre procedurer omkring genhenvendelse og sikre kendskab til patientforløb.
8. Sikre klare og handlingsanvisende vejledninger omkring lumbalpunktur.
9. Etablere læringskoncept for at øge viden hos sundhedsprofessionelle om meningitis og meningokoksygdom.
10. Sikre vidensdeling nationalt.

I det følgende beskrives alle handlingsplaner nærmere.

Handlingsplan nr.1 – Udvikle overordnet indikator, der måler tiden fra patientens første kontakt til sundhedsvæsenet til behandling er påbegyndt.

Indsats: Der skal udvikles en indikator, der måler på et af analysen centrale succeskriterier - at reducere tiden fra første kontakt til behandling er påbegyndt.

En del patienter med meningitis og meningokoksygdom vil, som tidligere anført, have flere kontakter til sundhedsvæsenet op til en indlæggelse for meningitis og meningokoksygdom. Der ønskes at måle på tiden fra første kontakt til hospitalsvæsen, 1813 eller 112 til første dosis antibiotika er givet. Såfremt det er muligt, inkluderes også patienter hvis forløb starter i almen praksis. Det ønskes, at der defineres en baseline på baggrund af data fra 2016. Det ønskes, at opnå data på alle patienter i Region Hovedstaden, der udskrives med diagnosen meningitis eller meningokoksygdom. Gruppen skal afklare om indikatoren kun skal omhandle de meningitisforløb forårsaget af bakterier eller om også de meningitisforløb, der skyldes eksempelvis virus skal inkluderes. Gruppen skal afklare behovet for klinisk validering. Gruppen må gerne tage stilling til om den eksisterende kliniske database kan indgå i arbejdet.

Gruppen skal ligeledes afklare og eventuelt udvikle en indikator (obs. indikator), der måler på alle patienter, der bliver meldt obs. meningitis eller meningokoksygdom, da dette vil give et større datagrundlag for at vurdere om regionens udredning af disse patienter er tilstrækkelig hurtig.

Endelig skal gruppen afklare om der skal udvikles en ulempeindikator.

Det anbefales at obs. indikatoren og ulempeindikatoren udvikles og afprøves i mindre skala på for eksempel en enkelt afdeling inden evt. udrulning til hele regionen.

Der har været vigtigt for analyseteamet, at der bliver defineret en overordnet resultatindikator. Det har været drøftet om der skulle udvikles indikatorer til at følge de enkelte handlingsplaner, men da handlingsplanerne er tænkt som forskelligartede indsatser, der alle arbejder frem mod det overordnede mål, blev det vurderet at en overordnet resultatindikator var vigtigst. Der er dog lagt op til at man lokalt på enkelte hospitaler eller afdelinger kan benytte sig af procesindikatorer som man finder relevante i forhold til den lokale implementering. De procesindikatorer som har været drøftet undervejs i analysen vil blive samlet i et proceskatalog som kan benyttes som inspiration.

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 2 - Side -22 af 34

Forventet effekt: At Region Hovedstaden kan følge om handlingsplanerne har en samlet effekt på tiden fra henvendelse til behandling.

Ansvarlige: Sundhedsfagligt Råd (SFR) infektionsmedicin.

Øvrige aktører: Den Præhospital Virksomhed, Center for Økonomi (dataenheden) og Enhed for Tværsektoriel Udvikling (evt. inklusion af praksissektoren). Det vil sandsynligvis være relevant at få tilknyttet en person med ekspertise i udvikling af indikatorer.

Tidsfrist: Inden udgangen af første kvartal 2018 for såvel udvikling af indikator som opsamling af baseline

Handlingsplan nr. 2 – Etablere forbedringsprojekt på pilot-hospital, der omhandler samarbejde omkring akutte patienter og lokal kultur omkring håndtering af fejl med henblik på efterfølgende bred implementering.

Indsats: Udvikling og afprøvning af metoder til at etablere et godt teamsamarbejde omkring den akutte patient. Metoderne skal udvikles og justeres ved hjælp af forbedringsmetoder på et udpeget pilothospital. Pilothospitalet skal i samarbejde med SFR præhospital og akutmodtagelser fremlægge hvordan erfaringerne og metoderne fra forbedringsprojektet kan spredes og implementeres i alle regionens akutmodtagelser.

Der ønskes, at pilothospitalet arbejdes med at udvikle:

- Faste ”stop-op-møder” (time-out) omkring akutte patienter. Pilothospitalet skal beskrive og udvikle stop-op-møderne. Projektet kræver blandt andet at begrebet ”akutte patienter” afklares. Der kan tages udgangspunkt i eksisterende gode erfaringer (eksempelvis ”huddles”) og der kan søges inspiration fra indsatser som sikker kirurgi, sikre fødsler og samarbejde om traumepatienter.
- En kultur med åbenhed omkring fejl. Det foreslås, at alle, der ”er gået en forkert diagnostisk vej”, deler deres historie på tværfaglige konferencer til læring og refleksion – og hyldes som helte: ”Månedens svære historie”.
- I forhold til begge indsatser vurderes ledelsens aktive involvering at være essentiel for succes. Ledelsen anbefales at gå forrest. Der kan også arbejdes med at italesætte lederskab – at alle medarbejdere kan tage lederskab i forhold til at sikre patienterne en optimal behandling. Der kan arbejdes med at etablere en sikker ledelsesinvolveringsmulighed, hvis en sundhedsperson ikke føler at teamsamarbejdet er lykkedes. En inspiration er, en åben telefon/kontaktmulighed, hvor en problematik opstået i en vagt næste dag kan drøftes.

Forventet effekt:

- Et åbent teamsamarbejde der fungerer i dagligdagen.
- Fejl og manglende lydhørhed bruges systematisk til læring fra dag til dag, og fejlbarelighed anerkendes og anvendes som konkret læringsgrundlag.

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 2 - Side -23 af 34

Ansvarlige: Pilothonospital udpeget af koncernledelsen.

Øvrige aktører: Projektet forankres i SFR præhospitalet og akutmedicin.

Tidsfrist: Udpegning af pilothospital inden udgangen af 2017. Fremlæggelsen af erfaringer for SFR senest efter 12 måneder.

Monitorering og tilpasning: Indikatorer udvikles som en del af forbedringsprojektet. Projektet spiller ind i det overordnede mål.

Handlingsplan nr. 3 – Etablere simulationstræning, der øger samarbejde og mindsker fixation omkring den uafklarede patient.

Indsats: Der skal udvikles undervisning, der omhandler træning i håndtering af den diagnostisk uafklarede patient, for personalet på de akutte modtagelser. Der skal udarbejdes en selvstændig projektbeskrivelse som beskriver indsatsen nærmere. Det ønskes at undervisningen afprøves på et pilothospital inden den udrulles til hele regionen. Det ønskes også at undervisningen samtænkes med de øvrige indsatser, særligt e-læringen. I forbindelse med udviklingen skal der tages afsæt i den eksisterende gode praksis som findes mange steder lokalt. CAMES skal stå for undervisningen, som skal foregå lokalt på hospitalerne gerne i samarbejde med de lokale simulationsenheder. Der skal etableres en certificeringsordning.

Læringsmål for kurset er:

- At kende egne begrænsninger.
- At træne tværfaglig kommunikation.
- At træne patient- og pårørendeinddragelse og bidrage til at de opfattes som en del af teamet.
- At bidrage til gensidig respekt mellem forskellige faggrupper.
- At træne ledelsesadfærd med åbenhed for og anerkendelse af andres perspektiver.
- At forbedre erfarne lægers evne til og ønske om aktiv inddragelse af andre.
- Træning i stop-op metoden (se handleplan 3).

Forventet effekt:

Forbedret teamsamarbejde med mere åbenhed og anerkendelse for teamets bekymringer, herunder for meningitis og andre sjældne, alvorlige sygdomme.

Ansvarlige:

Center for HR (CAMES) står for projektledelsen.

Formand SFR for præhospitalet og Akutmodtagelse er projektejer.

Projektet godkendes af Forum for ledelse og uddannelse og forelægges Koncernledelsen. I forbindelse med udrulningen af undervisningen vil hospitalsdirektioner og afdelingsledelser være ansvarlige for, at der frigøres tid til ledere og medarbejderes deltagelse.

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 2 - Side -24 af 34

Tidsfrist: Udvikling frem til 1. kvartal 2018, derefter afprøvning på pilothospital og siden trinvis udrulning til resten af regionen.

Monitorering og tilpasning:

Der følges løbende op på deltagelse på uddannelsen i Forum for ledelse og uddannelse.

- Inden udgangen af 2018 er andel af personale med funktion i akutmodtagelsen med gennemført (eller aktuel uddannelse) 50 %.
- Inden medio 2019 skal andelen af personale med funktion i akutmodtagelsen med gennemført (eller aktuel uddannelse) være 85 %.

Effekten monitoreres ved hjælp af den overordnede indikator, der måler tid fra patientens første kontakt til behandling er påbegyndt.

Handlingsplan nr. 4 – Øge brugen af patienter og pårørendes bekymring som anledning til at revurdere det sundhedsfaglige respons.

Handlingsplan 4.A – indføre patienter eller pårørendes bekymring som mulig indikation for aktivering af Mobilt Akut Team (MAT⁴) på sengeafdelinger.

Indsats: På sengeafdelinger med voksne patienter indføres patienter eller pårørendes bekymring som indikation for aktivering af MAT. Det vil fortsat være en sundhedsperson, der tilkalder MAT teamet, men begrundelsen for tilkald vil alene kunne være at patient eller pårørende udtrykker bekymring. Det er tænkt som et tydeligt signal fra organisationen om at patienter og pårørendes bekymring skal anerkendes og er ligeværdige i forhold til andre mere objektive kriterier som puls og blodtryk. Dette indebærer ændring i MAT-vejledningerne.

