

Læring i sundheds- væsenet

PS! oplæg om at understøtte læring
i sundhedsvæsenet

Baggrund og formål

*Der er behov for, at læring ikke er et parallelsystem, men en integreret del af vores hverdag
Læring skal foregå tæt på praksis
Vi har behov for at kapacitetsopbygge sådan, at vi har et fælles sprog og værktøjer til at arbejde med forbedringer og læring
Vi har behov for tidstro data, som vi kan trække på overskuelige og relevante måder
Udgangspunktet skal være en tryk kultur*

Citater fra seminar 16. december 2021: Hvad fremmer læring?

Baggrund

Der har i selskabets bestyrelse været drøftelser af, at den nuværende måde at arbejde med læring kan optimeres og forbedres til gavn for patientsikkerheden.

Selskabets bestyrelse ønsker et forslag til, hvordan det ideelle system for læring i det danske sundhedsvæsen kan se ud.

Proces

Nærværende oplæg samt tilhørende notat er udarbejdet i samarbejde med en række aktører fra sundhedsvæsenet. En del af processen har været afholdelse af to seminarer med bl.a. risikomanagere, kvalitetssygeplejersker, overlæger, forskere, regionale og kommunale chefer for kvalitet og patientsikkerhed. Deltagerne er inviteret med ønsket om at få en bred række af aktører engageret på forskellig vis og niveau med patientsikkerhed og læring. Deltagerne blev inviteret som kendte samarbejdspartnere til selskabet og ikke via formelle udpegninger. Omdrejningspunktet for seminarerne var at drøfte, hvad læring inden for patientsikkerhedsarbejde er, hvad vi ønsker at opnå med læring inden for patientsikkerhed og hvad der fremmer læring.

Dertil har der været en række interne drøftelser i sekretariatet med udgangspunkt i selskabets faglige viden om læring og patientsikkerhed, samt en teoretisk afklaring af hvad læring er og hvad kontinuerligt lærende organisationer er.

Afslutningsvist er PS! patientsikkerhedsråd blev inddraget ad flere omgange. Rådet er blevet bedt om specifikke input til at kvalificere principper for læring, forslag til systemer, rammer og handlinger, der understøtter læring i praksis og afslutningsvist kommet med skriftlige kommentarer til det samlede udkast.

Formål

Formålet er at have en række faglige principper og konkrete ideer til rammer, systemer og handlinger om, hvad der understøtter læring i sundhedsvæsenet. Dertil har det været ønsket at disse principper og rammer, systemer og handlinger både er teoretisk funderet samt kvalificeret af praksis.

Hensigten er, at disse kan bruges som pejlemærker i fremtidigt arbejde med læring eksempelvis ved revision af eksisterende lovgivning eller organisering. Dertil kan de konkrete forslag til rammer og systemer fungere som inspirationskilder til iværksættelse af konkrete læringsinitiativer.

Afgrænsning

Arbejdet er primært centreret omkring læring på arbejdspladser og praksiserfaring. Dette er ikke en udelukkelse af vigtigheden om formel uddannelse (både efteruddannelse og videreuddannelse). Vigtigheden af den formel uddannelse gør sig både gældende som grunduddannelse, hvor eksempelvis kompetencer til at kunne reflektere over praksis, men også som efteruddannelse og i forbindelse med optag af ny viden hvad enten det angår teknologi eller ny evidens.

Indhold

Arbejdet består af dette oplæg, samt et tilhørende baggrundsnotat.

Oplægget indeholder:

- vidensbaseret input om, hvorfor det er vigtigt at tale om og arbejde med læring i relation til patientsikkerhed
- Nedslagspunkter om hvad der er sket fra central side indenfor patientsikkerhed og læring de seneste 20 år, samt dettes betydning for læringskulturen
En redegørelse af, hvilke teoretiske ståsteder indenfor læring arbejdet står på
- Grundprincipper, som sundhedsvæsenet bør arbejde ud fra for at skabe de ideelle rammer for læring
- En række konkrete forslag til rammer og systemer, der understøtter læring i relation til patientsikkerhed på en række organisatoriske niveauer, samt et uddybende inspirationskatalog

Hvorfor tale om læring i relation til patientsikkerhed

Patientsikkerhed handler om at forebygge, at der sker fejl og skader, når patienter og borgere modtager behandling eller på anden måde er i kontakt med sundhedsvæsenet.

*Ved at være et lærende sundhedsvæsen ønsker vi at:
Skabe forandringer og forbedringer
Være på forkant
Skabe resiliens i sundhedsvæsenet
Nærme os patientens/borgerens mål samt faglige standarder
... en sidegevinst er, at læring er motivationsfaktor for medarbejdere*

Input fra afholdt seminar den 16. december 2021

Læring er et bærende element i at arbejde med patientsikkerhed, da læring kan bruges til at skabe sikre arbejdsgange, systemer og strukturer, der er med til at mindske risikoen for fejl. Læring bør ske både af det, der er gået galt, men også læring af det, der er gået godt¹.

¹Fra utilsigtede hændelser til 'patientsikkerhed 2.0

Kort om læring og patientsikkerhed de seneste 20 år

Gennem de seneste 20 år er der både fagligt og lovgivningsmæssigt sket en stor udvikling inden for patientsikkerhed og læring. Følgende afsnit giver blot et par enkelte nedslag i denne udvikling.

Første lov om patientsikkerhed

For ca. 20 år siden kom første lov om patientsikkerhed. Formålet med loven var at forbedre patientsikkerheden i sundhedsvæsenet. Som en del af udmøntningen af loven blev systemet om utilsigtede hændelser iværksat. Den tilhørende vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser (UTH) i sundhedsvæsenet beskrev, at der skulle iværksættes lokale rapporteringssystemer og en national (central) database, dansk patientsikkerhedsdatabase (DSPD). Ansvar var fordelt således, at Regionsrådet og kommunalbestyrelsen modtog, registrerede og analyserede rapporteringer om utilsigtede hændelser til brug for forbedring af patientsikkerheden og Styrelsen for Patientsikkerhed analyserede og videreformidlede viden til sundhedsvæsenet på baggrund af de modtagne rapporteringer. Denne arbejdsfordeling gør sig stadig gældende.

Ønsket med lovgivningen har PS! bl.a. udtrykt som, at sundhedsvæsenet arbejder systematisk for at forbedre patienternes sikkerhed ved at:

- Rapportere og analysere de utilsigtede hændelser der sker, for derved at lære af dem og forebygge, at de sker igen.
- Opbygge sikkerhedssystemer og indføre arbejdsgange, der forebygger og fanger utilsigtede hændelser, før de når at skade patienten.
- Udvikle en kultur, hvor personale i sundhedsvæsenet både (klinisk og administrativt) og patienter og pårørende taler åbent om utilsigtede hændelser for at lære af dem.
- Inddrage patienter og pårørende som samarbejdspartnere.

Kritik af UTH-systemet

Omkring 2014-2015 udkom en bl.a. to rapporterⁱⁱ, der rejste en række kritikpunkter vedr. arbejdet med UTH. Bl.a. blev det påpeget, at der ikke blev skabt et tilfredsstillende overblik over rapporterede UTH'er. Det var ikke nemt at identificere væsentlige nationale udfordringer, hvilket medførte, at et stort læringspotentiale ikke blev udnyttet, der var begrænset viden om, hvorvidt publikationer om UTH hjalp regioner og kommuner med arbejdet med patientsikkerhed, og der kunne udarbejdes en mere enkel måde at rapportere utilsigtede hændelser på.

Der er blevet gjort en række initiativer for at imødekomme dette. Bl.a. blev der i 2020 indført samlerapporteringer i kommunerne, hvilket skulle lette rapporteringen. Dertil er der planlagt en modernisering af rapporteringsordningen og DPSD i 2023.

PS! daværende bestyrelse vedtog i 2016 et oplæg om revision af rapporteringssystemet med otte anbefalinger.

Nogle af initiativerne er imødekommet ved ændringerne, men der udestår en mere gennemgribende revision af systemet, hvor PS!oplægget fra 2016 passende kan anvendes. Se bilag 1.

ⁱⁱ Beretning fra Statsrevisorerne om Patientombuddets arbejde med utilsigtede hændelser (2015) og Rapport om serviceeftersyn af rapporteringssystem fra Patientombuddet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2014)

Fra reaktiv til proaktiv patientsikkerhedstilgang

Erik Hollnagel udgiver i 2014 sin bog Safety-I and Safety-II - The Past and Future of Safety Management, som introducerer det nye begreb Safety-II.

Safety-I

Fokus: Kigger på situationer, hvor der er fejl eller stor risiko for fejl.

Udgangspunktet i styring af sikkerhed er, at der ageres reaktivt. Man handler, når noget er gået galt, eller når noget er identificeret som en risiko.

