

Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Kanon for Patientsikkerhed

Marts 2025



Sikkerhed i Sundhed
- Den litterære vej til bedre
praksis

Introduktion

Dette kompendium introducerer centrale tekster, der danner det teoretiske fundament for Dansk Selskab for Patientsikkerheds arbejde med patientsikkerhed. Formålet er at fungere som opslagsværk og give en letforståelig indføring i de vigtigste teorier og modeller på patientsikkerhedsområdet.

Kompendiet er inddelt i tre hoveddele: fortidige, nutidige og fremtidige perspektiver på patientsikkerhed. Hver kilde præsenteres med en kort beskrivelse af hovedbudskabet, centrale begreber og praktiske implikationer for sundhedsvæsenet. Derudover introduceres baggrunden for hver tekst, dens relevans i et bredere perspektiv og dens kobling til praksis.

Kompendiet giver en grundlæggende forståelse af de vigtigste teoretiske og praktiske aspekter af patientsikkerhed.

Læseren får:

- indblik i, hvordan sikkerhedstænkning har udviklet sig gennem tiden
- kendskab til centrale modeller og teorier, der anvendes i praksis
- en forståelse af, hvordan læring, rapportering og organisatorisk kultur spiller en rolle i forbedring af patientsikkerhed
- praktiske værktøjer og strategier, som kan implementeres for at reducere fejl og forbedre sikkerheden i sundhedsvæsenet.

Kompendiet kan bruges som et opslagsværk og som inspiration til fortsat refleksion og læring i daglig praksis.

1) **Jens Rasmussen (1997): Risk Management in a Dynamic Society**

Baggrund: Jens Rasmussen var en pioner inden for systemteori og risikostyring. Hans arbejde har haft stor indflydelse på sikkerhedsledelse i komplekse organisationer.

Hovedbudskab: Organisationer bør forstå risikostyring som en dynamisk proces, hvor menneskelige, teknologiske og organisatoriske faktorer interagerer. Modeller af sikkerhed skal tage højde for systemkompleksitet.

Betydning: Skaber forståelse for kompleksiteten af sikkerhed i dynamiske systemer, hvilket har påvirket moderne sikkerhedsmodeller og -praksis.

Nøglebegreber: Dynamisk kompleksitet, adaptiv styring, menneskelige faktorer

Praktiske implikationer: Integration af sikkerhedsbarrierer i design af komplekse systemer, anvendelse af systemtænkning til risikovurdering.

2) **Reason JT (1997): Managing the Risks of Organizational Accidents**

Baggrund: Reason udviklede Swiss Cheese-modellen, der blev en hjørnesteen i sikkerhedsledelse.

Hovedbudskab: Introducerer "Swiss Cheese"-modellen, der beskriver, hvordan fejl opstår, når svagheder i flere lag af beskyttelse tillader hændelser at ske.

Betydning: Introducerer en model, der blev grundlæggende for analyse af systemfejl, og har fremmet en systemtilgang til at forstå og reducere fejl.

Nøglebegreber: Swiss Cheese-model, latente fejl, organisatoriske forsvar

Praktiske implikationer: Design af flerlagede sikkerhedssystemer for at mindske sandsynligheden for utilsigtede hændelser.

3) **IOM (1999): To Err is Human**

Baggrund: Denne rapport var en milepæl i patientsikkerhedsbevægelsen og skiftede fokus fra individuel skyld til systemforbedringer.

Hovedbudskab: Fokus på systemfejl frem for individuel skyld som kilde til fejl i sundhedsvæsenet og vigtigheden af en sikkerhedskultur for at forbedre patientsikkerheden.

Betydning: Katalysator for global opmærksomhed på patientsikkerhed og ændrede fokus fra individbaseret skyld til systemforbedring.

Nøglebegreber: Systemfejl, sikkerhedskultur, fejlrapportering

Praktiske implikationer: Implementering af nationale rapporteringssystemer og en kultur, der understøtter læring frem for straf.

4) **Thomas Schiøler et al. (2000): Utilsigtede hændelser på danske sygehuse**

Baggrund: Det er et centralt værk i dansk patientsikkerhedshistorie. Schiøler et al.'s undersøgelse var en øjenåbner, fordi den gav den første systematiske dokumentation af utilsigtede hændelser i Danmark. Det banede vejen for et skift i fokus fra individorienteret skyld til systematisk læring og forebyggelse. – Undersøgelsen blev en reference for senere studier om patientsikkerhed i Danmark og har haft betydning for forbedringsmetoder i sundhedsvæsenet.