Forventet effekt: At patienter og pårørendes bekymringer tages alvorligt samt en understøttelse rettidig diagnostik af akut kritisk sygdom.

Ansvarlige:

Hjertestopkomitéen er ansvarlig for justering af vejledninger og udarbejdelse af implementeringsplan.

Ledelsesstrengen er ansvarlig for implementering.

Hjertestopkomiteen er ansvarlig for monitorering og opfølgning.

Tidsfrist: Afklaring og revidering af vejledning samt udarbejdelse af implementeringsplan inden udgangen af 4. kvartal 2017.

⁴ Flere af regionens hospitaler har mulighed for at tilkalde et mobilt akut team (MAT) til patienter med akut forværring af vitale parametre. MAT er typisk bemandet med erfarent personale fra hospitalets intensiv afdeling og kan tilkaldes med henblik på at undersøge en patient og lægge en plan for den videre behandling

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 2 - Side -25 af 34

Monitorering

- Antal af MAT kald, der er aktiveret på baggrund af patienter eller pårørendes bekymring.

Udviklingen følges i Hjertestopkomiteen. Ordningen evalueres for effekt efter et år.

Handlingsplan 4.B - at afdække erfaringer med patienter og pårørendes direkte aktivering af et sundhedsfagligt respons.

Indsats: At afdække erfaringer med patienter og pårørendes aktivering af et sundhedsfagligt respons (eks. MAT kald) ved bekymring gennem en miniundersøgelse som grundlag for videre beslutning. Afdækningen skal både omfatte erfaringer fra voksen- og børneafdelinger. Det skal søges afdækket, om en sådan indsats vil være en fordel for patienter og pårørendes oplevelse af behandlingen og om det kan give forbedret sikkerhed. Ydermere skal undersøges om patient- eller pårørendeaktivering kan være potentielt konfliktfyldt i forhold til læge-, patient-, pårørenderelationen, og om man ved ordningen lægger mere ansvar på patienter og pårørende, end de ønsker. Der bør endvidere forsøges at estimere omfanget det forventede omfang af patient- og pårørendekald baseret på erfaringer fra ind- og udland.

Forventet effekt: En klarhed over perspektiverne herunder fordele og ulemper ved direkte patient- eller pårørendeaktivering.

Ansvarlige: Center for Sundhed (Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed).

Tidsfrist: Afdækningen er afsluttet inden 1. november. Pårørende og Patientinddragelsesudvalget (PIU) høres ultimo 2017. I første kvartal af 2018 drøftes afdækningen i Hjertestopkomiteen, der herefter via Center for Sundhed, indstiller en anbefaling til koncernledelsen.

Handlingsplan nr. 5 – Forbedre forudsætning for inddragelse af patienter og pårørendes viden i forbindelse med udredning

Indsats: At forbedre sundhedspersonalets forudsætninger for inddragelse af de pårørendes viden.

Indsatsen sker gennem:

- a) Tilføjelse af pårørendes viden som fast punkt i Sundhedsplatformen i forbindelse med lægelig journaloptagelse. Det vil sige, at der skal udarbejdes et ændringsønske til Sundhedsplatformen. Det skal afklares om udfyldelse af feltet skal være obligatorisk (hard stop) og om det skal gælde alle afdelinger. Ved journaloptagelse hos børn, vil det meste af journaloplysningerne ofte vil være baseret på pårørendes oplysninger i forvejen.

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 2 - Side -26 af 34

- b) Opfordre lægefaglige og sygeplejefaglige grunduddannelser via samarbejdsfora til at sikre særligt fokus på inddragelse af patienter og pårørende som obligatorisk element – også i journaloptagelse.
- c) Det ønskes at afdække om min Sundhedsplatform kan bruges til realtime journalindsigt og måske på sigt til at patienter eller de pårørende selv kan notere egne oplevelser i journalen.

Forventet effekt: At bidrage til at skabe åbenhed og respekt, samt ændre adfærd ift. den viden, den pårørende kan supplere den faglige vurdering med.

Ansvarlige:

Center for Sundhed.

Hospitalsdirektioner, afdelingsledelser og specialeansvarlige overlæger vil være ansvarlige for vedvarende fokus på anvendelsen i praksis.

Øvrige aktører: Center for HR og CIMT (Sundhedsplatformen).

Tidsfrist:

A: Ultimo 2018 ift. Sundhedsplatformen.

B: Medio 2018 ift. kontakt til grunduddannelser.

Monitorering og tilpasning:

Effekten, som forventes at være på langt sigt, monitoreres ved hjælp af den overordnede indikator, der måler tid fra patientens første kontakt til behandling er påbegyndt.

Handlingsplan nr. 6 - Undgå hjemsendelse af patienter med udestående akutte prøvesvar.

Indsats: Der skal udarbejdes en ny retningslinje, der præciserer, at patienter ikke hjemsendes, før der er modtaget svar på prøver ordineret for at udelukke akutte og potentielt livstruende sygdomme. Retningslinjen vil kræve en definering af begreberne ”uafklaret”, ”akut” og ”livstruende”. Yderligere skal vejledningen beskrive sondringen mellem på den ene side en patient, som synes afklaret, og hvor et patologisk svar er et ”tilfældigt fund” og på den anden side den akutte uafklarede patient. Det skal undersøges, om der via Sundhedsplatformen kan laves en barriere så patienter med udestående prøvesvar (omfattet af retningslinjen) ikke udskrives/hjemsendes.

Hvis det er muligt, så ønskes det, afdækket hvor mange patienter den ændrede arbejdsgang vil påvirke. En ændret arbejdsgang vil måske betyde, at der er behov for en udvidelse af venteområder, hvor patienter som ikke umiddelbart behøver indlæggelse kan opholde sig, mens akutte prøvesvar afventes. Det kan også være relevant at undersøge om det er muligt at modtage prøvesvar hurtigere.

Det skal endvidere undersøges om mikrobiologisk Point of Care Testing (POCT) kan bidrage til hurtigere at afklare patienters diagnoser. Der afventes en national rapport om

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 2 - Side -27 af 34

POCT i løbet af efteråret 2017. SFR for mikrobiologi vil følge området og eventuelt indstille til indførelse af mikrobiologisk POCT på regionens hospitaler med akutfunktion.

Forventet effekt: Det forventes, at den direkte effekt er at uafklarede patienter ikke hjemsendes, før der foreligger svar på diagnostiske prøver, der er taget for at udelukke akutte, livstruende sygdomme, så behandling kan igangsættes uden forsinkelse. Dette medvirker til at undgå, at der sker unødigt forsinkelse i behandling – og at patienter med risiko for meningitis mv. observeres på hospital.

Ansvarlige: SFR pædiatri for udvikling af retningslinje. SFR mikrobiologi for at undersøge mulighederne i forhold til POCT. Hospitalsdirektionerne har ansvaret for implementering af vejledningen og lokal tilpasning.

Øvrige aktører: SFR præhospital og akutmodtagelse, SFR biokemi og SFR infektionsmedicin.

Tidsfrist: Indført d. 1/1 2018.

Monitorering og tilpasning:

Effekten følges via monitorering af utilsigtede hændelser på området ved Center for Sundhed (EKP). Hændelsesmønstret afrapporteres til SFR pædiatri.

Yderligere monitoreres effekten ved hjælp af den overordnede indikator, der måler tid fra patientens første kontakt til behandling er påbegyndt.

Handlingsplan nr. 7 – Forbedre procedurer omkring genhenvendelse og sikre kendskab til patientforløb.

Handlingsplan 7A - sikring af kendskab til procedurer omkring genhenvendelse og udarbejdelse af genhenvendelseskort:

Indsats:

- Der skal udarbejdes et genhenvendelseskort, som udleveres til patienter og pårørende, når de afsluttes eller udskrives fra akutte modtagelser. Kortet skal beskrive, hvornår og hvordan de skal henvende sig ved manglende bedring eller forværring. Det skal afprøves i lille skala inden bred implementering. Udskrivelsesvejledning skal tilpasses. Der kan indhentes inspiration og erfaring fra børneafdelinger, der anvender genhenvendelses-vejledninger. Der skal udarbejdes en tydelig tekst til patienter og pårørende om, hvad forværring betyder på de mest relevante symptomer – samt særlige symptomer relateret til særlig kritisk sygdom, herunder meningitis. Det kan være relevant at understøtte arbejdsgangen via Sundhedsplatformen (måske i form af et tillæg til det nuværende besøgssammendrag).
- Der skal kommunikeres til alle relevante afdelinger om forpligtelse og praksis ved genhenvendelser, og der skal sendes kopi af genhenvendelseskort til alle akutafdelinger og børnemodtagelser.

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 2 - Side -28 af 34

Forventet effekt: At det er tydeligt for patienter og pårørende samt for personalet, hvilken procedure, der er ved genhenvendelse, så der ikke tabes tid ved at patienten ”starter forfra” i systemet. Dette vurderes at kunne mindske tiden i forhold til at igangsætte relevant behandling når en patient oplever forværring af akut sygdom.

Ansvarlige: Kvalitetschefkredsen for udvikling.

Hospitalsdirektioner og afdelingsledelser skal sikre anvendelse i praksis gennem løbende og vedholdende opfølgning.

Øvrige aktører: Center for Kommunikation. SFR præhospital og akutmodtagelse, SFR infektionsmedicin og SFR pædiatri kan bruges som faglige sparringsparter.

Tidsfrist: Primo 1. kvartal 2018 for udarbejdelse. Implementeringen skal være senest være gennemført ultimo 2018.

