

UTH-systemet i fremtidens sund- hedsvæsen

Opsummering af workshop afholdt på
Patientsikkerhedskonferencen den 8. april 2025

PS!

Udgivet af:
Dansk Selskab for Patientsikkerhed
c/o Frederiksberg Hospital
Vej 8, indgang 1, 1 sal
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg

PS!

Indhold

1. Indhold	2
2. Baggrund	3
3. Hvordan forløb workshoppen?	3
4. Hvordan er resultaterne opgjort?	4
5. Det hurtige overblik	5
1. Ledelse som bærende kraft for læring.....	5
2. Patienter og pårørende som medskabere af læring	5
3. Datadreven læring og teknologisk understøttelse	5
4. Tværsektoriel og fælles læringsinfrastruktur	5
5. Systematisk og nærværende læringskultur	6
6. Hvis man vil dykke lidt længere ned i arbejdet.....	6
Kritikfasen:	6
Resultaterne af kritikfasen	7
Hovedpointer fra kritikfasen	8
Utopifasen.....	9
Resultaterne af utopifasen.....	9
Hovedpointer fra utopifasens drømmescenarier.....	10
Realitetsfasen	11
Resultaterne for Realitetsfasen	12
7. Bilag	21
Bilag 1: Kort om fremtidsværkstedet som metode.....	22
Bilag 2: PowerPoint præsentation anvendt ved workshop 5A _ Fremtidens UTH.....	24

Baggrund

På Patientsikkerhedskonferencen 2025 blev der afholdt en halvdagsworkshop med fokus på UTH-systemet i fremtidens sundhedsvæsen. På i alt 2 timer og 45 minutter arbejdede 70 workshopdeltagere med at sætte ord på ønskerne til fremtidens arbejde med UTH-systemet.

Workshoppen blev afholdt som et fremtidsværksted, hvor der var rig mulighed for, at deltagerne kunne interagere og arbejde meget konkret sammen med kolleger på tværs af både faggrænser og sektorer.

Fremtidsværkstedet som metode indebærer, at man først opholder sig kortvarigt ved, hvad der ikke virkede ved den gamle måde at bruge UTH-systemet på. Derefter arbejder man med en "utopisk fase", hvor man frit leger med tankerne om, hvad man ville gøre, hvis ALT var muligt. Til slut lander man i virkeligheden igen og sætter fokus på de ting, som man, realistisk set, vil kunne tage med sig ind i det fremtidige arbejde med UTH-systemet. Se mere om fremtidsværkstedet som metode i bilag 1.

Workshoppen blev ledet af Louise Rabøl, centerchef, Psykiatrisk Center Amager, Lise Valentin Bayer, direktør for Børn, Sundhed & Velfærd, Albertslund Kommune og Dorthe V. Tomsen, projektchef fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Hvordan forløb workshoppen?

Ved workshoppens start blev deltagerne delt op i 6 grupper, som hver kørte et fremtidsværksted.

Louise og Lise gav et kort oplæg om det fremtidige sundhedsvæsen med øget fokus på sammenhæng og på det nære sundhedsvæsen (bilag 2). Herefter blev formålet med dagens arbejde trukket op.

Fremtidsværkstedets formål

- Målet med dette fremtidsværksted er at generere reelle forslag til **hvordan UTH-systemet kan understøtte læring i fremtidens sundhedsvæsen**, så det bliver både mere nært, mere sikkert og mere effektivt.
- Forslagene kan være på flere niveauer;
 - Lokale (internt i kommune eller region (hospital))
 - På tværs af regioner og kommuner
 - På kryds og tværs i sundhedsrådene
 - Nationale

Hvordan er resultaterne opgjort?

I designet af workshoppen blev det valgt, at alle deltagere skulle skrive deres egne input op på en post-it, som derefter blev delt med gruppen i de forskellige faser af fremtidsværkstedet. På den måde dannede arbejdet i workshoppen et unikt datagrundlag, som fanger den enkelte deltagers input, samtidig med at arbejdet i de seks grupper blev reflekteret i de oversigter, som den enkelte gruppe lavede over deres samlede input for hver fase.

Alle individuelle input er blevet transskriberet, og for hver af de seks grupper er gruppens samlede input fra hver af de tre faser blevet samlet i et dokument. Arbejdet er analyseret og opsummeret for hver enkelt gruppe. Resultaterne er samlet i denne afrapportering.



Det hurtige overblik

De seks fremtidsværksteder har bidraget med et meget væsentligt materiale, som giver et værdifuldt input til fremtidens arbejde med en aktiv læringskultur omkring de utilsigtede hændelser. De overordnede temaer for arbejdet med UTH'er i fremtidens sundhedsvæsen, der blev adresseret på tværs af de seks grupper, er opgjort herunder.

1. Ledelse som bærende kraft for læring

En entydig fællesnævner er, at aktiv, dedikeret og synlig ledelse er afgørende for, at UTH-arbejdet kan skabe reel læring og forandring. Ledelsen skal:

- sætte UTH på dagsordenen og sikre ressourcer og tid til sagsbehandling og læring
- deltage aktivt i læringsaktiviteter, fx via briefingmøder, ledermøder og feedbackprocesser
- arbejde med kulturforandring, hvor fokus flyttes fra skyld og fejl til forbedring og læring
- skabe klare rammer og forventningsafstemning omkring roller og mandat for PSK og lokale nøglepersoner.