Sikkerhed defineres som, at så få ting som muligt går galt.

Safety- II

Fokus: Kigger på de mange situationer, hvor ting går godt, og forsøge at forstå hvorfor.

Udgangspunktet i styring af sikkerhed er, at der ageres proaktivt. Man arbejder løbende for at forudse og udvikle begivenheder.

Sikkerhed defineres som, at så mange ting som muligt går godt

Her sættes bl.a. lys på, at vi skal lære af de fejl, der sker, men også af alt det, der går godt i sundhedsvæsenet; fokus udvides således fra udelukkende at være reaktivt til også at være proaktivt. Her omtaler Erik Hollnagel begrebet "resiliens", der groft kan oversættes som "modstandsdygtighed". Resiliens er evnen til at reagere adækvat både i forudsete og uforudsete situationer.

De to tilgange til sikkerhed skal dog ikke ses som modsætninger, men som to supplerende tilgange og dermed begge relevante at have for øje i arbejdet med læring og patientsikkerhed.

Lovskærpelser

I årene fra 2015-2020 har der været en række lovændringer, som fra lovgivers side har haft til formål at styrke patientsikkerheden samt beskrive, at den i 2016 nyoprettede styrelse, Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS) skal bistå centrale forvaltninger i forhold vedrørende læring i sundhedsvæsenet. Det har handlet om følgende lovændringerⁱⁱⁱ

Lov om ændret tilsyn og flytning af UTH (2015)

Formålet med loven: Overordnede formål er at styrke patientsikkerheden.

Baggrund: Konkrete tilsynssager, hvor Sundhedsstyrelsen (som på daværende tidspunkt havde myndighedsansvaret for tilsyn) havde været for længe om at skride ind, og hvor sagsbehandlingen manglede den fornødne kvalitet.

Ændringer: Oprettelsen af Styrelsen for Patientsikkerhed, ændring af tilsynsreglerne, lempelse af farekriteriet og det nationale arbejde med utilsigtede hændelser (UTH) blev flyttet fra Patientombuddet til Styrelsen for Patientsikkerhed.

ⁱⁱⁱ Lov nr. 656 af 8/6/2016: Lov om ændret tilsyn og flytning af UTH, Lov nr. 730 af 8/6/2018: Oprettelse af Styrelsen for Patientklager og ændrede registrerings- og gebyrregler for det risikobaserede tilsyn med behandlingssteder, Lov nr. 1955 af 9/12/2020: Oprettelsen af Ankenævnet for tilsyn, Det Rådgivende Udvalg for Tilsyn og lovfæstelse af Fagligt Forum for Patientsikkerhed, øget beskyttelse af personer ved rapportering af utilsigtede hændelser

Lov om ændret sundhedslov (2018)

Formålet med loven: Overordnet mål var udflytning af arbejdspladser. Det beskrives i relation til dette arbejde, at man ønsker at understøtte ønsket om øget fokus på læring i sundhedsvæsenet.

Baggrund: Daværende politisk ønske om at udflytte statslige arbejdspladser og at øge fokus på læring i sundhedsvæsenet.

Ændringer: Oprettelsen af Styrelsen for Patientklager, SUL §212a ændres til, at STPS bistår med central forvaltning af forhold vedrørende patienters sikkerhed og forhold vedrørende læring i sundhedsvæsenet.

Lov om ændret sundhedslov, lov om klage- og erstatningssager mm. (2020)

Formålet med loven: At genskabe tilliden til Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn, understøtte STPS' ansvar for national udbredelse af læring indenfor sundhedsvæsenet samt beskyttelsen af personer, der rapporterer UTH.

Baggrund: På baggrund af en række kritikpunkter af ovennævnte lov fra 2015 blev der vedtaget en ny lov: Lov om ændret sundhedslov, lov om klage- og erstatningssager mm.

Ændringer: Oprettelsen af Styrelsen for Patientklager, oprettelse af Ankenævn for Tilsynsafgørelser, oprettelse af Det Rådgivende Udvalg for Tilsyn, lovfæstelse af Fagligt Forum for Patientsikkerhed, øget beskyttelse af personer ved rapportering af utilsigtede hændelser

Data hos myndigheder

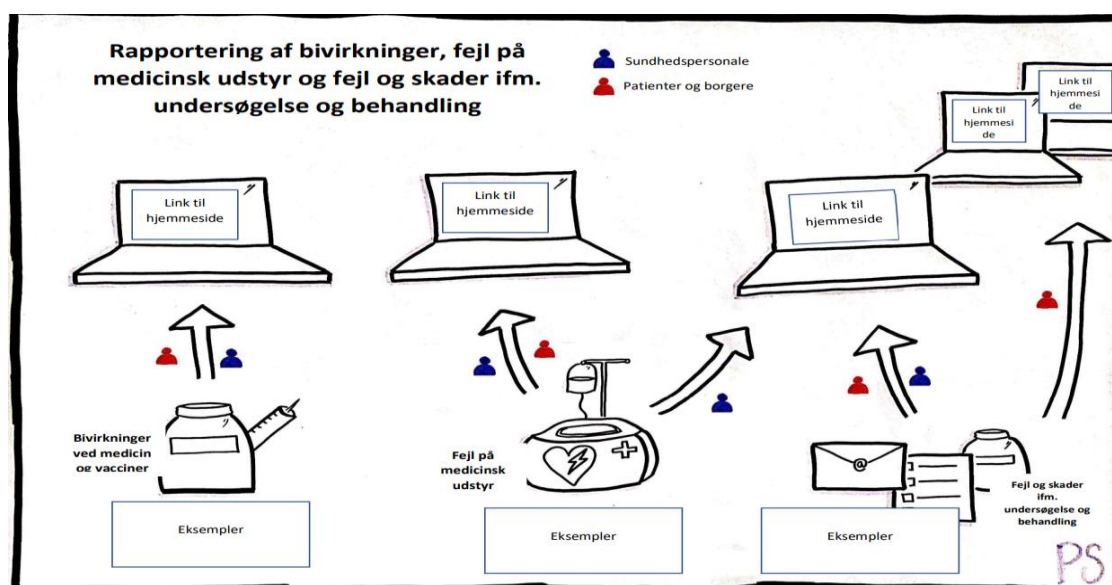
Følgende myndigheder indsamler rapporteringer og data, som er værdifulde for at skabe læring. Det er selskabets opfattelse, at der i dag er begrænset synergi mellem data, og at data i mange tilfælde ikke formidles til de lokale aktører involveret i givne episoder. Dette er u hensigtsmæssigt da data og hvis muligt tidstro data er bidragende for at kunne lære, herunder følge kvaliteten over tid, vide hvorvidt forandringer medfører forbedringer. Lokalt kender man egne data, men det vil være af stor værdi hvis rapporteringer kunne ske enstrenget og tendenser, mønstre og sammenhæng på tværs af datakilder blev formidlet mere samlet.

Neden for ses en figur, der giver en oversigt over en række myndigheder og de data de indsamler, og som kan anvendes til læring.

Table: Oversigt over data vedrørende (rapportering af) data til læring

Hvem	Hvilke data	Hvem modtager data
Styrelsen for Patientsikkerhed	Tilsyn Utilsigtede hændelser	Offentligt tilgængelige, sendes til involverede SOR ^{iv} -registrerede er forpligtede til at modtage sagsbehandlede UTH'er, årsrapport fra DPSD
Patienterstatning	Erstatningssager	Erstatningssager lægges i database med henblik på forskning Ansøgere informeres om afgørelse
Styrelsen for Patientklager	Patientklager	Feedback gives til sundhedssystem, men der er ikke en systematisk, søgbar opsamling
Lægemiddelstyrelsen	Fejl ved medicinsk udstyr Indberetning af bivirkninger til medicin	Indberetninger meldes til fabrikant Information om bivirkning sendes til ansvarlig virksomhed, EMA's bivirkningsdatabase, WHO og i LMS egen database Ændringer i produktinformation
Sundhedsdatastyrelsen	Nationale sundhedsregistre (eksempelvis Cancerregisteret, Tvang i psykiatrien, Landspatientregisteret, Dødsårsager, Fælles Medicinkort (FMK))	Bl.a. Sundhedsstyrelsen, patienter, forskere, lang rækkeaktører i sundhedsvæsenet

Hertil kommer data indsamlet via fx de kliniske databaser, andre databaser, lokale journalsystemer mv. Figuren neden for illustrerer rapporteringssystemet for borgere og sundhedspersonale:



^{iv} Regionale, kommunale og private institutioner, der er registreret som hospital i Sundhedsvæsenets Organisationsregister (SOR)

Hvad har denne udvikling gjort for læringskulturen?