Monitorering og tilpasning:

Effekten monitoreres ved hjælp af den overordnede indikator, der måler tid fra patientens første kontakt til behandling er påbegyndt

Handlingsplan 7.B – sikre mulighed for kendskab hos 1813 til patientforløb ved genhenvendelse

Indsats: Der skal laves en ny vejledning til 1813 personale med tydeliggørelse af, at 1813 kan indhente patientens samtykke, så der kan laves opslag i journalen – hvorved nylige indlæggelser og udredning i akutmodtagelser kan ses. Det kræver, at 1813 kan få systemadgang til Sundhedsplatformen og det skal afklares, om det kræver uddannelse i brug af Sundhedsplatformen for 1813 personale.

Forventet effekt: At personalet på 1813 i forbindelse med visitation kan afklare om patienten har haft en nylig indlæggelse eller udredning i en akut modtagelse. På mange akutafdelinger/børneafdelinger er der mulighed for at komme direkte tilbage til afdelingen inden for det første døgn efter udskrivelse – uden om den normale visitation eller egen læge. Dermed kan patienter med nylige indlæggelser, der henvender sig med forværring af sygdom, hurtigere modtages på relevant afdeling til start af behandling uden at unødigt tid spildes på ny vurdering hos egen læge og/eller i en akutmodtagelse.

Ansvarlige: Den Præhospital Virksomhed.

Tidsfrist: Primo 1. kvartal 2018 foreligger en ny vejledning.

Monitorering og tilpasning:

Effekten monitoreres ved hjælp af den overordnede indikator, der måler tid fra patientens første kontakt til behandling er påbegyndt.

Handlingsplan nr. 8 - Sikre klare og handlingsanvisende vejledninger omkring lumbalpunktur.

Indsats: Der nedsættes en arbejdsgruppe, der skal udarbejde forslag til, hvordan usikkerhed om udførelse af lumbalpunktur ikke bliver en barriere for at mistænke meningitis og meningokoksygdom. Arbejdsgruppen skal blandt andet drøfte om, der er grundlag for at ændre nuværende praksis, hvor lumbalpunktur som udgangspunkt altid foretages før behandling med antibiotika. Gruppen skal sikre, at vejledningen bliver handlingsanvisende – at det er tydeligt for personalet at eventuel usikkerhed om lumbalpunktur ikke skal forsinke antibiotisk behandling, når dette er indiceret. Gruppen skal yderligere drøfte, hvordan det sikres at alle afdelinger på alle matrikler har hurtig adgang til det rette udstyr, således at manglende udstyr ikke bliver en barriere. Herunder skal det afdækkes om der via regionens centrale indkøbsfunktion kan etableres færdigpakket lumbalpunktur-sæt som kan bestilles til alle afdelinger. Gruppen skal endelig drøfte, hvordan de enkelte hospitaler sikrer, at eventuelle manglende kompetencer hos personalet i at foretage en lumbalpunktur, ikke forsinkes den rette udredning (fx mulighed for tilkald af personale fra andre afdelinger/MAT).

Forventet effekt: At sundhedspersoner ikke er tilbageholdende med at nævne meningitis som mulig diagnose, således at behandling kan iværksættes uden forsinkelse ikke mindst, når der er tvivl om diagnose.

Ansvarlige: En arbejdsgruppe med ledelse af SFR infektionsmedicin nedsættes med repræsentanter fra SFR i infektionsmedicin, pædiatri, mikrobiologi og anæstesiologi.

Tidsfrist:

Gruppens anbefalinger til praksis skal sendes til Center for Sundhed inden udgangen af 2017.

Monitorering og tilpasning:

Effekten monitoreres ved hjælp af den overordnede indikator, der måler tid fra patientens første kontakt til behandling er påbegyndt.

Handlingsplan nr. 9 - Etablere et læringskoncept for at øge viden hos sundhedsprofessionelle om meningitis og meningokoksygdom.

Indsats: Der skal udvikles et læringskoncept med formål at opdatere viden hos sundhedsfaglige blandt andet via e-læring om meningitis og meningokoksygdom. Der skal udarbejdes en projektbeskrivelse som beskriver indsatsen nærmere. Indsatsen må gerne sam-tænkes med de øvrige beskrevne indsatser, så der opnås bedst mulig synergi. Konceptet anbefales afprøvet inden det fastlægges. Det ønskes ligeledes vurderet om det udviklede læringskoncept kan bruges generisk og efterfølgende appliceres på andre tilstande eller

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 2 - Side -30 af 34

diagnoser. Det ønskes, at projektgruppen inkluderer erfaringer fra andre regioner og andre kliniske e-læringskursusforløb.

Projektgruppen skal blandt andet afklare:

- Skal kurset være obligatorisk?
- Skal der være en form for certificering og hvor ofte skal kurset gentages?
- Skal der være konsekvenser ved manglende deltagelse?
- Skal almen praksis have mulighed for at tage kurset?

Forventet effekt: Øget viden vil medføre, at flere tilfælde diagnosticeres tidligere i forløbet og dermed øges sandsynligheden for, at succesfuld og rettidig behandling igangsættes.

Ansvarlige:

Projektledelsen for udviklingen forankres i Center for HR.

Formand for SFR Infektionsmedicin er projektejer.

Projektet godkendes af Forum for Ledelse og Uddannelse og forelægges Koncernledelsen.

Følgende skal inddrages som medlemmer i projektgruppen:

- SFR i infektionsmedicin (redaktion for løbende revisioner).
- SFR akutmodtagelser og præhospital
- SFR mikrobiologi
- SFR Pædiatri

Tidsfrist: Nedsættelse af projektgruppe inden udgang af 2017. Udvikling af indhold frem til udgang af 2. kvartal 2018, derefter trinvis udrulning til de omfattede medarbejdere og ledere i regionen jf. nedenstående mål.

Monitorering og tilpasning:

Der følges løbende op på deltagelse på uddannelsen i Forum for Ledelse og Uddannelse.

- Det sættes som mål at 75 % af personale med akutfunktion, pædiatri, infektionsmedicin og anæstesi har gennemført kurset ved udgangen af 2018.

Effekten monitoreres ved hjælp af den overordnede indikator, der måler tid fra patientens første kontakt til behandling er påbegyndt.

Handlingsplan nr. 10 – Sikre vidensdeling nationalt.

Indsats: Der planlægges et møde med Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed med henblik på at formidle resultaterne af nærværende analyse. Målet med møderne er:

- At opfordre til at opdatere information til borgere og sundhedspersoner om meningitis og meningokoksygdom med nyeste viden om symptomatologien. Andre relevante parter som kan informeres (evt. via Sundhedsstyrelsen) er Sundhed.dk, herunder:
 - Patient-håndbogen
 - Læge-håndbogen

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering
Bilag 2 - Side -31 af 34

- Praksis-information
- At formidle overvejelser om fordele og ulemper ved vaccination på baggrund af analysen til Sundhedsstyrelsen. Opfordring til Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut om i højere grad at informere befolkningen om muligheden for vaccination. Repræsentanter for de pårørende inviteres med til mødet.

Forventet effekt: Almen oplysning, så borgerne og sundhedspersoner bliver bedre i stand til at genkende og handle på symptomer på meningitis og meningokoksygdom. Mere aktiv oplysning til befolkningen og risikogrupper om muligheder for vaccination.

Ansvarlige:

- Center for Sundhed formidler viden til styrelserne.
- SFR mikrobiologi og infektionsmedicin samt pædiatri understøtter i forhold til at levere det faglige input.
- Center for Kommunikation har ansvar for formidling af viden på regionens egne platforme inklusiv evt. sociale medier.

Tidsfrist: Inden udgangen af 4. kvartal 2017.

Opfølgning

Analyseteamet har gjort sig umage for at opstille ambitiøse, men også realistiske handlingsplaner. Teamet er enige om, at implementering af de anførte handlingsplaner samlet vil kunne reducere risikoen for forsinket erkendelse og diagnostik af meningitis.

Teamet har drøftet, hvordan implementeringen bedst understøttes blandt andet med afsæt i de anførte principper for effektfulde forbedringer i bilag 7.

Det er teamets vurdering at lokal ledelsesinvolvering bliver central i implementeringen, herunder at der bakkes op om deltagelse i såvel det indledende udviklingsarbejde som senere deltagelse i fx e-læring og simulation.

Den overordnede fremdrift i projektet måles på få resultatindikatorer, som udvikles i regi af analysens handlingsplaner. Det forventes at de lokale ledelser selv opstiller relevante procesindikatorer til brug for måling af fremdrift med forbedringsarbejdet i eget regi.

Selvom der er udpeget forskellige regionale ansvarlige for flere af handlingsplanernes udarbejdelse er det i sidste ende hospitalsdirektionerne og afdelingsledelserne, der har den største opgave med at sikre dels implementering og dels, at der etableres rollemodeller og kulturbærere for de nævnte forbedringer.

Formandskabet har på den baggrund gennemført en høringsproces af handlingsplanerne på en workshop, hvor alle hospitalsdirektioner var repræsenteret sammen med de, der er nævnt som ansvarlige for handlingsplanerne. Høringens formål var at sikre, at handlingsplanerne blev kvalificeret og at sikre implementering og ejerskab. Bemærkningerne fra høringsworkshoppene koncentrerede sig om:

- at fokusere handlingsplanerne yderligere,
- at sikre tydelig ledelsesinvolvering og,
- at gennemføre afprøvning i lille skala der, hvor der var muligt.

Bemærkningerne er indarbejdet i den endelige rapport.

Herefter blev handlingsplanerne forelagt Koncernledelsen til endelig godkendelse.