2. Patienter og pårørende som medskabere af læring

Flere grupper peger på, at patienter og pårørende ikke blot skal inddrages som informanter, men som aktive medskabere i UTH-arbejdet:

- Brugervenlige rapporteringsløsninger målrettet borgere.
- Mulighed for feedback og kommunikation via systemet.
- Inddragelse i udvikling af database og læringsplatforme.
- Åbenhed og gennemsigtighed om læringspunkter og tendenser.

3. Datadreven læring og teknologisk understøttelse

Der er bred enighed om, at fremtidens system skal være databaseret, intuitivt og understøttet af AI:

- Automatisk mønstergenkendelse og analyser, som understøtter læring frem for blot registrering.
- Brugervenlige dashboards, der viser trends, top-UTH og læringsindsatser.
- Integration med eksisterende systemer som journalsystemer og BI-løsninger.
- API-adgang og mulighed for lokal og sektorspecifik tilpasning af data.

4. Tværsektoriel og fælles læringsinfrastruktur

Sundhedsvæsenet har brug for et fælles og sammenhængende system, der muliggør læring på tværs af regioner, kommuner og private aktører:

- Et fælles IT-system, hvor man kan trække data og analysere på tværs.
- Deling af UTH, mønstre og forbedringstiltag gennem fælles læringsplatforme.
- Læringskonferencer, casemøder og dialogmøder med deltagere fra hele sundhedsvæsenet.
- Lovgivning og datasikkerhed skal understøtte, ikke bremse, samarbejde og læring.

5. Systematisk og nærværende læringskultur

Grupperne ønsker et skifte fra ad hoc-indsatser til en proaktiv og vedvarende læringskultur:

- Feedback til hver enkelt rapportør – både personale og patienter.
- Faste rammer for, hvad der sker efter dialogen – og hvordan læring deles.
- Uddannelse af læringsagenter og struktureret træning i samtale og refleksion.
- Brug af konstruktive samtaleværktøjer og kvalitative metoder i analysearbejdet.

6 anbefalinger til fremtidens UTH-system

Samlet set giver workshoppen seks nøgleanbefalinger til fremtiden:

1. Byg ét fælles UTH-system med brugervenlig indberetning, læringsfunktioner og datavisualisering – tilpasset forskellige sektorer.
2. Styrk ledelsesansvaret ved at forpligte lederne til aktiv deltagelse og prioritering af læringsarbejdet.
3. Inddrag patienter og pårørende fra start – i både rapportering, analyse og design af nye løsninger.
4. Udnyt AI og datateknologi til at skabe meningsfuld læring, automatisk mønstergenkendelse og sektoroverblik.
5. Etablér en fælles læringsinfrastruktur, fx via nationale læringsplatforme, casemøder og læringskonferencer.
6. Gør læringskultur konkret og praksisnær med værktøjer, strukturer og tid til refleksion og dialog i hverdagen.

Hvis man vil dykke lidt længere ned i arbejdet

Kritikfasen:

Rammen for kritikfasen er beskrevet i sliden herunder:

Kritikfasen

- Skriv din kritik af den måde vi forvalter den nuværende ordning på post-its (5 min)
- Gruppen præsenterer kritikken for hinanden og samler samler den rejste kritik i relevante emner.
- Hvis det du har skrevet (eller noget der er tæt på), så hænger du din post-it, ved siden af det første udsagn
- Emnerne opsummeres på en flip (5 min)
- Kritikfasen stopper kl. 10.20

Resultaterne af kritikfasen

Resultaterne af kritikfasen viste sig at være relativt ens på tværs af de seks grupper.

Herunder er gengivet en sammenfattende liste over de identificerede problemer og udfordringer med det nuværende arbejde med UTH-systemet.

1. System og teknologi (DPSD og relaterede IT-systemer)

- **Ikke brugervenligt og forældet system:**
 - Systemet er langsomt, teknisk ustabil og lukker ned utilsigtet.
 - Brugerfladen opleves som uoverskuelig og ufleksibel – især for sjældne brugere.
- **Mangelfuld funktionalitet:**
 - Dårlig søgefunktion, vanskeligt at danne overblik og udtrække brugbare rapporter.
 - Manglende funktioner til prioritering, strukturering og sagsbehandling direkte i systemet.
- **Datatilgængelighed og deling:**
 - Adgang til data er begrænset – både internt og på tværs af sektorer.
 - Juridiske fortolkninger forhindrer deling og udtræk – læring forbliver lokalt.
- **Dårlig datakvalitet og kategorisering:**
 - Uhensigtsmæssige kategorier og for mange irrelevante hændelser skaber "datastøj".
 - Ufleksibel anonymisering forhindrer meningsfuld tværgående analyse.
- **Ingen integrerede dashboards eller overbliksværktøjer.**

2. Tværsektorielt samarbejde og sagsbehandling

- **Begrænsede muligheder for samarbejde og vidensdeling:**
 - Der er få eller ingen fælles strukturer for dataudveksling mellem regioner, kommuner og private aktører.
 - Juridiske og tekniske barrierer hindrer fælles læring og sagsopfølgning.
- **Almen praksis og private leverandører er ofte udeladt**, hvilket forhindrer helhedsorienteret læring.
- **Manglende systematik i overgange** mellem sektorer, hvilket skaber risiko for fejl og dårlige vilkår for læring på tværs.

3. Organisatoriske forhold og ledelseskultur

- **Manglende ressourcer og ledelsesfokus på patientsikkerhedsarbejdet:**
 - Tid og personale til UTH-arbejde er begrænsede.
 - Ledelse prioriterer ikke systematisk læring og feedback i tilstrækkelig grad.
- **Fravær af struktureret læring og opfølgning:**
 - Der er ikke en tydelig kobling mellem indberetninger og læring.
 - Feedback er sporadisk og ofte fraværende – især over for patienter og personale.
- **Fokus på fejl frem for læring og udvikling:**
 - Kulturen er præget af reaktivt arbejde og ris/ros-tænkning frem for læringsfokus og proaktive forbedringer.