Fra politisk side har der været et ønske om at øge fokus på læring, dette ønske er udmøntet via lovgivningsmæssigt at centrere beføjelser om læring i en myndighed (jf. gennemgang af lovændringer), hvis værktøjer i praksis er at arbejde med tilsyn, læring gennem formidling af dels opsamlings af tilsynsresultater, dels udarbejdelse af informationsmateriale og andre informationsaktiviteter. Disse greb er blot enkelte greb ift. virkemidler og værktøjer, der understøtter læring i praksis. De lovgivningsmæssige ændringer kan have bidraget til en skævvridning af forståelsen og kulturen om læring. Eksempelvis kan der opstå en nulfejlskultur, hvilket er i modstrid med en stærk læringskultur, hvor vi accepterer og ved, at fejl sker, men hvor fokus er på at lære, afbøde og forebygge, og hvor der tales åbent og tillidsbaseret om disse. Denne udvikling står i kontrast til den faglige udvikling, hvor der i endnu højere grad er kommet et mere proaktivt fokus på og tilgang til patientsikkerhed og læring, hvor vi ønsker at skabe resiliente organisationer.

Der er ikke en definition af læring på centralt hold, men den konkrete udmøntning er udgivelse af fortrinsvis skriftlige opsamlings, obs-meddelelser, filmmateriale, webinarer mv. samt lejlighedsvis kampagner om fx risikolægemidler, i tråd med forstadier til "single-loop"læring og er en del af en såkaldt "svag" handlingsplan (se neden for).

De lovgivningsmæssige ændringer og deres mulige følger står ikke alene, som faktorer der udfordrer en stærk læringskultur. Manglende feedback, opfølgning på hændelsesanalyser samt dekobling af arbejdet med utilsigtede hændelser, (manglende) tid til refleksion mv. betyder at arbejde med forbedringer og læring er varierende.

Der er således både fra central og lokal side i varierende grad udfordring med at opnå den ønskede læringskultur og i bund og grund opnå den patientsikkerhed, som PS! og de involverede parter ønsker.

Behov for genstart? Lov om patientsikkerhed 2.0

Dette efterlader spørgsmålet om, hvorvidt der både fra toppen og bunden er behov for en genstart af området for læring? Måske det er tid til at trække en streg i sandet og sige, at det system vi har nu, har haft sin tid. Hvad er så næste skridt? Der er ikke kun behov for revision af den understøttende lovgivning herunder det nationale system og fokus, men også udvikling af øvrige niveauer. Behov for at undersøge, afdække og arbejde systematisk med sikring af fornødne kompetencer, rammer og vilkår, der understøtter et lærende sundhedsvæsen - fra top til bund.

Ønsket er stadig det samme, som da den første lov om patientsikkerhed blev oprettet, dog med et øget fokus på at være proaktiv, på robusthed og resiliens. Ønsket med en genstart af læring i relation til patientsikkerhed er således at:

- Rapportere og analysere hændelser og tendenser der sker, for derved at lære af dem og forebygge, at de sker igen
- Opbygge sikkerhedssystemer og indføre arbejdsgange, der sikrer robuste arbejdsgange og systemer
- Udvikle en kultur, hvor man taler åbent om hændelser for at lære
- Inddrage patienter og pårørende som samarbejdspartnere
- Forenkler systemer til rapportering ud fra borgeren og sundhedsprofessionelles perspektiver
- Omfavne sundhedsvæsenets omstilling (digitalisering, afspecialisering, borgerperspektiv, demokratisering)

Teoretisk forståelse af læring

Der er behov for, at læring ikke er et parallelsystem, men en integreret del af vores hverdag

Læring skal foregå tæt på praksis

Vi har behov for at kapacitetsopbygge sådan, at vi har et fælles sprog og værktøjer til at arbejde med forbedringer og læring

Vi har behov for tidstro data, som vi kan trække på overskuelige og relevante måder

Udgangspunktet skal være en tryk kultur

Citater fra seminar 16. december 2021: Hvad fremmer læring?

Der drøftes i mange sammenhænge læring, men hvad menes der egentlig med læring? Følgende afsnit vil kort redegøre for to retninger inden for læring: organisatorisk læring og lærende organisationer som nærværende arbejde står på.

Organisatorisk læring

Læring i organisationer handler om, at organisationens aktører lærer hver for sig og i et fællesskab gennem konkrete læreprocesser i praksis ifølge de amerikanske læringsteoretikere Chris Argyris og Donald Schön (1996)^v. Organisatorisk læring omfatter de enkelte aktørers og organisationens nye måde at handle på set i lyset af læringen lagret i organisationens sprog, hukommelse, kulturelle redskaber og handlingslogikker. Organisatorisk læring stiler mod, at vaner og rutiner i det daglige arbejde fører til det forventede resultat indenfor organisationens visioner og strategier (Argyris & Schön, 1996, p. 16).

Læring i organisationer handler om at skabe overensstemmelse mellem "det, vi siger, vi gør", og "det, vi gør". Aktørerne og organisationen er ofte ikke klar over, når der ikke er sammenhæng mellem de to handlingslogikker: "det, vi siger, vi gør", og "det, vi gør" (Argyris & Schön, 1996, p. 13-14). Aktørernes og organisationens *eksplicite* handlingslogikker er "det, vi siger, vi gør" formuleret i organisationens visioner, strategier, politikker, regler og instrukser ifølge begrebet "espoused-theory". Aktørernes og organisationens *implicitte* handlingslogikker er "det, vi gør", som kommer til udtryk i vaner og rutiner i arbejdet ifølge begrebet "theory-in-use". I organisationens arbejde med at skabe sammenhæng mellem "det, vi siger, vi gør", og "det, vi gør" skelner Argyris og Schön mellem to typer af læreprocesser, nemlig *single og double loop* læring.

"det, vi siger, vi gør", og "det, vi gør":

Det sker gennem:

Single loop læring er overfladisk læring af instrumentel karakter, hvor vaner og rutiner umiddelbart kan justeres uden den implicitte handlingslogik "theory-in-use" med de grundlæggende antagelser, værdier og normer for arbejdet forandrer sig (Argyris & Schön, 1996, p. 20-21).

^v Argyris, Cris, Schön, D. (1996). *Organizational Learning II: theory, method, and practice*

F.eks., når sygeplejersken justerer i arbejdsgangene for intravenøs administration af penicillin til patienter med infektioner efter operation under indlæggelsen i tråd med revideret klinisk retningslinje.

Double loop læring er handlingslogikken "theory-in-use" genstand for en dyberegående fælles analyse "organizational inquiry" baseret på nysgerrighed, dialog, åbne spørgsmål, refleksion og eksperimenterende handling i en iterativ proces i samarbejde mellem ledelse og aktører i organisationen. Double loop læring handler om at udvikle "theory-in-use" på sådan en måde, at der er overensstemmelse mellem "det, vi gør" og "det, vi siger, vi gør" i organisationen. Double loop læring er en måde at "lære at lære" i organisationer (Argyris & Schön, 1996, p. 21-34). Double loop læring stiller spørgsmål til "theory-in-use" og taget-for-givet-antagelser i organisationen, hvorfor det er krævende, besværlig og møjsommelig læring ifølge Argyris og Schön. Aktørerne og organisationen kan derfor udvikle forskellige *defensive rutiner*, udtrykt i sproglige vendinger, til at beskytte sig selv og organisationen mod den dybe og krævende double loop læring (Argyris & Schön, 1996, p. 106, 111).

Eksempel på single og double loop læring

Hospital i X-by lægger børn i fuld narkose ved nedgroede tånegle. Voksne vil få foretaget dette indgreb i lokalbedøvelse, men hospitalet bruger fuld narkose hos børn, da hospitalet antager, at det er mindre voldsomt for børn at komme i fuld narkose, samt sikrere at kunne gennemføre indgreb.

Der er dog flere, der klager over besværligheden i restriktioner før narkose med faste, samt at de ikke var informeret nok om, hvor lang tid de skulle vente under opvågning.

Single loop læring: På baggrund af historierne fra børn og forældre opdaterer hospitalet dets informationsmateriale til børn og forældre, hvor de forsøger at imødekomme usikkerheden.

Double loop læring: Hospitalet inviterer pårørende med ind i processen for at drøfte, hvordan de kan imødekomme disse udfordringer. Det besluttet, at der skal udvikles et beslutningsstøtteværktøj til børn og forældre, således at børn og forældre i dialog med sundhedspersonale selv vælger, hvorvidt barnet skal i fuld narkose eller lokalbedøvelse.

Opsummerende handler organisatorisk læring om at forbedre organisationens evne til at eksekvere visioner, strategi og målsætninger gennem en sammenhæng mellem "det, vi siger, vi gør", og "det, vi gør". Aktørerne lærer gennem individuelle læreprocesser, når handlinger ikke fører til det forventede resultat, og der opstår problemer. Aktørerne stopper op og reflekterer over nye handlingsalternativer sammen med andre mere kapable aktører i et fælles læringsrum med rammer til dialog, refleksion og eksperimenterende prøvehandling i organisationen.