Hovedbudskab: Undersøgelsens fokus har været på forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse, på andelen af hændelsesforløb, der under optimale forhold kunne være forebygget, og på ressourcebelastningen af sygehuse. Fire ud af 10 utilsigtede hændelsesforløb er vurderet til at kunne være forebygget under optimale forhold. Undersøgelsen fandt, at 9,0% af samtlige somatiske heldøgnsindlæggelser helt eller delvist er belastet af følgevirkningerne af utilsigtede hændelser. Utilsigtede hændelsesforløb giver i gennemsnit anledning til 7,0 ekstra sengedage pr. hændelsesforløb

Betydning: Dokumenterer utilsigtede hændelser i Danmark, hvilket førte til bedre rapporteringssystemer og større opmærksomhed på læring af fejl.

Nøglebegreber: Utilsigtede hændelser, læring fra fejl, patientsikkerhed

Praktiske implikationer: Etablering af Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) og skærpet fokus på læring af utilsigtede hændelser.

5) **Mogensen, T et.al (2005): Patientsikkerhed i Danmark - et år efter pilot**

Baggrund: Dette værk er en vigtig opfølgning på Schiøler et al.'s undersøgelse, fordi det adresserer, hvordan Danmark begyndte at operationalisere systematisk patientsikkerhedsarbejde – især inspireret af Veterans Affairs (VA) i USA.

Hovedbudskab: Beskrivelse af, hvordan erfaringer fra Veterans Affairs kan anvendes til at styrke patientsikkerheden gennem systematiske rapporterings- og læringssystemer.

Betydning: Artiklen fremhæver, hvordan erfaringer fra VA's system er blevet anvendt til at udvikle en sikkerhedskultur i det danske sundhedsvæsen.

Nøglebegreber: rapporteringssystem for utilsigtede hændelser med fokus på læring frem for sanktioner. Anvendelse af kerneårsagsanalyser for at identificere og adressere systemfejl.

Praktiske implikationer: Implementering af et ikke-sanktionerende miljø, hvor sundhedspersonale kan rapportere hændelser uden frygt. Fokus på systematiske analyser for at forbedre processer og forhindre gentagelse af fejl.

6) **Leape et al. (2002): Reporting of Adverse Events**

Baggrund: Leape et al.'s værk fra 2002 er en af de mest betydningsfulde internationale publikationer om fejlrapportering og læring i sundhedsvæsenet. Det cementerede ideen om, at rapporteringssystemer ikke kun skal identificere fejl, men også understøtte en læringskultur, der forebygger gentagelser.

Hovedbudskab: Fremmer fejlindberetnings- og læringsystemer for at reducere gentagelse af fejl i et miljø uden frygt for straf.

Betydning: Markerede skiftet mod læringskultur og er en hjørnesteen for udviklingen af moderne rapporteringssystemer i sundhedsplejen.

Nøglebegreber: Fejlindberetning, Læringskultur, Ikke-sanktionerende miljø

Praktiske implikationer: Understøtter etablering af sikre rapporteringssystemer. Fremmer proaktiv læring for forebyggelse af fremtidige hændelser.

7) **Institute of Medicine (2001): Crossing Quality Chasm**

Baggrund: "Crossing the Quality Chasm" fra Institute of Medicine (IOM) i 2001 er et af de mest indflydelsesrige værker inden for kvalitets- og patientsikkerhedsarbejde. Det byggede videre på To Err is Human (1999), men skiftede fokus fra blot at reducere fejl til en bredere vision for systemtænkning og et fundamentalt redesign af sundhedssystemet.

Hovedbudskab: Bygger videre på To Err is Human ved at tilbyde et framework for et bedre sundhedssystem baseret på seks mål: sikker, effektiv, patientcentreret, rettidig, effektiv og retfærdig pleje.

Betydning: Banebrydende for globalt kvalitets- og sikkerhedsarbejde, især i udvikling af strategier og politikker for sundhedssystemernes forbedring.

Nøglebegreber: Seks kvalitetsmål, systemtænkning, patientcentreret pleje

Praktiske implikationer: Giver en vision for redesign af sundhedsvæsenet. Opfordrer til brug af evidensbaserede forbedringsmetoder og teknologi. Har bl.a. banet vej for brug af forbedringsmetoder som Model for Improvement.