4. Patienter og pårørende

- **Lav kendskabsgrad til rapporteringsmuligheder:**
 - Mange patienter og pårørende kender ikke til UTH-systemet og vælger i stedet klagevejen.
- **Mangel på respons og involvering:**
 - Patienter får sjældent tilbagemelding og er ikke involveret i forbedringsarbejdet.



Hovedpointer fra kritikfasen

Resultaterne fra kritikfasen viser, at UTH-systemet i sin nuværende form er præget af udtalte tekniske, organisatoriske og kulturelle udfordringer. Det digitale system (Dansk Patientsikkerhedsdatabase, DPSD) opleves som forældet, ikke brugervenligt og teknisk ustabil. Brugergænsefladen og funktionaliteten understøtter i ringe grad det egentlige formål med systemet: læring og forebyggelse. Mulighederne for dataudtræk, søgning og analyse er begrænsede og kræver ofte specialiserede IT-kompetencer, hvilket gør det svært at anvende systemet i det daglige arbejde – især for frontpersonale og mindre erfarne brugere.

På tværs af sektorer er der store barrierer for samarbejde og fælles læring. Juridiske fortolkninger og tekniske begrænsninger hæmmer dataudveksling, hvilket betyder, at utilsigtede hændelser ofte forbliver lokalt forankrede og sjældent danner grundlag for bred læring. Almen praksis og private aktører er ofte ikke en del af systemet, hvilket skaber blinde vinkler i det samlede patientsikkerhedsarbejde.

Organisatorisk er der mangel på tid, ressourcer og ledelsesinvolvering i UTH-arbejdet. Læring sker typisk kun i forbindelse med alvorlige hændelser, mens mindre hændelser lukker uden reel opfølgning. Kulturen opleves af deltagerne som reaktiv og præget af fejlfindingslogik snarere end læring og forbedring.

Endelig er patienter og pårørende ofte utilstrækkeligt inddraget – både i selve rapporteringen og i de efterfølgende læringsprocesser. Systemet fremstår lukket og utilgængeligt for dem, det i sidste ende skal tjene.

Utopifasen

Rammerne for utopifasen er beskrevet i sliden herunder.

Utopifasen (10.45 – 11.05)

- I Utopifasen er *ALT* tilladt.
- Skriv alt hvad du kan drømme om, på post-its (5 min.)
- **Del jeres drømme!** Den eneste regel er, at man ikke må skyde hinandens ideer ned ... Man må gerne bygge videre på en kollegas udsagn, men altid kun for at gøre ideen *endnu* federe ... (15 min.)
- Drømmene opsummeres på en flip
- Utopifasen slutter kl. 11.05

Dansk Selskab for
PatientSikkerhed **PS!**

Resultaterne af utopifasen

Resultaterne af utopifasen viste sig også at være relativt ens på tværs af de seks grupper.

Herunder er gengivet en sammenfattende liste over de drømme, ønsker og visioner, som deltagerne har for det fremtidige arbejde med UTH-systemet.

1. Et nyt, intuitivt og tværgående IT-system

- Ét fælles og brugervenligt system for hele sundhedsvæsenet, der kan bruges på tværs af sektorer og aktører.
- Systemet skal være intelligent og interaktivt – ikke kun et arkiv, men et aktivt arbejdsredskab.
- Funktioner, der ønskes inkluderet:
 - AI-understøttelse til mønstergenkendelse, analyse og forslag til forbedringer.
 - Mulighed for diagnose- og kontekstbaseret søgning.
 - Brugervenlig rapportering for både fagpersonale, patienter og pårørende.
 - Automatisk feedback til indberetter.
 - Benchmarking og deling af data, viden og læring.
 - Mulighed for at inkludere positive hændelser og eksempler på robusthed.
 - Bedre integration med journalsystemer og medicoteknisk udstyr.

2. Tværgående samarbejde og ny lovgivningsramme

- Nye lovgivningsmæssige rammer, der fremmer læring på tværs (ikke begrænser den).

- Tydelige og smidige regler for dataadgang, ejerskab og aktindsigt.
- Private aktører skal have adgang og mulighed for deltagelse i læring af hændelser.
- Særlige indsatser ved sektorovergange, så der bliver mulighed for at følge patienternes forløb på tværs af sektorer.
- Obligatorisk deltagelse i analyser med identificeret læringspotentiale.

3. Organisatorisk forankret læring og ledelse

- Ledelse skal være proaktivt involveret i læring – ikke kun formelt ansvarlig.
- Obligatorisk lederuddannelse i patientsikkerhed og det lærende sundhedsvæsen.
- Lokale analyser og læringsaktiviteter skal være obligatoriske og systematiske.
- Fokus på læring uden sanktioner – understøttet af automatiserede rapporter til ledere.
- Brug af SSA-elever, studerende og patienter i udviklingsarbejde.

4. Læringskultur, åbenhed og vidensdeling

- En kultur, hvor fokus reelt flyttes fra fejl til forbedring.
- Åbenhed og transparens om hændelser og læring internt og eksternt.
- Deling af erfaringer og løsninger gennem:
 - En national digital læringsplatform.
 - Fora og konferencer med fokus på UTH og læring heraf.
 - Idébank med løsninger på typiske problemtyper.
 - Deling af læring på tværs af organisatoriske enheder

5. Data, analyse og tilgængelighed

- AI til mønstergenkendelse, skabelonforbedring og risikovurdering.
- Mulighed for at kode hændelser ift. patientforløb og sted.
- Visuelle dashboards og tidsnære data, tilpasset brugerens behov.
- Plug-in til journalsystem til automatisk identificering af mulige UTH'er.
- System skal også støtte brugere med lav digital literacy.