Slutteligt blev det aftalt, at formandskabet og regionens kvalitetschef fastholder fokus på fremdrift af handlingsplaner ved afrapporteringer til Koncerndirektionen 3, 9 og 12 måneder efter rapportens endelige godkendelse.

Medlemmerne af analyseteamet inviteres til at følge med i afrapporteringerne.

I forbindelse med disse afrapporteringer kan formandsskabet og regionens kvalitetschef indstille, at der etableres regionale eller hospitalsspecifikke procesmål, hvis det er behov for dette for at følge fremdriften nærmere.

Læs mere om hvordan implementering af forbedringer i sundhedsvæsenet bedst understøttes i bilag nr. 7 og 8.

Bilag

- | | |
|-------------|---|
| Bilag nr.1 | Analysen kommissorium. |
| Bilag nr. 2 | Oplæg om meningokoksygdom hos børn og unge af Ulrikka Nygaard, infektionspædiater, ph.d. og lektor og Karen Vitting Andersen, klinikchef, dr. med., BørneUngeKlinikken, Rigshospitalet, juni 2017. |
| Bilag nr. 3 | ”Akut meningokoksygdom hos børn og unge “ af Ulrikka Nygaard et al, Ugeskrift for Læger, 4. September 2017. |
| Bilag nr. 4 | ”Meningokoksygdom i Danmark” Statens Serum Institut. |
| Bilag nr. 5 | Oplæg om ”Diagnostik af meningokoksygdom i Region Hovedstaden – en tværgående analyse” ved afdelingslæge Palle Valentiner-Branth, leder af sektion for vaccineforebyggelige sygdomme, Afdeling for Infektionsepidemiologi og Forebyggelse, Statens Serum Institut, juni 2017. |
| Bilag nr. 6 | ”Tanker omkring muligheder og tiltag til reduktion af fatale tilfælde af meningitis og meningokoksepsis” af Ivar G. Petersen, august 2017. |
| Bilag nr. 7 | Oplæg om ”Forandring med effekt” ved Michael Daubjerg, partner i Implement Consulting Group, juni 2017. |
| Bilag nr.8 | Oplæg om ”The what and the how” ved Vibeke Rischel, Sundhedsfaglig chef, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, juni 2017. |

Litteratur og vejledninger

- Sundhedsstyrelsens vejledning om praktiserende lægers og vagtlægers behandling af meningokoksygdom: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=142112>
- Region Hovedstadens vejledning om behandling af meningitis hos børn og unge: <http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=X646BBF64E1E3343CC1257F33004F008F&dbpath=/VIP/Redaktoer/RH.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>
- Region Hovedstadens vejledning om behandling af meningitis hos voksne inkl. bilag: <http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=X4FA7516E512332A6C1257F570031070C&dbpath=/VIP/Redaktoer/RH.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>
- Region Hovedstadens vejledning om behandling ved mistanke om meningitis præhospitalt: <http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=XAE4FC9D284B00C99C12579AB0043C246&dbpath=/VIP/Redaktoer/1596.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>
- Sundhedsstyrelsen information om meningokoksygdom: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/~media/1E8409FD720A4A2AA009BC4A87A45478.ashx>
- EPI NYT fra Statens Serum Institut fra 2017 om meningokokker: <http://www.ssi.dk/Aktuelt/Nyhedsbreve/EPI-NYT/2017/Uge%206%20-%202017.aspx>
- Patientombuddets temarapport om meningitis fra 2011: <https://stps.dk/da/udgivelser/2011/temarapport-om-meningitis/~media/BF41BA6942F34DBAB546E8A0839EA150.ashx>

ⁱ Dette er 2. udgave af rapporten. I denne udgave er det præciseret at opfølgning sker via vores koncerndirektion.



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

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 3 - Side -4 af 31

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 koncernledelsen 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>

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 3 - Side -6 af 31

- 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.

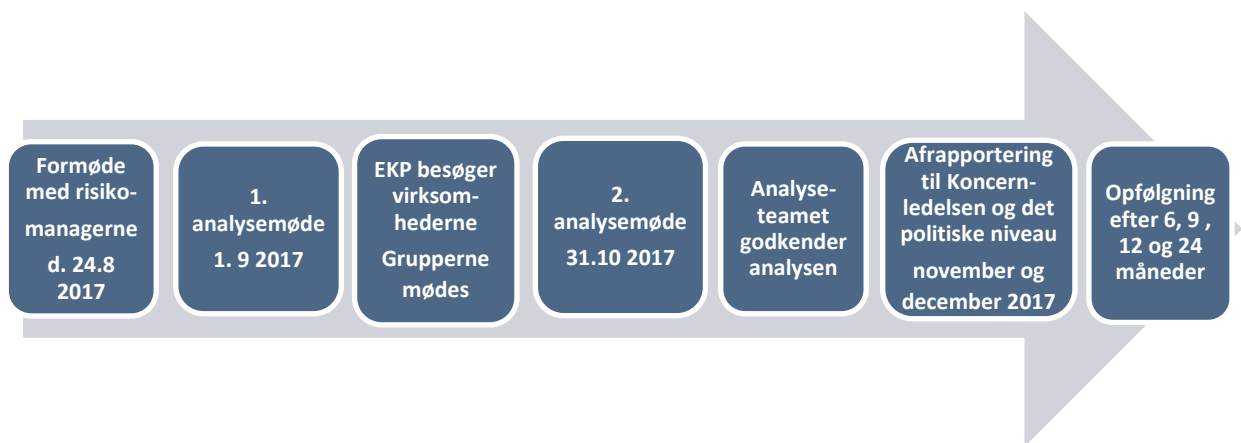
Virksomhederne i Region Hovedstaden har fokus på arbejdet med patientsikkerhed, og der er ligeledes mange initiativer i afdelingerne, som løfter arbejdet med patientsikkerheden. Men det kan blive bedre og mere systematisk med spredning af initiativer og forbedringer. Analyseteamet vil derfor undersøge,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

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 3 - Side -8 af 31

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.

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 3 - Side -10 af 31

- *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.

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 3 - Side -12 af 31

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

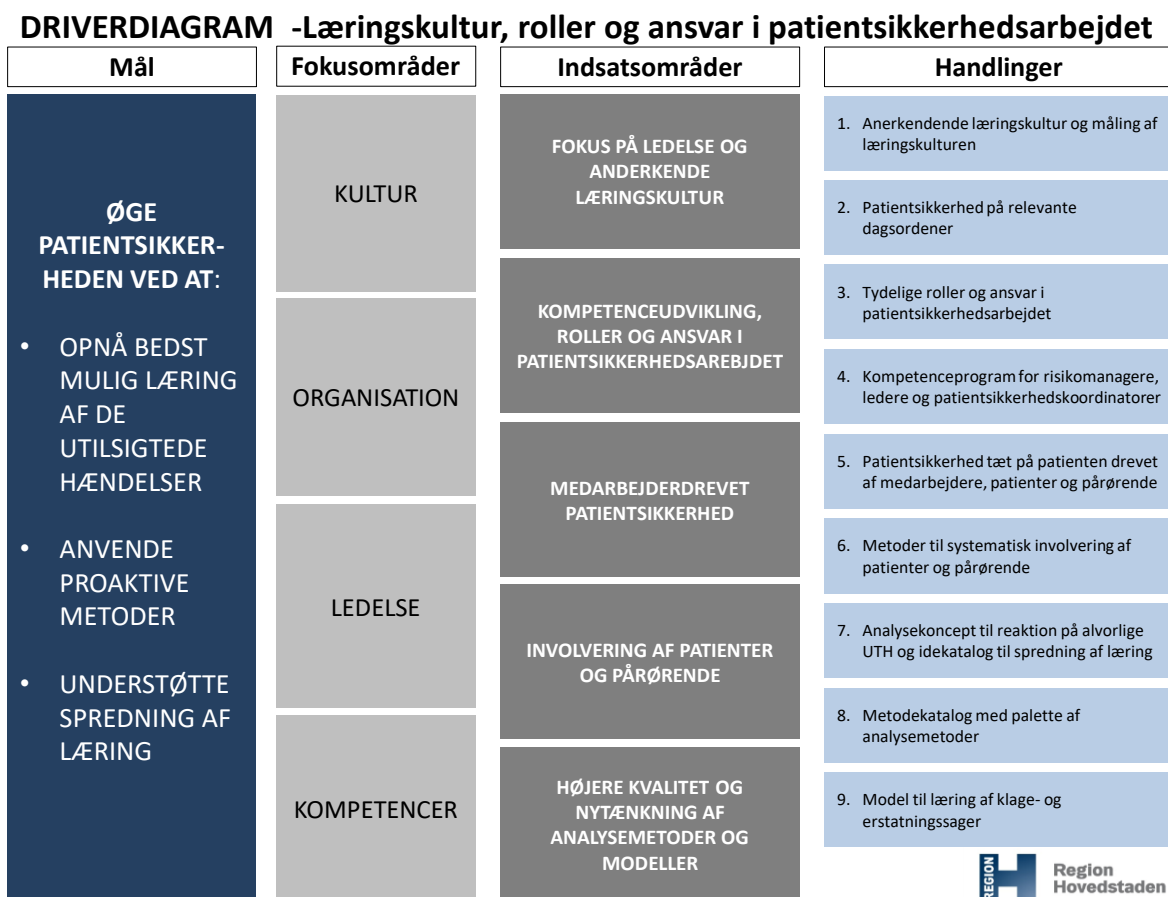
Arbejdet med utilsigtede hændelser skal styrkes ved at gennemføre analyserne hurtigere, have en bredere palette af analysemetoder og ved at sikre udarbejdelse af stærke handlingsplaner. Endvidere skal der sikres de rette redskaber til at implementere handlingsplanerne, og at den læring der opnås efter 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.