NUTIDIGT PERSPEKTIV

8) **Vincent C. (2006): Patient Safety**

Baggrund: Charles Vincent's Patient Safety fra 2006 er en af de mest praktisk anvendelige og metodisk funderede bøger inden for patientsikkerhed. Den bygger videre på tidligere forskning som To Err is Human og Crossing the Quality Chasm, men går et skridt videre ved at udvikle konkrete metoder til at analysere og forbedre patientsikkerhed.

Hovedbudskab: Introduktion af metoder til at analysere og forbedre patientsikkerhed med vægt på organisatorisk læring.

Betydning: Udvikler en ramme for sikkerhedsanalyse og -forbedring, der er bredt anvendt i praksis.

Nøglebegreber: Risikoanalyse, patientcentreret sikkerhed, organisatorisk læring

Praktiske implikationer: Indførelse af værktøjer som årsagsanalyser (RCA) og kliniske audits til forbedring af patientsikkerheden.

9) **Runciman et al. (2007): Safety and Ethics in Health Care**

Baggrund: Runciman et al.'s Safety and Ethics in Health Care bringer en vigtig dimension ind i patientsikkerhedsarbejdet ved at integrere etik og moralsk ansvar. Hvor tidligere værker primært fokuserede på systemtænkning og læring fra fejl, går dette værk skridtet videre ved at forankre sikkerhed i etiske principper.

Hovedbudskab: Integrerer etiske principper i sikkerhedsarbejde og fremhæver nødvendigheden af proaktive sikkerhedssystemer.

Betydning: Kombinerer etiske principper med sikkerhedsledelse, understregende det moralske ansvar for sikker praksis.

Nøglebegreber: Etik, patientautonomi, proaktiv sikkerhed

Praktiske implikationer: Inkorporering af etiske retningslinjer i sikkerhedspolitikker og informeret samtykke. F.eks. I sikre hænder- gøre det rigtige på det rigtige tidspunkt

10) **Sutcliffe & Weick (2007): Managing the Unexpected**

Baggrund: Sutcliffe & Weick's Managing the Unexpected har haft stor betydning for forståelsen af, hvordan organisationer kan håndtere uforudsigelige hændelser og udvikle en stærk sikkerhedskultur. Værket er især kendt for at introducere og operationalisere begrebet High-Reliability Organizations (HROs) i en sundhedsmæssig kontekst.

Hovedbudskab: Betoner vigtigheden af organisatorisk modstandsdygtighed og evnen til at håndtere uventede hændelser gennem en stærk sikkerhedskultur.

Betydning: Introducerer organisatorisk resiliens, som er afgørende for at håndtere uforudsigelige trusler i sundhedsvæsenet.

Nøglebegreber: Resiliens, high-reliability organisationer (HRO), forventningshåndtering

Praktiske implikationer: Træning i resiliensstrategier og opbygning af stærke kommunikationsstrukturer. Principperne for HRO har bla inspireret til forbedring af patientsikkerhed i kritiske miljøer som anæstesi, intensivafdelinger og akutberedskab.

11) **Atul Gawande (2009): The Checklist Manifesto**

Baggrund: Atul Gawande's The Checklist Manifesto er en af de mest indflydelsesrige bøger inden for patientsikkerhed, da den demonstrerer, hvordan simple, veldesignede tjeklister kan reducere fejl og forbedre plejekvaliteten markant.

Hovedbudskab: Simple tjeklister kan dramatisk reducere fejl og forbedre patientbehandling.

Betydning: Viser, hvordan enkle værktøjer som tjeklister kan reducere fejl dramatisk og forbedre plejekvalitet

Nøglebegreber: Tjeklister, standardisering, reduktion af fejl

Praktiske implikationer: Anvendelse af kirurgiske tjeklister og standardprocedurer i klinisk praksis.

12) Emanuel et al. (2008): What Exactly is Patient Safety?

Baggrund: Emanuel et al.'s What Exactly is Patient Safety? præciserer og konceptualiserer begrebet patientsikkerhed som en systematisk indsats for at beskytte patienter mod skade. Værket etablerer en teoretisk ramme, der understøtter både praktiske forbedringer og politiske initiativer inden for sundhedsvæsenet.

Hovedbudskab: Definerer patientsikkerhed som beskyttelse mod skade og vigtigheden af systematisk forbedring.

Betydning: Definerer begrebet patientsikkerhed og skaber en teoretisk ramme for praksis.

Nøglebegreber: Definition af patientsikkerhed, forebyggelse af skade. Udvikling af robuste systemer, der aktivt forebygger skader og understøtter en kultur for sikkerhed.