Hovedpointer fra utopifasens drømmescenarier

I utopifasen tegner deltagerne et klart billede af en drøm om et fremtidigt UTH-system, hvor læring, transparens og teknologi går hånd i hånd. Systemet er ikke blot en database, men et dynamisk værktøj, der understøtter daglig praksis, ledelse og udvikling. Det er let at bruge, let at lære af – og designet med både professionelle og patienter i centrum.

Drømmen er et fælles, nationalt system, der forener alle aktører i sundhedsvæsenet – offentlige såvel som private – og som giver mening i en klinisk hverdag. Det understøtter proaktiv læring, inddrager patienter og pårørende som vigtige kilder til indsigt og tilbyder automatisk feedback, analyser og konkrete forbedringsforslag. Systemet er fleksibelt, sikkert og transparent – og det kan tilpasses lokalt uden at gå på kompromis med det nationale overblik.

Læring skal være systematisk, tilbagevendende og synlig. Analysearbejdet skal være understøttet af AI og gode data, og juridiske rammer skal fremme – ikke hindre – læring og samarbejde. Kulturændringen skal være lige så ambitiøs som den tekniske: Fokus skal væk fra skyld og fejl og hen mod indsigt, forbedring og fælles ansvar.



Realitetsfasen

Rammerne for realitetsfasen er beskrevet i sliden herunder.

Realitetsfasen (11.10 – 11.40)

- Hver gruppe vælger ét tema fra utopifasen, der reelt kan arbejdes videre med i virkeligheden.
- **Hvad skal der til, for at det I drømmer om, kan blive til virkelighed – Skriv dine forslag på post-its (5 min)**
- Gruppen præsenterer forslagene for hinanden og samler de forskellige forslag i relevante emner. (15. min)
- Emnerne opsummeres på en flip-over og kategoriseres (5. min)

Kategorier af forslag til fremtidens UTH-system

1. Hvad kan man selv gå hjem og gøre anderledes?

JUST DO IT

2. Hvad kan man selv igangsætte på tværs?

3. Hvad vil vi give videre til andre?

- Sundhedsrådene

- Kvalitetsinstituttet

Dansk Selskab for
PatientSIkkerhed **PSI**

Resultaterne for Realitetsfasen

I realitetsfasen valgte hver gruppe et emneområde, som de ville arbejde videre med. Derfor kan resultaterne fra gruppernes arbejde kun meningsfuldt sammenfattes for hver gruppe for sig.

Gruppe 1

Gruppe 1 præsenterede en række konkrete og systemiske forslag, som har det til fælles, at de retter sig mod et mere integreret, læringsbaseret og transparent UTH-system, hvor deling, feedback og fælles analyse udgør kernen i et forbedret patientsikkerhedsarbejde.

Et centralt ønske er muligheden for at trække rapporter og data på tværs af sektorer, regioner og aktører, herunder kommuner, sygehuse, praktiserende læger og private leverandører. Forslaget om et fælles system med ensartet datatilgang understøtter visionen om et reelt sammenhængende sundhedsvæsen, hvor læring og indsigt ikke stopper ved sektorgrænser. Især i tilfælde af alvorlige utilsigtede hændelser (UTH) peger gruppen på behovet for fuld indsigt i hele patientforløbet på tværs af sektorer. Dette skal danne grundlag for fælles analyser og systematiske læringsindsatser, hvor læring ikke forbliver lokal, men deles og diskuteres nationalt.

Gruppe 1 insisterer på, at UTH-arbejdet skal forstås og anvendes som et læringsredskab. Det indebærer, at deling af læring skal være systematisk og obligatorisk, og at der skabes strukturer for feedback til alle rapportører – både patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle.

Forslaget om fælles læringskonferencer og tværsektorielle kompetenceudviklingsforløb ("fælles skolebænk for UTH") illustrerer et ønske om at gøre læringsdelen af UTH-arbejdet til en fast forankret, kollektiv praksis. UTH bliver dermed ikke kun et organisatorisk ansvar, men også et fælles fagligt og etisk projekt.

Et vigtigt princip i gruppens forslag er involvering af patienter og pårørende i både analyse og læring. Ikke blot som rapportører, men som medskabere af viden. Der ønskes fuld gennemsigtighed i forløbene og en systematisk tilbagemelding til den, der har rapporteret en hændelse – uanset om det er en patient eller en ansat.

Dette perspektiv fremmer en åben læringskultur, hvor patienter og borgere bliver anerkendt som centrale aktører i sundhedsvæsenets forbedringsarbejde.

Flere forslag handler om at skabe tid og rammer til at arbejde med UTH'er i praksis – både ift. at gennemgå arbejdsgange og at identificere mønstre i hændelser over tid. Der peges på behovet for at samle og analysere hændelser i udbyggede formater, der gør det muligt at få øje på sammenhænge og dybere årsager. Dette forslag adresserer et generelt behov for at løfte UTH-arbejdet op over enkeltstående og ind i en strategisk læringsramme, hvor data oversættes til praksisnær viden og forbedringer.

Gruppe 1 foreslår at forankre patientsikkerhed i både grund- og videreuddannelser – en vigtig brik i at sikre, at UTH ikke opleves som en administrativ byrde, men som en meningsfuld og lærerig praksis. Det skal sikre, at kommende generationer af sundhedsprofessionelle møder UTH med faglig nysgerrighed og refleksion frem for frygt og modstand.