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

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 3 - Side -15 af 31

- 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 opfølgnings- 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

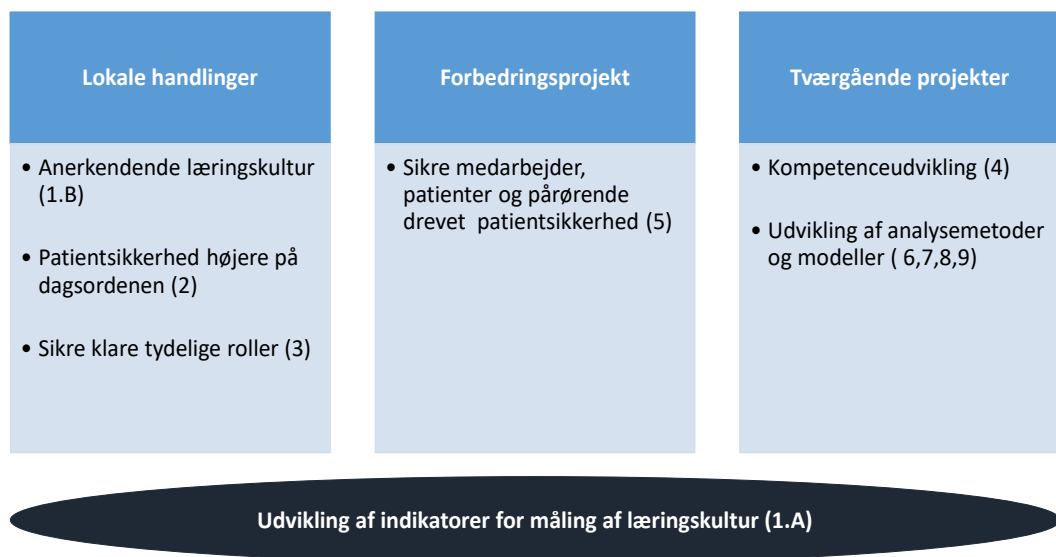
Analysens overordnede mål er at øge patientsikkerheden ved at:

- 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>

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 3 - Side -18 af 31

- 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 direktionerne 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 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.

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

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering
Bilag 3 - Side -19 af 31

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:

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 3 - Side -22 af 31

- 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 analysesamlinger 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 lederne 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.

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

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 3 - Side -24 af 31

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 klinikerne 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 læringssæt 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 læringssæt 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

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering

Bilag 3 - Side -26 af 31

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

Punkt nr. 1 - Beslutning: Udmøntning af midler til styrkelse af patientsikkerhedsarbejdet og læring i forhold til hurtigere diagnosticering
Bilag 3 - Side -27 af 31

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

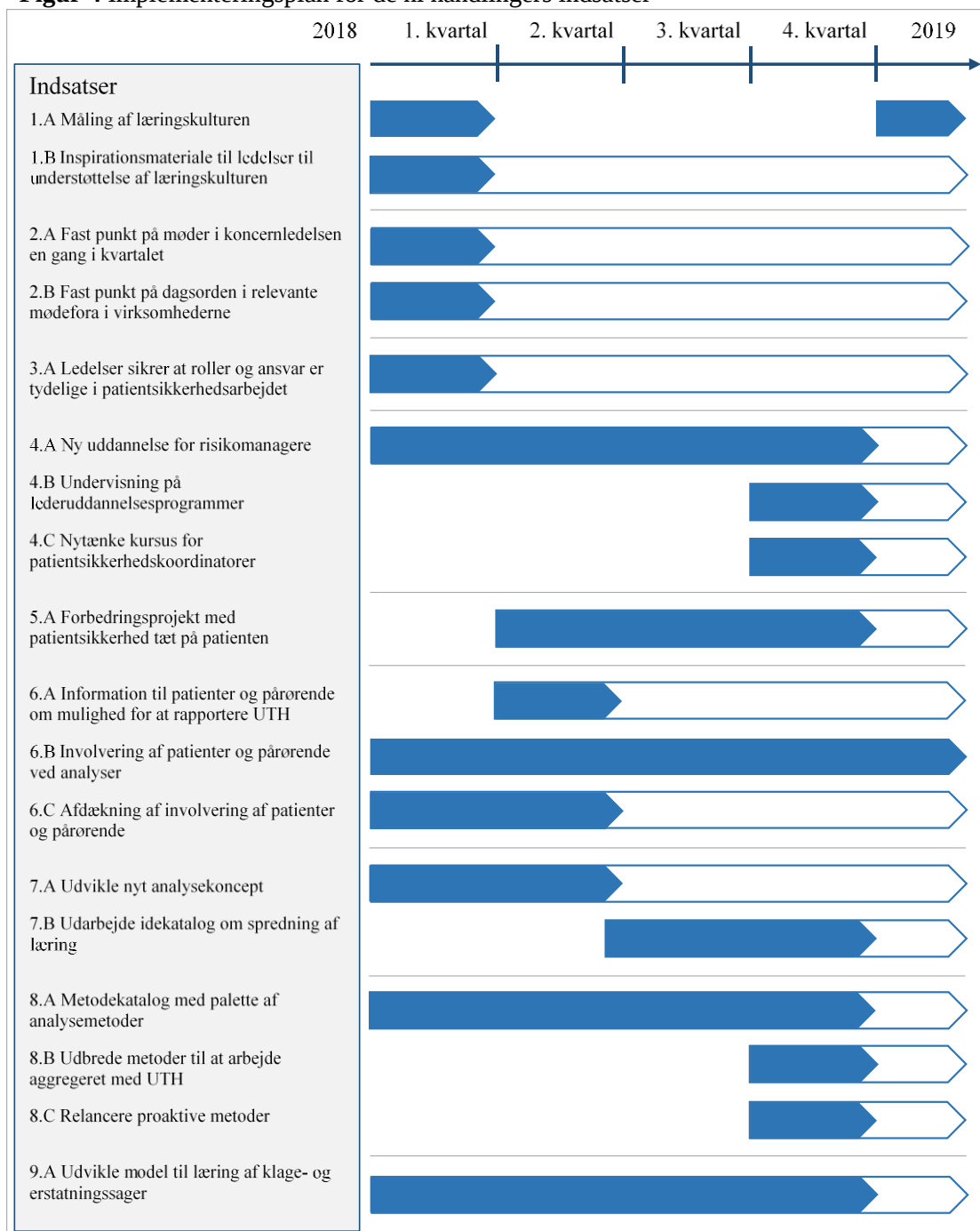
Monitorering: Forum for Kvalitet.

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

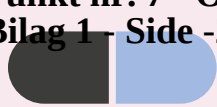
Litteraturliste og vejledninger

- 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 videnspredning i sundhedsvæsenet. Set november 2017
<http://www.vis.dk/indlaeg/kvalitetsudvikling/l-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 syndebukke, 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.

TEMADAG / 29. SEPTEMBER 2017

Kunsten at seponere

- Lægefaglige dilemmaer ved seponering af lægemidler



Kære deltager

Vi er glade for at kunne invitere regionens læger, beslutningstagere og andre interesserede til en højaktuel temadag om lægefaglige dilemmaer ved seponering af lægemidler.

Lægemiddelbehandlingen er i rivende udvikling. Det er en af årsagerne til, at polyfarmaci og behandling i den sidste levetid er langt mere udbredt end tidligere. Takket være behandling med nye lægemidler kan patienter leve længe med nogle af de sygdomme, som tidligere var dødelige – og når standardbehandlingen ikke er effektiv, kan eksperimentel behandling være en mulighed for nogen.

Det er naturligvis på mange måder glædeligt. Udfordringen kan være, at patienterne ofte har høje forventninger til de nye behandlinger – til trods for at evidensen sommetider er svag. Samtidig er der for nogle psykiatriske lidelser og kroniske sygdomme indikation for behandling med en række lægemidler uden klare stopkriterier. Studier viser desuden, at mange patienter får behandling, uden at der følges op på effekten.

På denne baggrund er der fra politisk side i Region Hovedstaden et ønske om at sætte seponering af lægemidler til debat – og med god grund, for der er tale om et emne, der udgør daglige dilemmaer inden for flere specialer.

I løbet af temadagen skal vi sammen identificere de væsentligste udfordringer og debattere, hvordan vi undgår at overbehandle vores patienter, mens vi samtidig sikrer, at patienternes ønsker inddrages tydeligt i til- eller fravalg af behandling.

Vi håber, at du som deltager vil byde ind med idéer og spørgsmål under oplæg og debatter og også gøre brug af det interaktive redskab Mentimeter, som du vil blive introduceret til på dagen. Det vil kvalificere de løsningsforslag, som vi får talt os frem til, og som vi efterfølgende vil arbejde videre med.