Kontinuerligt lærende organisationer

Den anden retning vi har ladet os inspirere af, er læring i organisationer også italesat som kontinuerligt lærende organisationer.

Læring i en kontinuerlig lærende organisation er kendetegnet ved at lære på fire niveauer i et samspil med slutbrugerne og samarbejdspartnere i omverden ifølge forskere i læring og udvikling i organisationer Watkins og Marsick^{vi}.

Niveau et: Individuer i det daglige arbejde

Læring i organisationer begynder med, at den enkelte medarbejder opmuntres til at undrer sig, forholde sig kritisk og siger sin mening på en respektfuld måde gennem en spørgende og lyttende tilgang i relation til det daglige arbejde. Konkret betyder det, at der føres refleksive kritiske dialoger mellem personer med henblik på at identificere potentialer til læring og forbedring af patientsikkerheden udsprunget af den kliniske hverdag.

Niveau to: Tværfagligt teamsamarbejde

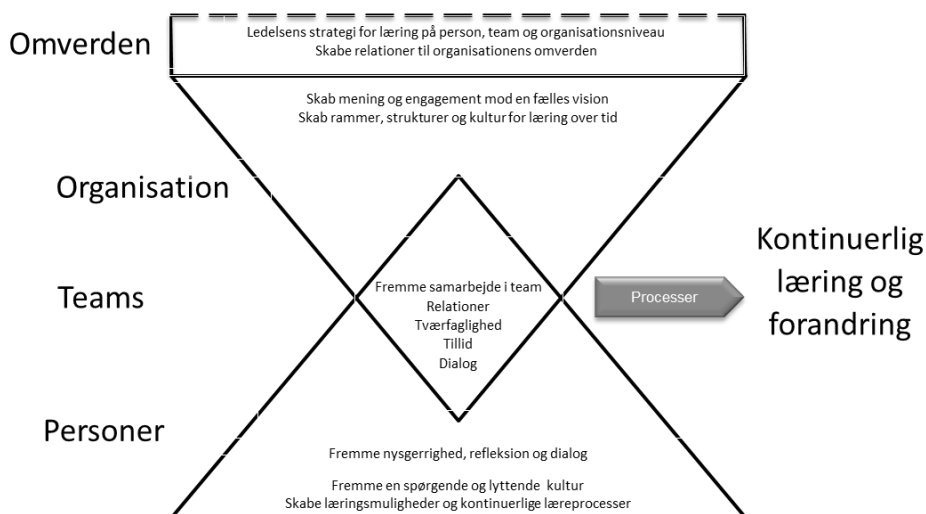
Når de identificerede lærings- og forbedringsmuligheder gøres til genstand for læring i organisationen løftes det op på team-niveau. Teamets opgaver er at løse problemet eller løfte niveauet af patientsikkerhed gennem tværfagligt teamsamarbejde med kritisk refleksiv dialog og eksperimenterende afprøvninger. Det tværfaglige aspekt skal sikre mangfoldigheden af perspektiver, viden og kreativitet til nye handlemuligheder og eksperimenterende afprøvninger.

Niveau tre: Organisationen med ledelsens strategi for læring

På organisations niveau er det ledelsens opgave at skabe rammer og strukturer for læring på team- og individniveau i det daglige arbejde. Derudover at skabe en struktur for deling af læring og viden i hele organisationen fx analoge og digitale platforme for videndeling, intern kommunikation osv.

Niveau fire: Organisationens forbindelse med slutbrugerne og omverdenen

Endelig bør organisationen have forbindelse til slutbrugere og samarbejdspartnere for at være på forkant med nye behov, forventninger, viden og kunne sikre organisationens relevans og overlevelse på sigt. Det kan være patienter, borgere, pårørende, kommuner, praksisområdet og øvrige samarbejdspartnere fx civilsamfundet.



Tilpasset model over læring i organisationer baseret på: Watkins, K. E. & Marsick, V. J. (2019). Conceptualizing an Organization that Learns. In: Örtenblad, A. (Ed.) The Oxford handbook of the learning organization.

^{vi} Watkins, K. E. & Marsick, V. J. (2019). *Conceptualizing an Organization that Learns*

Hvad fremmer læring i organisationer?

Der til kan der peges på en række centrale elementer for hhv. ledere, mellemedere og medarbejdere, der fremmer læring.

Ledelsen har ansvaret for at sikre rammer og strukturer for læring i organisationen med relationer til dens slutbrugere og samarbejdspartnere i omverden med en strategi for læring i organisationen. En strategi for læring med mulighedsrum for dialog, refleksion og eksperimenterende afprøvninger på de forskellige niveauer i organisationen.

Derudover har ledelsen en opgave i at understøtte udviklingen af en læringskultur ved at modellere nysgerrighed, risikovillighed og eksperimenter med afprøvninger i eget arbejde. Derudover bør ledelsen prioritere læring i organisationen ved at allokere tid og sikre adgang til ressourcer som data, læringsmetoder, tværfaglige teams og støtte til læring i arbejdet fx gennem facilitering af læreprocesser.

Mellemederne har en vigtig proaktiv rolle i teamet i faciliteringen af dialog, refleksion og afprøvninger i et tværfagligt samarbejde om problemløsning og forbedring. Derudover har ledelsen og mellemederne et ansvar for at skabe rammer for et psykologisk trygt læringsmiljø.

Medarbejderne i organisationen må ligesom ledelsen være villige til at forbedre arbejdet og udvikle sig ved at forholde sig nysgerrige til arbejdet, deltage i kritisk refleksive dialoger og lytte til flerstemmigheden blandt kollegaer og i teamet (Watkins, K. E. & Marsick, 2019). Medarbejdernes engagement bør ses i lyset af, at voksne er interesseret i at lære det, de skal bruge i deres arbejde (Illeris, 1999)^{vii}. Antagelsen er, at voksne hurtigt får tingene gjort og lærer i arbejdet (Revans, 2011)^{viii}, hvorfor presserende problemstillinger i organisationen har en motiverende effekt hos voksne dvs. både medarbejdere og ledere i organisationen.

Fra viden til handling

Det er afgørende, at vi som en del af at tale om læring tydeliggør at læring ofte påkræver handlinger, men også at dette ikke sker af sig selv. En mulighed for at følge op på læring er at benytte sig af handleplaner. Handleplaner findes dog i forskellige styrkegrader. Figuren ved siden af illustrerer dette. Det er vigtigt, at der som en del af opsamling på læring drøftes og findes stærke handleplaner for, at læring ikke kun medfører viden, men også handling.

Hvor stærk er handlingsplanen?		
Stærk	Mindre stærk	Svag
<ul style="list-style-type: none">• Tydelig og handlekraftig ledelse• Etablering af barrierer• Færre arbejdsstrin• Ensartet udstyr• Mindre afhængighed af medarbejdernes hukommelse	<ul style="list-style-type: none">• Tjeklister• Sikker design af emballage og udstyr• Sikker Mundtlig Kommunikation• Færre afbrydelser og forstyrrelser• Bedre IT-systemer	<ul style="list-style-type: none">• Advarsler og indskærpelser• Mere undervisning• Øget omhu• Nye retningslinjer

Skemaet er bearbejdet på grundlag af: *Root Cause Analysis Tool*. VA National Center for Patient Safety. <https://www.patientsafety.va.gov/docs/joe/2014%20RCA%20Tools%20FINAL%20Formatted%20REV10%202016.pdf>

Fra teori til principper og handlinger, rammer og systemer

Både principper og konkrete forslag er forankret i de teoretiske ståsteder for læring, men udformet til en patientsikkerhedsmæssig kontekst i sundhedsvæsenet.

^{vii} Illeris, K. (1999). *Læring* (1. revider). Roskilde Universitetsforlag

^{viii} Revans, R. W. (2011). *ABC of action learning* (pp. xii, 138 s.). Gower. <http://esc-web.lib.cbs.dk/login?url=https://ebookcentral.proquest.com/lib/kbhnhh-ebooks/detail.action?docID=73076>

Valget om at stå på den organisatoriske læring handler bl.a. om teorien understreger vigtigheden af at læring handler om at forbedre organisationens evne til at komme fra vision og målsætning til det vi gør, hvilket der i høj grad er behov for inden for et evigt udviklende sundhedsvæsen. Dertil kan teorien om kontinuerligt lærende organisationer pege på, at læring foregår på flere niveauer hvor både slutbrugere og omverden fra eksempelvis hospital eller kommune skal involveres. Det understreges således at der skal være fokus, redskaber og kompetencer inden for alle niveauer for at den samlede organisation lærer.