Gruppe 2

Gruppe 2 rettede i deres input en klar opmærksomhed mod dialog og fælles refleksion som det bærende element i fremtidens UTH-arbejde. Frem for at betragte utilsigtede hændelser som administrative indberetninger ønsker gruppen at udvikle en kultur og praksis, hvor læring opstår i samtalen mellem mennesker – på tværs af faggrænser, sektorer og roller.

Et gennemgående tema er behovet for systematiske og faciliterede dialoger omkring UTH'er. Det foreslås, at sundhedsvæsenet på tværs skal indføre:

- Dialogmøder i risikoområder, hvor hændelser og mønstre drøftes åbent.
- Samtaleværktøjer som ISBAR eller debriefing-modeller, der strukturerer refleksion.
- En fælles samtaleguide og nationale koncepter, der sikrer, at dialogen har fokus på læring – ikke skyld.

Ved at definere faste rammer for, *hvad der sker efter samtalen*, sikres det, at refleksion ikke forbliver individuel, men omsættes til organisatorisk læring.

Gruppe 2 peger også på behovet for at ændre strukturer og retningslinjer, så dialog og læring bliver en integreret del af UTH-systemet:

- Der foreslås nye procedurer og omorganisering af arbejdet for at indlejre læringsdialoger i hverdagen.
- Inddragelse af alle relevante aktører – også tværsektorielt – skal gøres til en fast del af analysearbejdet.
- Lovgivningsmæssig mulighed for mundtlig rapportering nævnes som et redskab til at lette og styrke den uformelle, lokale læring.

Der argumenteres desuden for, at der skal være klare adgangsreguleringer til analyse og opfølgning, så ansvar og roller tydeliggøres.

For at fremme en læringskultur, hvor der tales åbent og konstruktivt om UTH'er, foreslås en række initiativer:

- Uddannelse og støtte til sundhedspersonale, så de føler sig klædt på til at tale om fejl.
- Flere risikomanagere (måske benævnt som UTH- og læringsagenter) lokalt, som kan fungere som samtalepartnere og procesledere.
- Ledelsesunderstøttelse nævnes som afgørende for at sikre, at dialoger følges op og omsættes til handling.

Derudover foreslås, at patienter, presse og politikere engageres i lobbyarbejde for en mere åben kultur, hvor læring er vigtigere end placering af skyld.

Gruppen foreslår, at samtaler om UTH og klager optages og behandles af AI, som kan:

- trække mønstre ud
- foreslå læringspunkter
- give forslag til, hvordan indsigten kan deles.

Det er vigtigt at bemærke, at AI ikke foreslås som erstatning for den menneskelige refleksion, men som et redskab til at konkretisere og systematisere læring ud fra de samtaler, der foregår.

Gruppe 2's forslag bygger en vision op om et UTH-system, hvor menneskelig dialog, åbenhed og faglig refleksion står i centrum. Systemet skal ikke kun understøtte, men også *kræve* samtaler om fejl, hændelser og forbedringsmuligheder – i hverdagen, i tværfaglige fora og i mødet med patienter og pårørende.

De ønsker:

- En fælles samtalekultur med redskaber, rutiner og uddannelse.
- En lovgivning og systemstruktur, der muliggør og fremmer mundtlig, lokal læring.
- Brug af teknologi og AI som hjælp til at fastholde, analysere og dele dialogbaseret indsigt.
- En stærk feedbackkultur og ledelsesopbakning, hvor refleksion bliver til forbedring.

Gruppe 2 peger dermed på, at fremtidens UTH-system ikke kun handler om data og tekniske løsninger, men i lige så høj grad om menneskelig interaktion og organisatorisk kultur. De ser dialogen som selve nøglen til et sammenhængende og lærende sundhedsvæsen.



Gruppe 3

Gruppe 3's input retter et stærkt fokus mod datadrevet udvikling og nødvendigheden af at skabe et moderne, brugervenligt og teknologisk intelligent system, der understøtter både rapportering, analyse og læring. Gruppen ser data ikke blot som noget, der skal *samles*, men som noget, der aktivt skal *omsættes til indsigt og handling* – og det kræver nytænkning på flere niveauer.

Et centralt tema i gruppens forslag er behovet for at forenkle og automatisere indrapportering af utilsigtede hændelser. Det nuværende system opleves som tungt og teknisk forældet. Gruppen foreslår derfor:

- Automatiseret dataflow fra journalsystemer og EPJ-systemer, så rapportering kan ske uden gentagelse eller dobbeltindtastning.
- Anvendelse af AI til at hente relevante hændelser eller mønstre fra fx patientklager, journalnoter og erstatningssager.
- Et system med lækkert, intuitivt design, så det bliver let for både klinikere og patienter at bidrage med data.

Denne tilgang anerkender, at brugervenlighed og automatisering er afgørende, hvis rapporteringsgraden og datakvaliteten skal øges – især i en travl klinisk hverdag.

Gruppen ønsker at bevæge sig fra simpel dataregistrering til intelligent dataanalyse. Det foreslås blandt andet, at:

- AI og avanceret software skal finde mønstre og give forslag til tendenser og risikoområder
- systemet skal kunne undersøge og analysere selve sagsbehandlingsprocessen, så der skabes læring ikke kun om hændelserne, men også om håndteringen
- input og output skal være gennemsigtige, så man kan følge, hvordan rapporter fører til konkrete resultater.

Der er ønske om et tillidsskabende, transparent system, der ikke kun understøtter, men også driver læring.