Vi glæder os til at se dig

Med venlig hilsen



ANNEMARIE HELLEBEK
Enhedschef og overlæge
Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed
Center for Sundhed



HANNE ROLIGHED CHRISTENSEN
Ledende overlæge og professor
Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital
Formand for Task Force for Rationel Medicinanvendelse

Program for dagen

29. SEPTEMBER 2017 / RIGSHOSPITALET

Kl. 08.00-08.30	ANKOMST OG MORGENKAFFE	
Kl. 08.30-10.30	FÆLLES INTRODUKTION TIL DAGENS TEMA Ordstyrer: <i>Hanne Rolighed Christensen</i>	
Kl. 08.30-08.45	VELKOMST <i>v. Sophie Hæstorp Andersen, regionsrådsformand, Region Hovedstaden</i>	
Kl. 08.45-09.00	DEN RETTE BALANCE I LÆGEMIDDELBEHANDLING? – DET LÆGEFAGLIGE DILEMMA OG ANSVAR <i>v. Hanne Rolighed Christensen, ledende overlæge på Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital</i>	
Kl. 09.00 -09.30	NÅR BEHANDLING SKAL PÅBEGYNDES ELLER INDSTILLES – LÆGENS ETISKE DILEMMAER <i>v. Gorm Greisen, formand for Etisk Råd og overlæge, Rigshospitalet</i>	
Kl. 09.30 -09.45	PSYKOFARMAKA – FOR LIDT, FOR MEGET ELLER TILPAS? <i>v. Poul Videbech, professor ved Psykiatrisk Center Glostrup, Region Hovedstadens Psykiatri</i>	
Kl. 09.45-10.00	INDSTILLING AF LIVSFORLÆNGENDE BEHANDLING - HVAD VISER DATA OM INDSTILLING AF BEHANDLING I DEN SIDSTE LEVETID? <i>v. Espen Jimenez Solem, overlæge på Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital</i>	
Kl. 10.00-10.30	Pause	
Kl. 10.30-12.15	Spor 1: PATIENTEN MED PSYKISK OG SOMATISK SYGDOM Ordstyrer: Lene Ørskov Reuther	Spor 2: PATIENTEN I DEN SIDSTE LEVETID Ordstyrer: Hanne Rolighed Christensen
Kl. 10.30-10.55	POTENTIALE FOR PATIENTINDDRAGELSE – PERSPEKTIVER FRA EN PATIENTFORENING Hvordan kan patientinddragelse bidrage til enighed om den medicinske behandling mellem patienten med psykisk sygdom og lægen? Har vi de rette tilbud til patienter, som oplever, at de tager for meget (eller for lidt) medicin? <i>v. Knud Kristensen, landsformand for SIND - Landsforeningen for psykisk sundhed</i>	HVOR GÅR GRÆNSEN FOR LÆGEKUNSTEN? Effektdata for livsforlængende behandlinger i onkologien sammenholdt med bivirkninger og konsekvenser af behandlingen. Hvordan kan data fra kliniske studier overføres til den kliniske hverdag? Hvornår skal behandlingen stoppes, og hvordan kommunikerer vi med patienten? <i>v. Inge Marie Svane, professor ved Onkologisk Afdeling, Herlev Hospital.</i>
Kl. 10.55-11.20	ORDINATION AF PSYKOFARMAKA UNDER INDLÆGGELSE PÅ SOMATISK AFDELING Med udgangspunkt i case: Psykiatrisk tilsyn og ordination af psykofarmaka og den gode plan for opfølgning og udtrapning efter udskrivelse <i>v. Annette Lolk, specialeansvarlig overlæge på Demensklubben, Odense Universitetshospital</i>	OM AT FINDE HÅB I SAMTALER MED ALVORLIGT OG UHELBREDELIGT LUNGESYGE PATIENTER Erfaringer fra den virkelige verden <i>v. Kristoffer Bastrup-Madsen Marså, overlæge på Lungemedicinsk Afdeling, Hvidovre Hospital</i>

Punkt nr. 7 - Orienteringssag: Opfølgning på temadagen "Kunsten at seponere"

Bilag 1 - Side -4 af 8

Kl. 11.20-12.15	ET TVÆRFAGLIGT PERSPEKTIV PÅ DEN GERONTOPSYKIATRISKE PATIENT Casegennemgang med flere specialer Deltagere: <i>Janne Unkerskov (almen medicin), Annette Lolk (gerontopsykiatri), Eckart Pressel (geriatri) og Mikkel Bring Christensen (klinisk farmakologi)</i> Facilitator: <i>Lene Ørskov Reuther, overlæge på Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital</i>	ER VI GODE NOK TIL AT SKABE OPTIMALE RAMMER FOR DEN NØDVENDIGE SAMTALE OM INDSTILLING AF BEHANDLING? Dialog om de strukturelle og kulturelle udfordringer Deltagere: <i>Kristoffer Bastrup-Madsen Marså, overlæge på Lungemedicinsk Afdeling, Hvidovre Hospital, Inge Marie Svane, professor ved Onkologisk Afdeling, Herlev Hospital, Gorm Greisen, formand for Etisk Råd og overlæge, Rigshospitalet, Thomas Gørlén, alment praktiserende læge</i> Facilitator: <i>Hanne Rolighed Christensen, ledende overlæge på Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital</i>
Kl. 12.15-13.15	FROKOST	
Kl. 13.15-15.15	FÆLLES OPSAMLING, DEBAT OG AFRUNDING Ordstyrer: <i>Hanne Rolighed Christensen</i>	
Kl. 13.15-13.40	OPSAMLING FRA SPOR 1 OG 2 MED INPUT FRA DELTAGERNE Indstilling af medicinsk behandling: Hvad er udfordringerne, og er vi i Region Hovedstaden lige så gode til at indstille medicinsk behandling, som vi er til at igangsætte den? <i>v. Hanne Rolighed Christensen og Lene Ørskov Reuther, overlæger på Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital</i>	
Kl. 13.40- 15.00	PANELDEBAT: VISIONER FOR FREMTIDEN – HVILKE KONKRETE TILTAG ER DER BRUG FOR? Hvordan sikrer vi, at patienterne i Region Hovedstaden ikke bliver overbehandlet, og at vi sammen med patienten træffer beslutninger om seponering og indstilling af behandling på bedst muligt grundlag? Paneldeltagere: <i>Ida Hageman Pedersen, næstformand for Sundhedsfagligt Råd for Psykiatri, Else Smith, lægefaglig vicedirektør, Amager og Hvidovre Hospital, Ulrik Lassen, klinikchef på Onkologisk Klinik, Rigshospitalet, Poul Videbech, professor ved Psykiatrisk Center Glostrup, Region Hovedstadens Psykiatri, Per Jørgensen, lægefaglig vicedirektør, Rigshospitalet</i>	
Kl. 15.00-15.15	OPSAMLING OG AFRUNDING Hvad gør vi nu? <i>v. Hanne Rolighed Christensen, ledende overlæge på Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital</i>	
Kl. 15.15-16.00	NETWORKING MED FORFRISKNINGER OG SNACKS	

Præsentation af oplægsholdere



ANNETTE LOLK

Specialeansvarlig overlæge inden for det gerontopsykiatriske område på Demensklubben på Odense Universitetshospital og på Psykiatrisk Afdeling Odense i Psykiatrien i Region Syddanmark. Ph.d. og klinisk lektor på Syddansk Universitet. Har arbejdet med at opbygge både det gerontopsykiatriske sengeafsnit, udadgående gerontopsykiatriske teams og Demensklubben. Forskningsaktiv inden for demenssygdomme.



ECKART PRESSEL

Funktionsansvarlig overlæge i geriatrien på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Har gennem flere år været leder af det geriatriske team på Bispebjerg Hospital. Beskæftiger sig blandt andet med akutte tilstande hos ældre medicinske og geriatriske patienter, herunder medicineringsproblematikker hos ældre.



ELSE SMITH

Vicedirektør på Amager og Hvidovre Hospital, speciallæge i samfundsmedicin og ph.d. Har igennem sin karriere været optaget af at understøtte et sundhedsvæsen, der tilbyder undersøgelse og behandling af høj kvalitet og sikkerhed til patienterne.



ESPEN JIMENEZ SOLEM

Leder af Farmakostatistisk Enhed under Klinisk Farmakologisk Afdeling på Bispebjerg Hospital, som har fokus på rationel brug af lægemidler på regionens hospitaler ved brug af epidemiologiske analysemetoder. Det undersøges blandt andet, hvordan lægemidler bliver ordineret i forbindelse med patienternes sidste levetid. Ph.d. i farmakoepidemiologi og har særlig interesse inden for forskning med de nordiske sundhedsregistre.

Punkt nr. 7 - Orienteringssag: Opfølgning på temadagen "Kunsten at seponere"

Bilag 1 - Side -6 af 8



GORM GREISEN

Medlem af Etisk Råd siden 2013 og formand siden februar 2016.
Professor og overlæge på Rigshospitalets Neonatalklinik.



HANNE ROLIGHED CHRISTENSEN

Ledende overlæge, ph.d., på Klinisk Farmakologisk Afdeling på Bispebjerg Hospital. Næstformand i den Regionale Lægemiddelkomite (RLK) og i Sundhedsfagligt Råd for Klinisk Farmakologi samt formand for Task Force for Rationel Medicinanvendelse på Hospitalerne under RLK. Medlem af Medicinrådet, Lægeforeningens Lægemiddeludvalg og Lægemiddelstyrelsens Lægemiddelnævn.



IDA HAGEMAN PEDERSEN

Klinikchef på Psykiatrisk Center København og næstformand for Sundhedsfagligt Råd for Psykiatri. Lektor ved Københavns Universitet.



INGE MARIE SVANE

Overlæge på Onkologisk Afdeling på Herlev Hospital med ansvar for den medicinske behandling af modermærkekræft på Sjælland. Leder af forskningscenteret Center for Cancer Immunoterapi, som løbende gennemfører kliniske forsøg.



JANNE UNKERSKOV

Alment praktiserende læge. Medicinkonsulent siden 2003 og teamansvarlig for Medicinteamet i Kvalitet i Almen Praksis i Hovedstaden (KAP-H). Tidligere ansat i Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF) og siden kursusleder for IRF. Medlem af Medicintilskudsnævnet og tidligere medlem af Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicins (RADS) fagudvalg for hhv. AK-behandling og Unipolær Depression.



KNUD KRISTENSEN

Cand.scient.pol. Landsformand for SIND – Landsforeningen for psykisk sundhed siden 2009. Medforfatter til "Håndbog for psykiatribrugere og pårørende – Kend dine rettigheder", som udkom i 4. udgave i 2013.