Praktiske implikationer: Klargøring af sikkerhedsstandarder og udvikling af uddannelsesprogrammer i sikkerhed.

13) Parker, D. (2009): Managing Risk in Healthcare: Understanding Your Safety Culture Using the Manchester Patient Safety Framework

Baggrund: David Parker's Managing Risk in Healthcare: Understanding Your Safety Culture Using the Manchester Patient Safety Framework har haft en væsentlig indflydelse på udviklingen af patientsikkerhedsarbejdet i Danmark ved at sætte fokus på sikkerhedskultur som en central drivkraft for forbedringer.

Hovedbudskab: MaPSaF er et værktøj til vurdering af sikkerhedskultur, der hjælper organisationer med at evaluere deres forståelse og prioritering af sikkerhed på forskellige niveauer.

Betydning: Indførte en praktisk ramme for vurdering af sikkerhedskultur, hvilket fremmer et holistisk syn på sikkerhed snarere end kun fokus på enkeltstående hændelser.

Nøglebegreber: Sikkerhedskultur, kulturel modenhed, helhedsorienteret sikkerhedsvurdering

Praktiske implikationer: Støtter ledelse og medarbejdere i at identificere styrker og svagheder i deres sikkerhedskultur.

14) Flin, R. et al. (2008): Safety at the Sharp End

Baggrund: Flin et al.'s Safety at the Sharp End har haft en betydelig indvirkning på udviklingen af patientsikkerhed i Danmark ved at fremhæve vigtigheden af menneskelige faktorer i risikostyring og sikkerhed. Værket har bidraget til at udvide perspektivet på patientsikkerhed til også at inkludere arbejdsmiljø, organisatorisk støtte og ledelsesstrategier, som er essentielle for at sikre, at sundhedspersonalet kan agere korrekt under pres.

Hovedbudskab: Analyserer menneskelige faktorer og ikke-tekniske færdigheder (som beslutningstagning, teamwork og kommunikation) i komplekse systemer.

Betydning: Bringer læring fra højrisikobrancher som luftfart til sundhedsområdet og understreger menneskets rolle i sikkerhedsforbedringer.

Nøglebegreber: Human factors, Ikke-tekniske færdigheder. Teamwork og beslutningstagning

Praktiske implikationer: Anvendes til træning af sundhedspersonale i sikker adfærd. Bidrager til udvikling af mere sikre systemer ved at adressere menneskelige begrænsninger.

15) U.S. Department of Veteran Affairs (2001): Root Cause Analysis Tool

Baggrund: U.S. Department of Veteran Affairs' Root Cause Analysis Tool har haft en væsentlig betydning for udviklingen af patientsikkerhedsarbejdet i Danmark ved at introducere et systematisk værktøj til årsagsanalyse, som har været centralt i arbejdet med at forstå og forebygge utilsigtede hændelser. Root Cause Analysis (RCA) er blevet et standardværktøj, der anvendes til at identificere de grundlæggende årsager til fejl og dermed muliggøre udviklingen af effektive forbedringstiltag.

Hovedbudskab: Hovedbudskabet i teksten er, at patientsikkerhed bedst opnås gennem systematiske og proaktive metoder, der fokuserer på design og systemfejl frem for individuel skyld.

Betydning: Fokus på at identificere og afhjælpe systemfejl før de fører til skader.

Nøglebegreber: Høj-pålidelige organisationer (HRO), Human Factors Engineering (HFE) Root Cause Analysis (RCA). Standardisering og robusthed, Just culture (retfærdig kultur)

Praktiske implikationer: Anvend tjeklister og standardiserede procedurer, Skab trænings- og simuleringsprogrammer, Fremme kommunikation og samarbejde, Implementér sikkerhedsdesign, Gør brug af RCA-systemer, opbyg en retfærdig kultur

FREMTIDIGT PERSPEKTIV

16) Erik Hollnagel (2014): Safety-I and Safety-II

Baggrund: Erik Hollnagel's Safety-I and Safety-II har haft en markant indflydelse på udviklingen af patientsikkerhedsarbejde og kultur i Danmark ved at introducere to komplementære perspektiver på sikkerhed: Safety-I, som fokuserer på at undgå fejl, og Safety-II, som understreger vigtigheden af at forstå og fremme de faktorer, der gør, at systemer fungerer godt.

Hovedbudskab: Skift fra at fokusere på at forhindre fejl (Safety-I) til at fremme, hvad der går godt (Safety-II).

