

## **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

## 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



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.

## 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

### Virksomhedsbesøg vedr. analyse af læringskultur og risikomanagerens rolle

Direkte 38665369

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.

- **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.

### **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).

<b>Nr.</b>	<b>Indsatsområde</b>	<b>Kommentarer</b>
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.



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.