Teorien hjælper os også til at understrege behovet for både single og double loop læring. Begge elementer er bidragende og nødvendige i sundhedsvæsenets arbejde med læring. Men som det fremgår af principperne er det PS! sekretariatets opfattelse, at der er behov for et øget fokus på double loop læring, hvor der på nuværende tidspunkt er tendens til primær fokus på single loop læring, i sær på centralt niveau.

De principper, der gennemgås neden for, skal ses som et fundament, der bør være til stede for at opnå et ideelt læringsmiljø og er fremkommet i samarbejde med de involverede aktører. Principperne gør sig gældende uagtet hvilket organisatorisk niveau der tales om læring.

De konkrete handlinger, rammer og systemer der understøtter læring, og er så at sige en kropsliggørelse af principperne beskrevet. Disse handlinger, rammer og systemer er beskrevet på alle sundhedsvæsenets niveauer. De har til formål at give inspiration og tydeliggøre, at der er behov for handlinger, rammer og systemer på alle niveauer af sundhedsvæsenet for at opnå et ideelt læringsystem.

Afslutningsvist er der et mere dybdegående inspirationskatalog over, hvordan der i sundhedsvæsenet kan arbejdes med læring på forskellige organisatoriske niveauer og konkrete eksempler på, hvor aktører i sundhedsvæsenet arbejder med disse greb. Dette katalog er ikke en kortlægning men en række eksempler.

Principper og handlinger, rammer og systemer der understøtter læring

1. Organisations- og systemforståelse

Der er behov for, at alle involverede i sundhedsvæsenet, har en system- og organisationsforståelse herunder forståelse og indsigt i, at vi er et samlet og sammenhængende sundhedsvæsen, som skal arbejde sammen på tværs af sektorer, grænser og fagligheder.

2. Data i et enstrengt system

Der skal være tilgængelige data, bl.a. tidstro data. Data kan være fra både nationale databaser, men kan også være fra lokale afdelinger. Der bør være kliniske data, patienter og pårørendes oplevelser samt data om samarbejde og koordination på tværs af grænser. Det afgørende er, at der er én indgang for borgere og sundhedsprofessionelle til rapportering og relevante data, og at data præsenteres relevant og overskueligt, samt at der sikres gode feedback mekanismer til klinikere.

3. Prioritering, fælles retning, meningsskabelse og engagement

Der er behov for, at centrale, regionale og kommunale aktører skaber en fælles retning og koordination af den nye viden, politikker og databaser, således at der sker en meningsskabelse, samt at der løbende sker prioritering af områder.

4. Fælles metoder og kompetencer til at skabe forbedringer

Der er behov for fælles metoder og kompetencer til at lære af det, der går galt og at det, der går godt. Der er behov for, at der arbejdes systematisk med at skabe forbedringer fra top til bund i alle organisationer.

5. Ledelse

Der er behov for, at praksisnær ledelse, som er uddannet i at kunne monitorere og løbende følge op på lærings- og forbedringsarbejde, går foran med at sikre en tryk læringskultur og faciliterer dialog og læreprocesser lokalt.

6. Kapacitetsopbygning

Det er vigtigt at der sikres løbende kapacitetsopbygning i form af systematisk efteruddannelse. Der er behov for at der er en plan for udvikling af kompetencer herunder hvornår og hvordan man arbejder med at styrke disse.

7. Refleksion og dialog

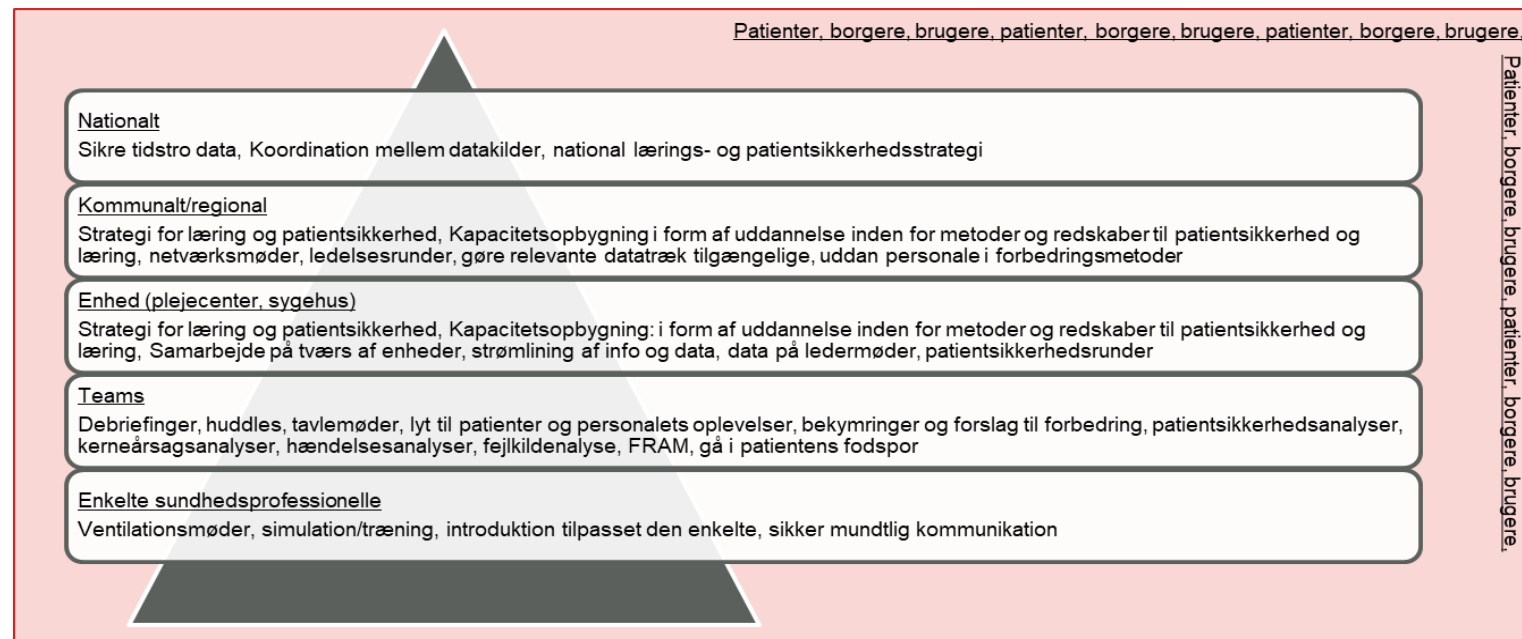
Der er behov for en balance mellem drift og tiden til dialog, læring og refleksion på alle niveauer af en organisation. Der skal være tid og rum til at teste forandringer og der er behov for strukturer og fora til at drøfte læring og indsatser til forbedring.

8. Patienter og pårørendes oplevelser og erfaringer

Patienter- og pårørende er partnere i det lærende sundhedsvæsen og indgår i en samskabelsesproces.

Handlinger, rammer og systemer der understøtter læring

(figuren uddybes i skemaet neden for)



Figuren konkretiserer en række handlinger, rammer og systemer, der i praksis understøtter læring. Elementerne er fordelt på en række organisatoriske niveauer og er omkranset af, at der uagtet niveau skal samarbejdes og indgås dialog med patienter, pårørende og borgere om deres input, ønsker og erfaringer.

Inspirationskatalog: Værktøjer der understøtter læring

Borgere, patienter, pårørende og brugere		
<p><u>Fokus på patientens samlede forløb og oplevelser</u> Sundhedsvæsenet stræber mod at sikre det bedste for patienter og pårørende, hvorfor der er stærkt behov for, at aktører involveret i sundhedsvæsenet på alle følgende niveauer (eksempelvis teams, regionalt, kommunalt og nationalt) hører deres stemme for at være synkroniseret med deres oplevelser, ønsker og behov. Der er behov for en ny tilgang til patientinvolvering, hvor systemet i endnu højere grad ser patientens forløb fremfor at få patientens input til enkeltforhold eksempelvis i form af deltagelse af råd og nævn. Der er behov for, at dette partnerskab med borgere sker på alle niveauer i sundhedsvæsenet. I følgende afrapportering er der skrevet konkrete forslag til involvering af borgere og patienter på forskellige niveauer. Det, at borgere, patienter og brugere involveres, er en ramme og udgangspunkt for alle niveauer.</p>		
Den enkelte sundhedsprofessionelle		
Hvad ønskes	Konkrete værktøjer	Eksempel
<p><u>Brug af erfaringer</u> De enkelte sundhedsprofessionelle er dem, der står forrest i rækkerne og dag til dag har oplevelser og erfaringer. Der er behov for, at disse aktivt bliver hørt og brugt</p> <p><u>Oplæring</u> Der er behov for, at personalet kan trænes i trygge simulationsrum samt at introduktion ved nyansættelse er fastlagt og struktureret</p>	<p>"Ventilations"-møder – mulighed for at dele bekymringer og svære oplevelser (1-2 gange om ugen)</p> <p>Mulighed for faglig sparring og refleksion</p> <p>Simulation/træning</p> <p>Introduktion tilpasset den enkelte</p>	<p>Simulation: På Herlev Hospital og Rigshospitalet findes CAMES - Copenhagen Academy for Medical Education and Simulation. CAMES varetager simulationstræning af sundhedsprofessionelle på regionens hospitaler og centre. Eksempelvis varetager de kursusdage i informationssamtaler. Her trænes der i teknik til at sikre patientens forståelse af information og prøvesvar. Øvelsen foregår med patienter, der har kroniske sygdomme. Et andet eksempel er kurset i almen kirurgi, hvor deltagere på kurset får træning og feedback på alle basale sutur- og knudeteknikker.</p> <p>Systematisk arbejde med onboarding: Internationale erfaringer med introduktionskursus ved ansættelse af nyuddannede er fra Loyola University Medical Center. Her ansætter de sygeplejersker i kohorter (hver 2. måned), hvor hver kohorte følger fastlagt forløb bl.a. med undervisning i debriefinger, kritisk tænkning, evidens baseret praksis. Resultater fra forsøget viser en væsentlig reduktion i sygeplejersker, der stopper i løbet af det første år</p>
Teams		