Betydning: Omsætter sikkerhedstænkning til en fremtidsrettet tilgang, der fokuserer på succesfuld praksis frem for blot fejlforebyggelse.

Nøglebegreber: Safety-I, Safety-II, systemresiliens

Praktiske implikationer: Skift fra fejlforebyggelse til læring af succesfuld praksis for at skabe et robust system.

17) **Dean Sittig & Hardeep Singh (2015): Health IT Safety Framework**

Baggrund: Dean Sittig og Hardeep Singh's Health IT Safety Framework har haft en væsentlig betydning for udviklingen af patientsikkerhed i Danmark ved at sætte fokus på sikkerhed i forbindelse med implementering og brug af sundheds-IT. Modellen har betydet øget fokus på, at IT-løsninger ikke blot handler om tekniske forbedringer, men også om organisatoriske arbejdsgange, brugeradfærd og risikostyring.

Hovedbudskab: IT-systemer kan både forbedre eller skabe nye sikkerhedsrisici. Rammer for evaluering af IT's rolle i sikkerheden præsenteres.

Betydning: Adresserer teknologiske risici og bidrager med en metodologi for sikker implementering af sundheds-IT.

Nøglebegreber: Teknologisikkerhed, risikovurdering, interoperabilitet

Praktiske implikationer: Bedre design og evaluering af digitale løsninger for at undgå teknologisk skabte fejl. Fokus på organisatorisk læring og en omfattende 360-graders vurdering af IT-sikkerhed, der involverer leverandører, forbedring af måleværktøjer og strategier samt et delt ansvar for at identificere problemer og implementere løsninger.

18) **IOM (2015): Improving Diagnosis in Health Care**

Baggrund: Denne rapport satte globalt fokus på diagnostiske fejl som en kritisk udfordring for patientsikkerheden og understregede nødvendigheden af en systematisk tilgang til forbedring af diagnostik. I Danmark har rapportens anbefalinger påvirket flere initiativer bla PS fokus på diagnostisk sikkerhed som en del af det bredere patientsikkerhedsarbejde.

Hovedbudskab: Diagnostiske fejl er en overset trussel mod patientsikkerheden, og forbedringer kræver bedre kommunikation og systematisk læring.

Betydning: Styrker fokus på diagnostiske fejl, en kritisk, men ofte overset kilde til patientskade.

Nøglebegreber: Diagnostiske fejl, tværfaglighed, kommunikation

Praktiske implikationer: Skabelse af bedre samarbejde mellem specialister og forbedret diagnostisk beslutningstagning.

19) **Lucian Leape Institute (2017): Leading a Culture of Safety**

Baggrund: Leading a Culture of Safety har haft en væsentlig indflydelse på udviklingen af patientsikkerhedskultur i Danmark, særligt i forhold til ledelsens rolle i at skabe en stærk sikkerhedskultur. I Danmark har den bidraget til et skifte mod mere systematisk arbejde med sikkerhedskultur, psykologisk tryghed og tværsektoriel læring.

Hovedbudskab: Fremhæver ledelsens rolle i at fremme en kultur, hvor sikkerhed prioriteres højt.

Betydning: Understreger lederskabets rolle i at skabe og opretholde en kultur, hvor patientsikkerhed er central.

Nøglebegreber: Lederskab, sikkerhedskultur, organisatorisk ansvar

Praktiske implikationer: Uddannelse af ledere til at prioritere og støtte sikkerhed som en kerneværdi.
Introducerer 6 lederdomæner

20) **OECD (2017): The Economics of Patient Safety**

Baggrund: OECD-rapporten har bidraget til et skift i Danmark mod at se patientsikkerhed som en investering med økonomiske gevinster. Dette har ført til større fokus på forebyggelse, målrettede investeringer i teknologi og et stærkere økonomisk argument for patientsikkerhedsinitiativer.

Hovedbudskab: Patientsikkerhed er en økonomisk nødvendighed, ikke kun et moralsk imperativ, og kræver strategiske investeringer.

Betydning: Påviser, at investeringer i sikkerhed giver økonomisk og menneskelig værdi, hvilket styrker politisk støtte til sikkerhedsinitiativer.

Nøglebegreber: Økonomisk analyse, værdibaseret sundhedspleje

Praktiske implikationer: Politikker, der retfærdiggør investeringer i sikkerhed baseret på omkostningseffektivitet.