Punkt nr. 7 - Orienteringssag: Opfølgning på temadagen "Kunsten at seponere"

Bilag 1 - Side -7 af 8



KRISTOFFER BASTRUP-MADSEN MARSÅ

Overlæge på Lungemedicinsk Afdeling på Hvidovre Hospital med fokus på at styrke den palliative indsats over for patienter, som lider af kronisk lungesygdom. Fokus er blandt andet på, at behandling i slutningen af livet skal lindre patientens lidelse og møde dennes unikke behov – et opgør med "one size fits all"-tankegangen. Samtidig fokus på en af de største udfordringer, som det offentlige sundhedsvæsen står overfor; ældre, multisyge patienter.



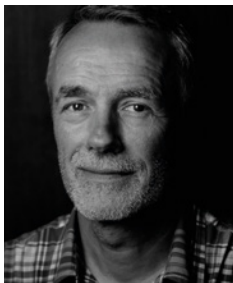
LENE ØRSKOV REUTHER

Overlæge på Klinisk Farmakologisk Afdeling på Bispebjerg Hospital og klinisk lektor. Arbejder for rationel farmakoterapi, både i forhold til valg af lægemidler til hospitalernes Rekommandationsbog og Basislisten for almen praksis samt i forbindelse med direkte patientkontakt i almen praksis.



MIKKEL BRING CHRISTENSEN

Overlæge på Klinisk Farmakologisk Afdeling på Bispebjerg Hospital. Leder af Projekt Polyfarmaciambulatorie, hvor der laves medicinsanering hos geriatriske patienter i et geriatrisk ambulatorie. Forskningsaktiv indenfor emnerne medicin-gennemgang, diabetes og lægemiddeltoksikologi.



POUL VIDEBECH

Professor og overlæge på Psykiatrisk Center Glostrup. Forfatter til flere lærebøger om psykiatri og har gennem 25 år forsket i depressionens neurobiologi. Har omfattende klinisk erfaring og har blandt andet været formand for arbejdsgruppen bag "Referenceprogram for behandling af depression hos voksne" samt for Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicins (RADS) fagudvalg vedrørende antidepressiv medicin. Har været med i den gruppe under Sundhedsstyrelsen, der har skrevet Nationale Kliniske Retningslinjer om ikke-farmakologisk behandling af depression.



THOMAS GÖRLÉN

Alment praktiserende læge med diplom i Nordic Specialist Course Palliative Medicine fra 2011. Medforfatter på Dansk Selskab for Almen Medicins vejledning om palliation (2014) og faglig konsulent på app'en "Palliation i praksis".



ULRIK LASSEN

Professor og klinikchef på Onkologisk Klinik på Rigshospitalet. Har tidligere ledet Rigshospitalets Fase 1 Enhed. Næstformand for Sundhedsfagligt Råd for Onkologi.

Praktiske informationer

DATO OG STED

Fredag den 29. september 2017 kl. 08.00-16.00.

Auditorium 1 og 2, Rigshospitalet, Opgang 44, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø.

ARRANGØRER

Enhed for Kvalitet & Patientsikkerhed, Center for Sundhed, Region Hovedstaden.

Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital.

TILMELDING

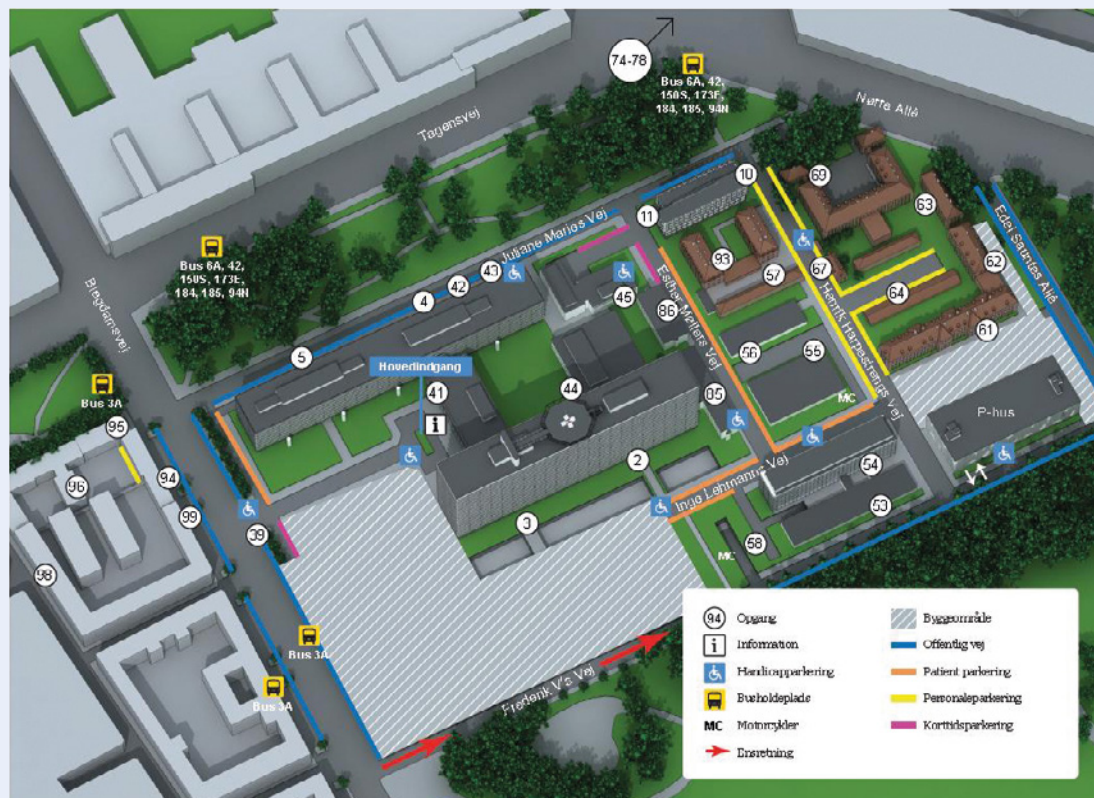
Tilmelding til temadagen kan ske [her](#).

SPØRGSMÅL

Spørgsmål vedrørende temadagen kan rettes til Liv Askaa, liv.aska@regionh.dk, tlf. 38 66 53 18.

PARKERING

Der er desværre ikke gæsteparkering på Rigshospitalets område. Parkering er dog tilladt på de offentlige veje omkring hospitalet. De offentlige veje er på tegningen herunder markeret med blå linjer.



NOTAT

Opgang 20D
Direkte 40197786

Til: Center for Sundhed

Dato: 3. juli 2017

Evaluering af den palliative telefonrådgivning 1. halvår 2017

Baggrund

Pr. 1. januar 2017 blev den palliative telefonrådgivning i Region Hovedstaden etableret – i første omgang på hverdage fra kl. 16.00-23.00 og weekender og helligdage fra kl. 08.00-20.00. Fra 1. marts blev ordningen udvidet til også at omfatte dagtid, således at telefonen er åben alle hverdage kl. 08.00 -23.00 og weekend og helligdage kl. 08.00 -20.00.

Den palliative telefonrådgivning er en rådgivende ”læge til læge” ordning, hvor læger fra det basale niveau kan kontakte en specialist om akutte problemstillinger og palliative indsatser til konkrete patienter.

Vagterne varetages på skift af speciallæger fra de fem palliative enheder i Region Hovedstaden.

Telefonrådgivningen blev vedtaget i forbindelse med budgetaftalen for 2017. Målet er at sikre, at læger fra det basale niveau altid kan få let og hurtig rådgivning gennem direkte kontakt til en specialist i dag- og aften timerne. Det skal medvirke til, at patienter kan modtage en bedre palliativ indsats og kan blive længst muligt i eget hjem.

Af den indgåede samarbejdsaftale med FAS fremgår, at ordningen skal evalueres medio 2017.

Opgørelse af kontakter til vagten i det første halve år (1. januar 2017 til 30. juni 2017)

Omfang af kontakter

Der har i alt været 74 kontakter til vagten fordelt på 64 i dagtid og 10 aften og weekend.

De første to måneder af ordningen var der meget få opkald til telefonrådgivningen.

Punkt nr. 8 - Orienteringssag: Status på udmøntning af midler til udgående funktioner og specialiseret rådgivning

Bilag 1 - Side -2 af 4

Henvendende institution

Som det fremgår af tabel 1 er det særligt de praktiserende læger, der benytter den palliative telefonrådgivning og særligt i dagtid. Endvidere har der været en del henvendelser fra andre læger på hospitalerne, også primært i dagtid.

Ugedag og døgnvariation

De fleste henvendelser til den palliative telefonrådgivning er indenfor normal dagtid. Der er særligt mange henvendelser om fredagen. Der har kun været få henvendelser weekender og aften.

Henvendelsesårsag

Den primære henvendelsesårsag er smerter, der tegner sig for 49% af alle henvendelser. Øvrige henvendelser spænder over et bredt spektrum af årsager.

Tidsforbrug

Det gennemsnitlige tidsforbrug pr. opkald er på 12,3 minutter, og der er således 35 af de 74 henvendelser totalt, der har været ca. 10 minutter, mens 21 henvendelser har været ca. 15 minutter.

Konklusion

Som det fremgår af ovenstående er det særligt de praktiserende læger, der har benyttet telefonrådgivningen, og særligt i dagtid. Den hyppigste henvendelsesårsag er spørgsmål vedrørende smerter.

Antallet af henvendelser har siden marts måned ligget nogenlunde stabilt på lidt under 20 henvendelser om måneden (se figur 3).