Hvad ønskes	Konkrete værktøjer	Eksempel
<p><u>Refleksion og dialog</u> På teamniveau er der behov for, at der som en fast del af medarbejdernes kalendere er afsat tid til refleksion og dialog</p> <p><u>Fokus på patientens/borgerens forløb</u> Der er behov for, at der som en naturlig del af læring sparres og samarbejdes med patienter/pårørende/borgere for at høre og lære af deres erfaringer</p> <p><u>Data</u> Det bør være en fast del af eksisterende møder, at der drøftes patientsikkerhed og relevante data. Dataindsamling og adgang til relevante data bør være lettilgængeligt og bør bruges hyppigt</p>	<p>Tid afsat til fælles refleksion vedr. patienter og personalets oplevelser, bekymringer og forslag til forbedringer</p> <p>Debriefing eller defusing</p> <p>Huddles</p> <p>Fast dagsordenspunkt vedrørende patientsikkerhed og UTH</p> <p>Gøre dataindsamlingen mere simpel. F.eks. brug af post-it's til indsamling af data</p> <p>Gennemgang på tavlemøder med brug af lokale data</p> <p>Gå i patientens fodspor</p> <p>Patientsikkerhedsanalyser, kerneårsagsanalyser, hændelsesanalyser, fejlkildeanalyser, FRAM</p>	<p>Data på personalemøder: Der afsættes tid i dagsordenen, hvor UTH eller anden data præsenteres og der inviteres til læring og forebyggelse af lignende fejl eller læring af, hvad der er gået godt. Det er vigtigt, at drøftelsen handler om systemet og ikke om de personer, der har været involveret i episoden</p> <p>Huddles: I Skotland (Region 'Dunfries og Galloway') brugte de forbedringsmetoder til at udvikle, modificere og implementere sikkerhedshuddles på tværs af de mentale sundhedstjenester. Styrken ved denne intervention er, at det har været muligt at fortsætte i både fysiske og virtuelle formater under Covid-19 og det har øget kontakten og kommunikationen med interessenter (https://ithub.scot/project-tools/safety-principles/safety-principles/communication-principle/case-study/)</p> <p>Debriefing og defusing: På CAMES har de bl.a. kurser i udførelse af debriefing og defusing med mål om at forebygge og håndtere påvirkninger efter alvorlige hændelser på arbejdspladsen. https://www.regionh.dk/CAMES/Sider/default.aspx</p> <p>Indsamling af data: Enheder i en kommune/hospital afholder dagligt triageringsmøder og i den forbindelse tales der om eventuelle fejl og utilsigtede hændelser, der er sket i løbet af dagen. Utilsigtede hændelser skrives på en post it og samles en gang om måneden for at indgå i en samlet rapportering til DPSD</p> <p>Gå i patienten/borgerens fodspor: I Sikker Sammenhæng gik medarbejderne i borgerens fodspor ifm. udskrivelse fra hospital til Rehabiliteringscenter i kommunen. Her så medarbejderne bl.a., hvor meget der skal ordnes inden patienten kan udskrives, hvor usikker patienten kan blive undervejs i overflytningen, og hvor meget en god modtagelse på Rehabiliteringscentret betyder</p> <p>Tavlemøder: I regi af I Sikre Hænder er der en række lokale erfaringer fra hjemmeplejen med brug af tavlemøder (https://patientsikkerhed.dk/materia-</p>

		<p>ler/tavler/). Tavlerne er forankret i de lokale afdelinger og tilpasset den lokale kontekst. Ofte er tavlerne whiteboards og her samles og opdateres informationer om det aktuelle forbedringsarbejde. Møderne afholdes dagligt og tager maksimalt 10-15 minutter. Møderne giver øget faglighed og øget fokus på borgerne, og den indsats der arbejdes med eksempelvis fald og infektioner</p>
Enhed (sygehus, plejehjemmet etc.)		
Hvad ønskes	Konkrete værktøjer	Eksempel
<p><u>Strømlining og koordination</u> Der er behov for at iværksætte indsats, projekter og fokusområder strømlines og koordineres således at disse opgaver ikke ender hos frontmedarbejdere</p> <p><u>Samarbejde</u> Der er behov for, at der på enhedsniveau sikres samarbejde og koordination med samarbejdspartnere. Hvad enten det er interne enheder i egen sektor eller på tværs til anden sektor</p> <p><u>Data</u> Der bør være data både for, hvad der går godt og dårligt; dette bør drøftes hyppigt blandt ledelsen og være tilgængeligt på en relevant og struktureret måde for medarbejdere</p>	<p>Sikre samarbejde på tværs af enheder, faggrupper, sektorer</p> <p>Ledelsen deltager i patientsikkerhedsrunder</p> <p>Ledelsesansvar (se eventuelt IHI's Leadership guide to Patient Safety)</p> <p>Koble læring af det, der går galt med det, der går godt</p> <p>Strømlining af information og data</p> <p>Leverer struktureret data til klinikerne, som de kan bruge i deres praksis</p> <p>Kvalitets- og patientsikkerhedsdata på ledermøder: Data vedr. læring af patientsikkerhed deles fast på ledermøder på lige fod med data om drift, økonomi og sygefravær. Lederne kan bruge en målstyringstavle til at drøfte kvalitetsdata på ledermøderne</p> <p>Uddannelse af personale indenfor metoder og redskaber til patientsikkerhed og læring</p>	<p>På Aalborg Universitetshospital har man indført patientsikkerhedsrunder. De udføres to gange årligt på hver klinik. Teamet sammensættes af afdelingsledelsen og er foreslået til at være repræsenteret af følgende: Teamleder (klinikchef og/eller viceklinikchef), ledende overlæge og afsnitsansvarlig leder, relevant patientsikkerhedsnøgleperson og kvalitetsnøgleperson fra afdelingen, 2-3 medarbejdere, arbejdsmiljørepræsentant og klinik kvalitetskoordinator</p>

<p><u>Strategi og kapacitetsopbygning</u> Der bør på enhedsniveau være en udmøntet strategi for læring og patientsikkerhed samt en afklaret strategi og plan for kapacitetsopbygning</p>		
Regionalt/kommunalt		
Hvad ønskes	Konkrete værktøjer	Eksempel
<p><u>Skabe samarbejde på tværs af indsats, områder, sektorer</u> I et sundhedsvæsen, hvor mange patienter/borgeres forløb går på tværs af fagligheder, enheder og sektorer, er der behov for løbende dialog og aftaler på tværs af enheder/sektorer, som sikring af, at forløbene går hensigtsmæssigt</p> <p><u>Prioritering og alignment</u> I et sundhedsvæsen, hvor der løbende kommer nye dagsordener, indsats og iværksættelse af projekter, er der behov for en løbende prioritering og alignment sådan, at det både er muligt og realistisk for praksis at udføre og opnå de ønskede målsætninger. Der er dertil behov for, at der på regionalt/kommunalt niveau sikres de fornødne</p>	<p>Netværksmøder</p> <p>Brug af ledelsesrunder, hvor lederne besøger teams og taler med medarbejdere og patienter/borgere</p> <p>Stille relevante kategorier og dashboards til rådighed for data-træk</p> <p>Patientsikkerhedsdata på ledermøder</p> <p>Patientsikkerhedsrunder</p> <p>Uddannelse af medarbejdere i bl.a. metoder til forbedring og patientsikkerhed</p>	<p>I Hvidovre kommunes Center for Sundhed og Ældre arbejder ledelsen og personale systematisk med at øge kompetencer i at arbejde med forbedringer blandt medarbejderne</p> <p>Syddansk Universitet har udviklet og valideret en dansk udgave af 'Healthcare Complaints Analysis Tool' (HCAT). Værktøjet bruges til at kode information i patienters klage til at skabe overblik og systematisere patienters oplevelser af problemer i sundhedsvæsenet. Formålet er at skabe læring på baggrund af klagerne, identificere sager til nærmere undersøgelse, sammenligne sager med samme karakteristika. Resultaterne formidles i overskuelige dashboards</p>