I forhold til output peger gruppen på behovet for bedre visualisering og styrket adgang til data:

- Et dashboard, der kan tilpasses individuelt og integreres med eksisterende BI-løsninger (fx i regioner eller kommuner).
- Mulighed for at udstille trends både lokalt og nationalt, fx til sundhedsråd eller ledelsesfora.

Dette peger på behovet for et system, der er fleksibelt, teknisk åbent og tilpasningsdygtigt, så det kan bruges forskelligt afhængigt af sektor, funktion og niveau.

Et vigtigt aspekt i gruppens forslag handler om at bryde med den lukkede karakter af det nuværende UTH-system og gøre læringen mere synlig og fælles:

- Synlige opgørelser over de mest rapporterede UTH'er skaber overblik og prioriteringsgrundlag.
- Månedlige rapporter med læringspointer, delt bredt og anonymt, sikrer vidensdeling.
- At alle sagsbehandlere kan læse med på alle UTH'er styrker både koordinering og tværgående refleksion.

Dette understøtter idéen om, at data ikke kun er til analyse – men til handling og kulturforandring, hvor man lærer af hinanden i realtid.

Afslutningsvist fremhæver gruppen behovet for et helt nyt system, designet til de faktiske behov i et tværsektorielt sundhedsvæsen. Det forudsætter også:

- Opdateret og understøttende lovgivning, som muliggør data- og vidensdeling på tværs.
- Øget ledelsesinvolvering i brugen af data – ikke kun i rapportering, men i prioritering og opfølgning.

Gruppen peger på, at det kan blive nødvendigt med strukturelle og politiske forandringer, for at et datadrevet UTH-system, som beskrevet ovenfor, kan fungere i praksis.



Gruppe 4

Gruppe 4 udtrykker et ønske om, at arbejdet med utilsigtede hændelser skal tjene et formål, der rækker ud over blot registrering – nemlig læring og forbedring på tværs af både sektorer og interne organisatoriske enheder.

Deres mål er dobbelt:

1. Fremme læring både horisontalt og vertikalt – på tværs af sektorer (fx hospitaler og kommuner) og internt mellem afdelinger og enheder.
2. Skabe en kultur baseret på både Safety-I og Safety-II – altså både fokus på fejl og afvigelser samt på det, der lykkes og skaber robusthed i systemet.
3. Forebygge dobbeltarbejde og understøtte mere kosteffektive løsninger – blandt andet gennem deling af viden og ressourcer.

Et centralt forslag i gruppens arbejde er udviklingen af en fælles læringsplatform, som skal gøre det nemmere at samle og dele læring. Gruppen forestiller sig en todelt struktur:

- Åben del – tilgængelig for alle aktører i sundhedsvæsenet, inkl. borgere og patienter, med inspiration fra fx *Sundhed.dk*. Denne del skal muligvis knyttes til eller erstatte den nuværende model og kunne bruges til screening og AI-understøttet navigation i læringspunkter.
- Lukket del – med adgang for relevante fagpersoner til mere detaljerede data og analyser, fx til brug i konkrete forbedringsprojekter.

Denne platform vil både fungere som et arkiv og et redskab, der kan understøtte løbende forbedringsarbejde, og skal i sig selv være et værktøj for forbedring.

Gruppen foreslår, at man ser på mulighederne for at integrere forbedringsmodellen (PDSA – Plan, Do, Study, Act) i arbejdet med UTH. Det skal skabe en mere systematisk og målrettet tilgang til læring og udvikling. Frem for at nøjes med at registrere hændelser og analysere enkeltstående sager ønsker gruppen at gøre UTH til et startpunkt for konkrete forbedringsprojekter med klar opfølgning og refleksion.

Gruppe 4 peger, lige som flere af de andre grupper, på brugen af AI og screeningværktøjer som en integreret del af det fremtidige system. Teknologi skal understøtte:

- Identifikation af mønstre i UTH-data
- Forudsigelse af risikoområder
- Kvalificering af læringspunkter til videre deling.

Gruppen foreslår, at platformen omdannes fra et administrativt rapporteringssystem til et strategisk læringsværktøj.



Gruppe 5

Gruppe 5 valgte at arbejde med ledelsernes aktive ansvar og synlighed inden for patientsikkerhedsarbejdet. Gruppen peger på, at fremtidens arbejde med UTH kræver dedikeret og forpligtet ledelse, der ikke blot godkender rammer, men går aktivt foran og viser vej. Ledelsen skal sætte en tydelig retning og sørge for, at læring fra utilsigtede hændelser bliver omsat til praksis. Dette kræver både strukturel forankring og kulturel legitimering. Gruppen foreslår konkrete initiativer som at indarbejde UTH-arbejdet i eksisterende mødefora, sende nyhedsbreve samt bruge tidligere hændelser som "gode historier", der kan motivere og synliggøre forbedring.

Derudover er det en central pointe for gruppen, at ledelsen skal opfordres til at skabe rum for læring: både i kalenderen og i den organisatoriske forståelse af, hvad læring kræver. Dette indebærer blandt andet prioritering af tid til sagsbehandling og feedback, samt at klinikere og ledelse sammen gennemgår UTH'er for at drøfte meningsfulde læringspunkter.

Ledelse skal i højere grad end det sker i dag fungere som kulturbærer og strategisk aktør. Det indebærer et skifte fra et fokus på fejl og ansvar til en læringskultur, hvor utilsigtede hændelser ses som værdifulde input til udvikling og forbedring. Gruppen understreger vigtigheden af, at ledere deltager aktivt i læringsdialoger, fx gennem briefings, "huddles" og læringsmøder, og at visioner og forventninger kommunikeres tydeligt til både medarbejdere og ledelseslag opad i systemet. Her spiller patientsikkerhedskoordinatorer en vigtig rolle som katalysatorer for kulturændringer, og de bør i højere grad træde i karakter som sparringspartnere for ledelsen.