Data viser, at der er behov for at øge kendskabet yderligere til den palliative telefonrådgivning, således at flere får kendskab til ordningen og får mulighed for at benytte det gode tilbud.

Tabel 1: Kontakter til den palliative telefonrådgivning i perioden 1. januar 2017 - 30. juni 2017

	Vagten i ALT	Dagtid	Aften/week- end
Gennemsnitlig kontakthyppeghed/ dag	0,4	0,5	0,1
Antal kontakter fordelt på institutioner			
Hospital	25	21	4
Amager og Hvidovre Hospital	3	2	1
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	11	10	1
Bornholms Hospital	2	2	
Herlev og Gentofte Hospital	3	3	
Nordsjællands Hospital	1		1

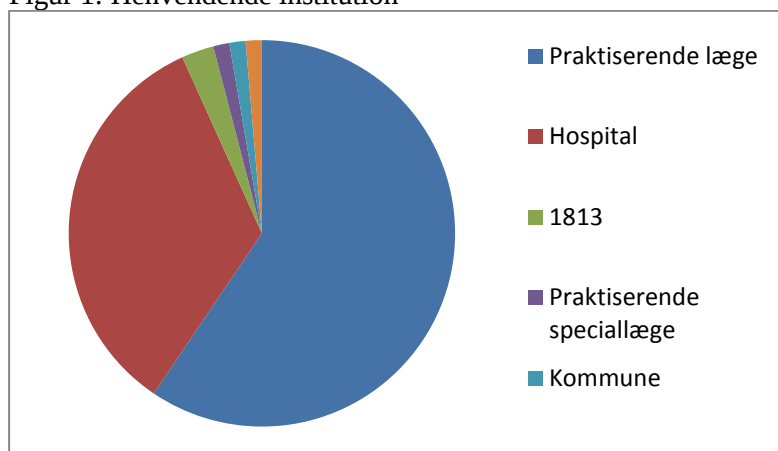
Punkt nr. 8 - Orienteringssag: Status på udmøntning af midler til udgående funktioner og specialiseret rådgivning
Bilag 1 - Side -3 af 4

Rigshospitalet	5	4	1
Øvrige	49	43	6
1813	2		2
Praktiserende læger	44	41	3
Praktiserende speciallæger	1	1	
Kommune	1	1	
Ikke angivet	1		1
I alt	74	64	10
Antal kontakter fordelt på ugedage			
Mandag	9	9	
Tirsdag	15	15	
Onsdag	8	8	
Torsdag	10	8	2
Fredag	27	24	3
Lørdag	3		3
Søndag	2		2
I alt	74	64	10
Antal kontakter fordelt på henvendelsesår-sag			
Delirium	4	4	
Dyspnø	3	2	1
Ikke angivet	3	2	1
Ileus	1		1
kvalme/opkast	1	1	
Sløvhed/døsighed	4	4	
Smerter	36	31	5
Andet	22	20	2
I alt	74	64	10
Gns. Tidsforbrug pr. opkald	12,3		
Antal kontakter fordelt på tid			
5 minutter	6	5	1
10 minutter	35	30	5
15 minutter	21	18	3
20 minutter	4	4	
Mere end 20 minutter	2	1	1
Ikke angivet	6	6	
I alt	74	64	10

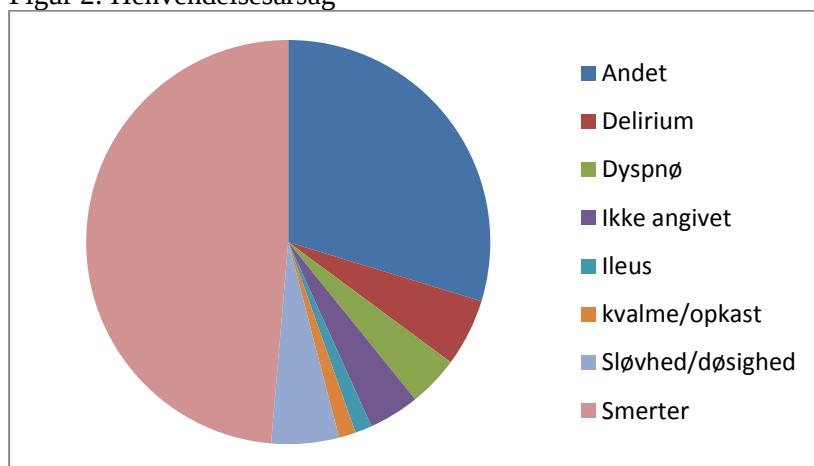
Punkt nr. 8 - Orienteringssag: Status på udmøntning af midler til udgående funktioner og specialiseret rådgivning

Bilag 1 - Side -4 af 4

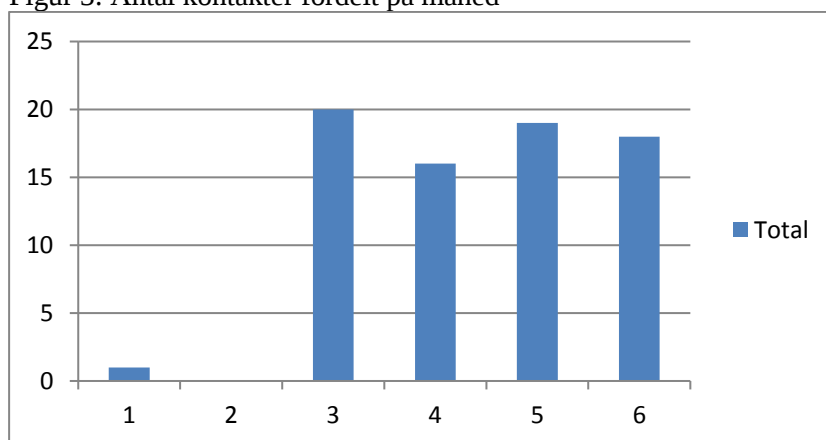
Figur 1: Henvendende institution



Figur 2: Henvendelsesårsag



Figur 3: Antal kontakter fordelt på måned



Sundhedsstyrelsen
Enhed for Planlægning
Axel Heides Gade 1
2300 København S

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Direkte 38665005

Dato: 16. november 2017

Region Hovedstadens afrapportering om overholdelse af bekendtgørelsen om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme, oktober 2017

Dette brev redegør for Region Hovedstadens indberetninger på kræft- og hjerteområdet for oktober 2017.

Hjerteområdet

Bekendtgørelsen om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme er overholdt for hjerteområdet.

Kræftområdet

Opgørelsen for oktober måned viser, at der er to hændelser, hvor bekendtgørelsen om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme ikke er overholdt for kræftområdet. Overskridelserne er sket på Kirurgisk Afdeling på Nordsjællands Hospital og Gynækologisk Obstetriske Afdeling på Amager og Hvidovre Hospital.

Nordsjællands Hospital

Overskridelsen på Nordsjællands Hospital er sket i forbindelse med forundersøgelse, hvor patienten efter visitation ved en fejl ikke bliver indkaldt til undersøgelse. Patienten blev derfor genhenvist og efterfølgende visiteret og indkaldt til koloskopi, hvor patienten oplevede en ekstra ventetid på 7 dage. Det skal bemærkes, at patienten har fået afkræftet diagnosen tyktarmskræft.

Siden overskridelsen har afdelingen skærpet opmærksomheden på monitoreringen af kræftpatienter ved, at der dagligt sker en mere systematisk monitorering af patienter. Afdelingen arbejder i den forbindelse på at optimere anvendelsen af blandt andet rapporter og patientlister i Sundhedsplatformen.

Amager og Hvidovre Hospital

På Amager og Hvidovre Hospital skyldes overskridelsen af bekendtgørelsen om maksimale ventetider en fejl i optællingen af dage fra henvisning til forundersøgelse.

Overskridelsen af de maksimale ventetider er sket med 1 dag. I udredningen af patienten blev diagnosen for æggestokkræft afkræftet.

Afdelingen har efter hændelsen udarbejdet et oversigtsark for at skabe et bedre overblik over patienternes henvisnings- og indkaldelsesdato for alle patienter henvist med obs. cancer. Det skal således være med til at sikre, at der ikke fremadrettet sker overskridelser af de maksimale ventetider.

Der er således to hændelser for oktober 2017.

Supplerende indberetning

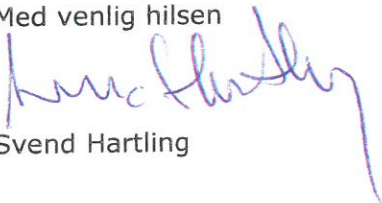
Den supplerende indberetningspligt for udredning af bugspytkirtelkræft samt udredning og behandling af lungekræft omfatter i Region Hovedstaden tre hospitaler henholdsvis Rigshospitalet, Herlev og Gentofte Hospital samt Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

I den supplerende indberetning for oktober 2017 er der udelukkende blevet indberettet patientforløb for udredning af kræft i bugspytkirtlen. I alt 12 patienter har accepteret at vente længere end de maksimale ventetider.

Den ekstra ventetid ud over de maksimale ventetider skyldes kapacitetsudfordringer. For at imødekomme kapacitetsudfordringerne har klinikken efter sommeren udvidet kapaciteten med et ekstra ugentligt operationsleje. Klinikken forventer at gennemføre ekstra operationer i november og december og vil udvide operationskapaciteten fra januar 2018. Det undersøges, hvorvidt der er behov for yderligere tiltag.

På baggrund af de landsdækkende kapacitetsproblemer på området er Rigshospitalet desuden i gang med at afklare mulighederne for at indgå aftaler med hospitaler i udlandet med henblik på at sikre behandling inden for de maksimale ventetider.

Med venlig hilsen



Svend Hartling