<p>rammer og betingelser for, at praksis kan udføre de ønskede indsatser, dagsordener og projekter</p> <p><u>Samkøre og øget brug data til læring og at relevant data stilles til rådighed for praksis</u> Gennem de seneste år er der udviklet en række af datakilder (Sundhedsdatastyrelsen, registre, kvalitetsdatabaser, patientsikkerhedsdatabaser mm.). Der er behov for, at disse sammenkobles og stilles til rådighed på en overskuelig og relevant måde. Herunder er der også behov for, at adgang til tidstro data øges</p> <p><u>Strategi og kapacitetsopbygning</u> Der bør på regionalt/kommunalt niveau foreligge en udmøntning af den nationale strategi for læring og patientsikkerhed samt en afklaret strategi og plan for kapacitetsopbygning</p>		
Nationalt		
Hvad ønskes	Konkrete værktøjer	Eksempel
<p><u>Læringsarbejdet adskilt fra tilsynsopgaver</u> Det er vigtigt, at der sikres den fornødne tilid til varetagelsen af</p>	<p>Udskilning af STPS's ansvar for læringsopgaver herunder arbejde med UTH</p>	

<p>læringsarbejdet, hvorfor dette bør adskilles fra tilsynsopgaver</p> <p><u>Prioritering af fokusområder</u> Der er en behov for en løbende prioritering af, hvilke områder og indsatser, der bør iværksettes</p> <p><u>Data</u> Der er behov for én indgang til rapportering for borgere og sundhedspersonale som led i en afbureaukratisering samt en samkøring af relevante datakilder, som kan danne grundlag for beslutninger</p> <p><u>Strategi for patientsikkerhed og læring</u> Der bør udvikles en national strategi for patientsikkerhed og læring herunder hvordan der løbende kapacitetsopbygges i metoder til at arbejde med forbedringer og patientsikkerhed.</p> <p><u>Gennemførelse af anbefalinger til rapporteringssystemet fra 2016</u>, således at rapporteringer bliver tilpasset det oprindelige formål samt at der etableres en national risikomanagerfunktion, der hurtigt og agilt kan uddrage læring på tværs.</p>	<p>Sundhedsdatastyrelsen og øvrige kliniske kvalitetsdata bør arbejde henimod øget brug af tidstro data, som kan stilles til rådighed for sundhedsvæsenet</p> <p>Koordination af datakilder eksempelvis: UTH, klager, erstatning, RKKP, Lægemiddelstyrelsen, samt at disse systemer er brugervenlige og det er muligt at trække data i relevante dashboards</p>	
--	---	--

Bilag 1: Uddrag af rapport om ”Optimering af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser”, 2016

Vi skal kun rapportere det, der er vigtigt

I dag oplever sundhedspersonalet, at de er forpligtede til at rapportere ligegyldigheder.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der fremover kun skal rapporteres, analyseres og handles på følgende:

- Alvorlige utilsigtede hændelser*
- Hændelser, der afdækker nye problemtyper eller overraskende sammenstillinger af problemer
- Hændelser, hvor rapportøren oplever, at der kan eller bør opnås læring
- Hændelser, som mod forventning 'endte godt', og hvor der derfor kan være læring at hente
- Fokuseret rapportering af hændelser der giver mening lokalt

*Ved en alvorlig utilsigtet hændelse forstås en hændelse, hvor den faktuelle skade jf. det aktuelle klassificeringssystem kategoriseres som 'Moderat', 'Alvorlig' eller 'Dødelig'. En hændelse, der i dag kategoriseres som 'Ingen skade' eller 'Mild' (se forklaring i figuren fra DPSD) skal altså kun indrapporteres, hvis den opfylder et af de andre kriterier. På baggrund af klassificeringen af de indrapporterede hændelser i 2014 vil ovenstående reducere antallet af rapporteringerne betydeligt – således med ca. 80% på sygehuse og med ca. 90% i kommunerne.

Alvorlighed	Faktuel skade
Ingen skade	Ingen skade
Mild	Lettere forbigående skade, som ikke kræver øget behandling eller øget plejeindsats
Moderat	Forbigående skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling.
Alvorlig	Permanente skader, som kræver indlæggelse, behandling hos praktiserende læge, øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling, eller andre skader som kræver akut livreddende behandling.
Dødelig	Dødelig udgang

Disse nye kriterier vil forventeligt medføre færre rapporter, da forpligtelsen til at rapportere alle utilsigtede hændelser bortfalder. Ressourcer kan derved frigives til forbedring af arbejdsgange. Arbejdsgruppen har desuden drøftet muligheden for aggregeret (fx rapportering af fire faldeepisoder i én rapport) og fokuseret rapportering (fx 'I denne måned vil vi gerne modtage rapporter om alle medicineringsfejl'). Det kan arbejdsgruppen i princippet godt anbefale. Det er dog vigtigt at fastholde beskyttelsen af rapportøren mod sanktioner som følge af rapporten. Derfor kan arbejdsgruppen ikke anbefale aggregeret rapportering, hvis det baseres på et 'skuffe-rapporteringssystem', der indebærer, at sundhedspersonalet skal rapportere til et system, hvor de ikke er omfattet af lovens beskyttelse.

Det skal være lettere at rapportere

Rapporteringssystemet er, som det er indrettet nu, ikke særlig brugervenligt (det tager fx lang tid bare at angive, hvor hændelsen fandt sted), og rapporteringsformatet er ikke tilpasset den

enkelte område fx almen praksis, apotek, kommune eller sygehusafdeling. Forenklet rapportering vil give systemet øget legitimitet og reducere tiden til at rapportere.

Arbejdsgruppen anbefaler forenklet rapportering og har drøftet flere måder, hvorpå det kunne gøres lettere at rapportere utilsigtede hændelser fx ved oprettelse af tilpassede skabeloner for de forskellige sektorer, mulighed for at vælge at rapportere med mere fritekst, mulighed for at vælge at rapportere vha. afkrydsning etc.

Rapporteringssystemet må ikke bruges sanktionerende

Rapporteringssystemet har til formål at sikre læring om de systemer vi behandler patienterne i. Undersøgelser viser, at langt de fleste patientskader skyldes uhensigtsmæssige systemer og kun en mindre del skyldes individets skødesløshed og forsømmelser.

Arbejdsgruppen anbefaler at denne skarpe skelnen mellem delene af det samlede danske patientsikkerhedssystem bevares. Rapporteringssystemet skal ikke bruges sanktionerende, da en sammenblanding af de to formål vil fjerne personalets motivation til at rapportere. Der findes andre instanser, der har til formål at føre tilsyn med individer, og et rapporteringssystem må ikke fratage lederne deres ansvar for de ansatte i en tilsynssammenhæng. Hvis der er sundhedspersoner, der ikke lever op til de faglige standarder, er det en ledelsesopgave at håndtere dette. Viden om, hvorledes den enkelte medarbejder løser sine opgaver fås fra det daglige kliniske arbejde – og ikke ved at afvente rapportering i rapporteringssystemet.

Rapporterne skal så vidt muligt anvendes lokalt

I rapporteringssystemets nuværende form sendes alle hændelser rapporteret via DPSD til både det lokale, regionale/kommunale og nationale niveau. Intentionen med at sende rapporterne videre i systemet er, at man på det regionale/kommunale og nationale niveau kan 'finde mønstre' og 'overvåge systemet' og reagere på sjældne signaler. Konsekvensen er dog, at det lokale niveau ikke oplever at være eksperter i eget system, kan miste ejerskab til hændelserne, og kan opleve, at hændelserne er til for nogle andre. Endelig kan man lokalt have en forventning om, at 'der kommer nogen og fortæller en, hvad man skal gøre'. Samtidig overvældes man på de mere overordnede niveauer af tusindvis af hændelser, som man ikke har mulighed for systematisk at finde mønstre i eller at handle på. Reelt handler langt de fleste rapporter om uhensigtsmæssig tilrettelæggelse af lokale arbejdsgange (kommunikation, procedurer, oplæring, arbejdsmiljø og barrierer). Dem er de enkelte enheder bedst til selv at forbedre.

Derfor anbefaler arbejdsgruppen, at alle rapporter uanset sektor som udgangspunkt skal målrettes til, modtages på og anvendes på det lokale niveau.