Der opfordres til at synliggøre og dele visioner for, hvordan UTH-arbejdet skal udvikles, og hvordan det kan kobles til den overordnede strategi for patientsikkerhed. Ved at "lede opad" skal ledere og koordinatore også løfte behovet for opbakning og ressourcer til højere niveauer, herunder fx til hospitalsdirektioner.

For at sikre reel forankring skal ledelsen ikke kun støtte idéen om systematisk læring af UTH, men også sikre praktisk og organisatorisk kapacitet. Det indebærer blandt andet vagtplanlægning med hensyn til sagsbehandlingsopgaver, så

læringsarbejdet ikke forsvinder i driftspresset. Det gælder både for medarbejdere og lokale patientsikkerhedskoordinatorer, som skal have tydeligt mandat, opbakning og tid til at udføre deres arbejde.

Derudover lægges vægt på synergi mellem datakilder og forbedringsinitiativer – fremtidens ledelse skal sikre, at UTH ikke lever isoleret fra andre kvalitets- og sikkerhedsdata, men indgår som en del af en fælles forbedringsstrategi, som giver overblik og sammenhæng. Det kræver prioritering og koordinering på ledelsesniveau og en villighed til at samle parallelle spor og undgå dobbeltarbejde.

Gruppen fremhæver, at ledelse i fremtidens UTH-arbejde skal være proaktiv, nærværende og systemisk tænkende. Det handler ikke kun om at sikre efterlevelse af lovgivning, men om at skabe en levende læringskultur, hvor utilsigtede hændelser bliver drivkraft for forbedring – ikke frygt. Ledelsen skal være både kulturbærer, strategisk aktør og praktisk facilitator for at realisere potentialet i et sammenhængende og læringsorienteret sundhedsvæsen.



Gruppe 6

Gruppe 6 havde fokus på patient- og pårørendeinddragelse som integreret del af læring.

Gruppen peger på, at inddragelsen af patienter og pårørende i UTH-arbejdet ikke blot er et etisk ideal, men et strategisk greb til at styrke læringen i sundhedsvæsenet. Et centralt forslag er, at patienter og pårørende aktivt inddrages i udviklingen af fremtidens UTH-database, så den også understøtter deres perspektiver og oplevelser. Dette skal blandt andet ske gennem brugertest, dialog og inddragelse i design og prioritering af funktionaliteter, fx hvad der er "nemt" og meningsfuldt at rapportere.

Inddragelsen handler dog ikke kun om indberetning, men også om forståelse. Forslag som forbedret kommunikation via databasen – eksempelvis mulighed for kontakt mellem sagsbehandler og indberetter – skal sikre, at patienter og pårørende føler sig hørt og anerkendt. Gruppen foreslår desuden, at nye funktioner som "søgefunktion på læringspunkter" og tilgængelige dashboards også skal være åbne og forståelige for borgere, så læring bliver fælles.

Gruppen peger på, at den teknologiske udvikling skal gå hånd i hånd med tilgængelighed og nytteværdi. Forslaget om at lade AI understøtte mønstergenkendelse – fx gennem analyser af "månedens hændelser" – handler ikke kun om effektivisering, men om at gøre komplekse data forståelige og handlingsorienterede. Her foreslås blandt andet en vejledning i lokal brug af AI til at udtrække læringspunkter og årsagsmønstre, hvilket både understøtter teknisk innovation og gør læring lettere tilgængelig for medarbejdere og borgere.

Samtidig foreslår gruppen, at man begynder småt og simpelt og sikrer, at alle ændringer testes i praksis inden implementering. Det vidner om en pragmatisk tilgang til systemudvikling og datadeling, som tager højde for forskellige brugergrupper – ikke mindst patienter og pårørende – og deres behov for overskuelighed og tydelig feedback.

Et andet gennemgående tema i gruppen er behovet for en fleksibel og sektortilpasset database, hvor indgang og funktioner varierer afhængigt af, om man sidder i kommune, hospital eller anden organisation. Det peger på en forståelse af, at brugs-kontekst er afgørende for databrug og -deling. Det foreslås, at databasen skal have "flere arme", så både fagfolk og patienter oplever, at systemet giver mening fra deres perspektiv.

Gruppen fremhæver desuden nødvendigheden af samarbejde med teknikere og dataanalytikere, fx dem der arbejder med dashboards i Sundhedsplatformen. Ved at koble viden fra praksis og teknologi peger gruppen på en tværfaglig model for systemudvikling, hvor funktioner som automatiske resuméer og parallel sagsbehandling forbedrer kvaliteten og tilgængeligheden af data.

Afslutningsvist ønsker gruppen at formulere og implementere en fælles top 5-liste over realistiske forbedringer, så der hurtigt kan høstes lavthængende frugter i forhold til funktionalitet og brugervenlighed – med fokus på både læring og borgerinddragelse.



Bilag

Bilagsliste:

Bilag 1: Fremtidsværkstedet som metode.

Bilag 2: PowerPoint præsentation anvendt ved WS 5A _ Fremtidens UTH

Bilag 1: Kort om fremtidsværkstedet som metode

Fremtidsværkstedet er en metode, der blev udviklet af den tyske sociolog Robert Jungk i 1970'erne som en proces, der engagerer deltagere i at udvikle visioner for fremtiden og finde kreative løsninger på samfundsmæssige problemer. Metoden bruges primært til at inddrage folk i planlægning og beslutningstagning, så de får mulighed for at udtrykke deres ønsker, bekymringer og idéer i et fælles forum.