21) **15. IHI (2017): A Framework for Safe, Reliable and Effective Care**

Baggrund: A Framework for Safe, Reliable and Effective Care har haft en betydelig indflydelse på udviklingen af patientsikkerhedsarbejde i Danmark, især ved at skabe en struktureret tilgang til at opbygge sikre og pålidelige sundhedssystemer. Det har forstærket fokus på sikkerhedskultur, datadrevet læring og ledelsens rolle i at opretholde en sikkerhedsfokuseret organisation.

Hovedbudskaber: Fokus på at minimere risikoen for fejl, skade eller uønskede hændelser for patienter. Det handler om at skabe konsistente systemer og procedurer, der prioriterer patienternes sikkerhed på tværs af tid, steder og personale. Behandlingen skal være baseret på evidens og opnå det bedste resultat for patienterne, uden spild af ressourcer.

Betydning: Denne tilgang er essentiel for at opbygge tillid hos patienter og skabe et sundhedsvæsen, der leverer de bedste mulige resultater for både patienter og samfund

Nøglebegreber: Patientcentreret tilgang. Kvalitetssikring, fejlhåndtering og læring, resurseoptimering

Praktiske implikationer: Brug af teknologi som elektroniske patientjournaler for at reducere fejl og forbedre kontinuiteten i plejen. Træning og uddannelse af sundhedspersonale i bedste praksis og evidensbaserede metoder. Implementering af sikkerhedsprocedurer som dobbelttjek af medicin eller kirurgiske tjeklister. Løbende monitorering og evaluering af resultater for at sikre forbedringer og pålidelighed

22) **Amy Edmondson (2018): The Fearless Organization**

Baggrund: The Fearless Organization har haft en væsentlig indflydelse på udviklingen af sikkerhedskultur i det danske sundhedsvæsen, særligt i relation til psykologisk tryghed og åbenhed omkring fejl. Værket har styrket forståelsen af, hvordan en tryk arbejdspladskultur fremmer læring, innovation og patientsikkerhed.

Hovedbudskab: Psykologisk sikkerhed i teams fremmer læring og fejlrapportering, hvilket er essentielt for patientsikkerhed.

Betydning: Introducerer psykologisk sikkerhed som en forudsætning for åben kommunikation og læring fra fejl.

Nøglebegreber: Psykologisk sikkerhed, læringskultur, innovation

Praktiske implikationer: Skabelse af miljøer, hvor medarbejdere føler sig trygge ved at dele fejl og ideer.

23) **Nancy Leveson (2020): Safety III**

Baggrund: Safety III markerer en videreudvikling af sikkerhedstænkning, der bygger videre på Safety-I og Safety-II. Tilgangen fokuserer på komplekse systemer og forebyggelse af utilsigtede hændelser gennem systematisk design og kontrol frem for individuel adfærd. Levesons Safety III-tilgang har skærpet den danske forståelse af, at patientsikkerhed ikke blot handler om at undgå fejl, men om at designe robuste systemer, der forebygger fejl, før de opstår.

Hovedbudskab: En systemtilgang til sikkerhed understreger kontrol og resiliens i komplekse systemer.

Betydning: Udvider sikkerhedstænkning med et fokus på kontrol og resiliens i komplekse systemer.

Nøglebegreber: Systemsikkerhed, kontrol, adaptiv kapacitet

Praktiske implikationer: Udvikling af kontrolsystemer, der kan tilpasses skiftende risici i komplekse miljøer.

24) **WHO (2021): Global Safety Action Plan**

Baggrund: Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 har indflydelse på udviklingen af patientsikkerhedsarbejde i Danmark, idet den sætter en international ramme for patientsikkerhed.

Hovedbudskab: En global handlingsplan for patientsikkerhed med mål for forbedringer frem mod 2030.

Betydning: Etablerer globale mål og strategier for forbedring af patientsikkerhed frem mod 2030, hvilket styrker internationalt samarbejde og politisk handling.

Nøglebegreber: Global strategi, nationale sikkerhedsprogrammer

Praktiske implikationer: Udvikling af nationale handlingsplaner og styrket international koordinering for bedre patientsikkerhed.

Afsluttende bemærkninger

Disse værker repræsenterer nogle af de vigtigste bidrag til forståelsen af patientsikkerhed og risikostyring. De giver en teoretisk og praktisk ramme for arbejdet med at forbedre patientsikkerheden gennem organisatorisk læring, systemtilgange og en stærk sikkerhedskultur. Dette kompendium bør ses som en guide til fortsat refleksion og anvendelse af de centrale principper i daglig praksis.