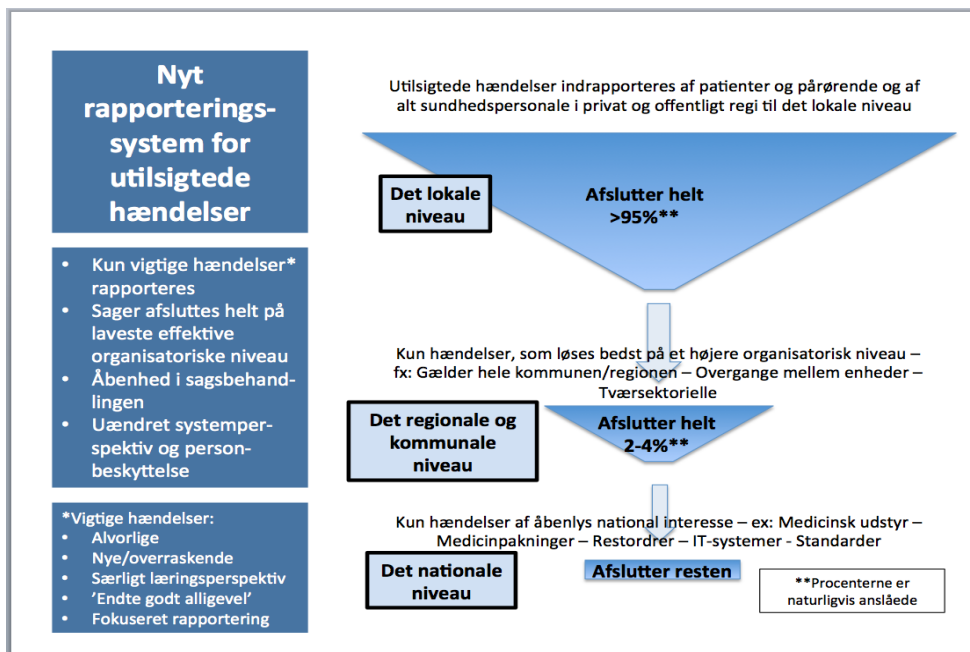
En mindre del af hændelserne kan ikke finde deres løsning lokalt eller løses bedre på et højere niveau fx tværsektorielle hændelser eller hændelser i opbygning af IT-systemer. Disse hændelser skal derfor fremover overdrages fra det lokale niveau til en risikomanagerfunktion på regionalt/kommunalt niveau.

Hvis hændelserne ikke kan løses i dette regi (fx hændelser vedr. national IT, medicinsk udstyr, medicinpakninger, restordre og standarder) skal hændelserne overdrages fra det regionale niveau til en risikomanagerfunktion på nationalt niveau, der har ansvar for at håndtere dem.

Med ovenstående eksempler på hændelser, der ikke skal håndteres lokalt, men som skal sendes videre, anbefaler arbejdsgruppen, at det lokale niveau altid som udgangspunkt har ansvar for at reagere på hændelserne (se figur nedenfor).

Det har i den forbindelse været drøftet i arbejdsgruppen, om man lokalt skal have mulighed for at oprette egne kategorier til sortering af hændelserne. Mulighederne for dette skal afklares.

Desuden skal det afklares hvordan kommunikationen mellem de forskellige niveauer, fx om konteksten for en given hændelse eller problemstilling, skal finde sted.



Der skal ske erfaringsudveksling på tværs

Der var i arbejdsgruppen drøftelser af den reelle mulighed for, på et overordnet niveau (fx nationalt), at opdage og finde mønstre i sjældne hændelser og tendenser, som man ikke har set på lokalt niveau. Der var enighed om, at dette er vanskeligt, og at hensigten med rapporteringssystemet ikke er at finde mønstre i sjældne hændelser, men at understøtte opbygning af en lokal kultur omkring forbedring.

Imidlertid er det ikke hensigtsmæssigt, hvis problemer ikke drøftes og gode erfaringer ikke deles på tværs af enheder. Ligeledes er det heller ikke hensigtsmæssigt at lokale handlinger et sted i systemet modvirker lokale løsninger implementeret i andre dele af systemet.

Der var derfor i arbejdsgruppen enighed om, at der er behov for erfaringsudveksling og sparring om sikkerhedsudfordringer og løsninger på tværs af sygehuse, kommuner, regioner, apoteker og praksisser etc.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at der på nationalt niveau skal etableres læringsnetværk på tværs, der kan tage alvorlige, aktuelle, generelle problemstillinger op (fx udfordringer med at forebygge forvekslingshændelser, identifikationsfejl eller medicineringsfejl) og dernæst arbejde på i fællesskab at finde og implementere løsninger (7). Udveksling af erfaringer med implementering og forbedring af patientsikkerhedsinitiativer på tværs skal ikke håndteres særskilt, men skal integreres med aktiviteter i regi af kvalitetsprogrammet.

Der er enighed om, at der bør være en national risikomanagerfunktion, men usikkerhed om, hvor en sådan organisatorisk bør placeres, idet det er vigtigt, at funktionen skal have mulighed for at række ind i og påvirke og motivere mange forskellige systemer til forandring – herunder statslige, regionale og kommunale systemer, men også private aktører som fx lægemiddelindustrien.

Rapporteringssystemet skal være en integreret del af kvalitetsprogrammet

Rapporter om utilsigtede hændelser skal - sammen med fx data fra de kliniske databaser, patientklager, erstatningssager og breve fra patienter – medvirke til at prioritere *hvilke* kvalitetsindsatser, der er behov for i sundhedsvæsnet (fx styrkelse af sikkerheden omkring ECT-behandling pga. en række hændelser). Desuden kan rapporter om utilsigtede hændelser bidrage med viden om, *hvordan* de overordnede mål om høj kvalitet kan opnås (fx ved at studere rapporternes beskrivelser af, hvornår og hvor hændelserne i forbindelse med ECT fandt sted).

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at man på alle niveauer integrerer viden fra rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser i et fremtidigt kvalitetsprogram.

Rapporteringssystemet skal medvirke til et transparent offentligt system

Arbejdsgruppen anbefaler, at det overvejes, hvordan man - for at styrke patientsikkerheden, systemets legitimitet og ikke mindst dets forbedringsfokus – rutinemæssigt kan offentliggøre anonymiserede resumeer af alvorlige utilsigtede hændelser og især de forbedringer, arbejdet med hændelserne har medført. Offentliggørelse kunne fx ske på den relevante institutions hjemmeside, eller hvor det giver mening i forhold til hændelsen.

Denne anbefaling bygger på erfaringer fra Norge (<http://www.ahus.no/fagfolk/temasider/Sider/3-3-meldinger-om-uonskede-hendelser.aspx>), hvor man på fx et sygehus hjemmeside offentliggør de såkaldte '3-3'-hændelser. I Danmark er offentliggørelse af utilsigtede hændelser ikke udbredt, men der findes erfaringer på offentliggørelse fx bit.ly/1ou0Cyt.

En øget åbenhed vil understøtte anvendelsen af utilsigtede hændelser i forbedringsarbejdet, idet der opstår åbenhed i prioritering af forbedringsindsatsen, hvor utilsigtede hændelser ses sammen med øvrige data om patientsikkerhed og kvalitet i øvrigt.

Det er imidlertid afgørende vigtigt, at denne åbenhed ikke skaber unødigt bekymring hos personalet for u hensigtsmæssig eksponering i pressen. Derfor skal principperne for åbenhed drøftes grundigt med institutionerne og de centrale faglige organisationer. Her bør erfaringerne fra Norge inddrages.

Det vil være oplagt at igangsætte et pilotprojekt for at opbygge erfaringer om metoden inden udbredelse.

Der skal gives feedback til rapportøren

Det er væsentligt at rapporteringssystemet medvirker til udviklingen af en patientsikkerhedskultur både blandt ledere, medarbejdere og patienter/borgere.

Derfor anbefaler arbejdsgruppen, at der systematisk arbejdes med at give feedback om hændelser og handlinger på flere niveauer:

- Lokal og direkte feedback (fra fx leder eller risikomanager til den, der har rapporteret). Patienter og pårørende skal have et personligt svar.
- På enhedsniveau i oversigtsform (fx på kvalitetstavler integreret med det øvrige kvalitetsarbejde)
- På organisationsniveau (fx sygehus, kommune, apotek e.l.) (fx på hjemmesiden)

Dette vil medvirke til opbygningen af et transparent system med høj legitimitet.

Betydningen af anbefalingerne vurderedes i 2016 at være:

- Det fremtidige system vil modtage færre overflødige rapporter,

- Der ikke stilles krav om detaljeret klassifikation,
- Langt færre hændelser går videre til det regionale niveau,
- Langt færre hændelser går videre til det nationale niveau.

Ressourcerne frigøres derved til at handle og implementere på det lokale niveau.

https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2016/03/optimering__rapporteringssystemet_utilsigtedeheandelser.pdf