Fremtidsværkstedet foregår i flere faser, som sammen skaber et struktureret forløb:

1. **Kritisk fase:** Deltagerne identificerer og diskuterer de problemer og udfordringer, som de ønsker at arbejde med. Dette kan være konkrete samfundsproblemer eller mere generelle tendenser, som skaber bekymring. Formålet er at skabe en fælles forståelse af de udfordringer, der skal adresseres.
2. **Visionær fase:** I denne fase arbejder deltagerne på at forestille sig, hvordan fremtiden kunne se ud, hvis de udfordringer, der er blevet identificeret, blev løst. Deltagerne opfordres til at tænke kreativt og visionært om mulige løsninger, der kan føre til et bedre samfund.
3. **Realistisk fase:** Her diskuteres de konkrete skridt, der kan tages for at opnå de ønskede fremtidsscenarier. Det indebærer at udvikle handlingsplaner, prioritere aktiviteter og vurdere, hvilke ressourcer der er nødvendige for at gennemføre de forskellige forslag.

Fremtidsværkstedet er en demokratisk metode, der giver deltagerne mulighed for at forme deres egen fremtid, og den bruges ofte i forskellige kontekster som samfundsudvikling, undervisning, forandringsledelse eller i arbejdsgrupper, hvor man ønsker at udvikle innovative løsninger. Metoden fremmer samarbejde, kreativitet og aktiv medbestemmelse.

Når man gennemfører et fremtidsværksted, er der flere faktorer, man bør være særligt opmærksom på for at sikre, at processen forløber effektivt og engagerende for deltagerne. Her er nogle nøglepunkter, man bør tænke over:

1. Sikre en åben og inkluderende atmosfære

- **Skab tryghed:** Deltagerne skal føle sig trygge ved at dele deres tanker og idéer. Det er vigtigt at skabe et miljø, hvor alle synspunkter er velkomne, og hvor ingen idéer bliver afvist for hurtigt.
- **Fremme aktiv deltagelse:** Alle deltagere skal have mulighed for at blive hørt, så det er vigtigt at være opmærksom på, at alle grupper af deltagere engageres og ikke kun de mest talende.

2. Tydelig kommunikation og mål

- **Definér klart formålet:** Sørg for, at alle deltagerne forstår, hvad målet med fremtidsværkstedet er. Det kan være en bestemt problemstilling, der skal adresseres, eller en mere åben proces for at udvikle ideer til fremtidige løsninger.
- **Kommunikér strukturen:** Forklar de forskellige faser af metoden tydeligt, så deltagerne ved, hvad der forventes af dem i de forskellige faser (kritisk, visionær og realistisk).

3. Skabe balance mellem kritik og vision

- **Fasthold balance i kritisk fase:** Når deltagerne identificerer problemer i den kritiske fase, er det vigtigt at skabe et rum, hvor der kan stilles spørgsmål og udtrykkes bekymringer uden, at det bliver for negativt. Målet er at skabe en forståelse for udfordringerne, ikke at komme til at hænge fast i kritik.
- **Opfordr til visionær tænkning:** I den visionære fase skal deltagerne opfordres til at tænke kreativt og uden for boksen. Det er vigtigt at undgå at begrænse idéerne tidligt i processen – alle idéer bør blive hørt.

4. Fokus på konkrete handlinger i den realistiske fase

- **Handlingsplaner:** Den realistiske fase kræver, at deltagerne omsætter visionerne til konkrete, gennemførlige handlinger. Vær opmærksom på at hjælpe deltagerne med at definere realistiske mål og delmål.

- **Prioritering og ressourcer:** Hjælp deltagerne med at vurdere, hvilke handlinger der er mest presserende og realistiske at gennemføre. Det kan være nyttigt at udarbejde en plan for, hvordan ressourcer skal fordeles, og hvem der skal tage ansvar.

5. Facilitatorens rolle

- **Vær en neutral facilitator:** Som facilitator er det vigtigt at holde sig neutral og ikke dominere diskussionen eller presse egne idéer på gruppen. Du skal skabe rammerne for en åben, konstruktiv dialog og støtte deltagerne i at finde deres egne løsninger.
- **Tydelig struktur og tidshåndtering:** Det er vigtigt at overholde tidsrammerne for de forskellige faser. En god tidsstyring hjælper med at sikre, at alle faser bliver dækket grundigt uden at processen bliver trættende eller ustruktureret.

6. Opfølgning og implementering

- **Sørg for opfølgning:** Et fremtidsværksted bør ikke afsluttes uden at sikre, at der er en plan for opfølgning og implementering af de ideer og løsninger, der er blevet udviklet. Det er vigtigt, at deltagerne ved, hvordan deres bidrag vil blive brugt, og hvordan de kan være en del af de fremtidige skridt.
- **Forankring i relevante beslutningstagere:** Hvis fremtidsværkstedet handler om at udvikle løsninger for en organisation eller et samfund, skal det sikres, at resultaterne bliver forankret hos de relevante beslutningstagere, så idéerne ikke blot forbliver på idéstadiet.

7. Skab engagement og ejerskab

- **Fremhæv deltagernes ejerskab:** Det er vigtigt, at deltagerne føler, at de har ejerskab over processen og resultatet. Engagement og motivation er højere, når deltagerne ser, at deres bidrag har en konkret indflydelse på løsningerne.
- **Foster et fællesskab:** Fremtidsværkstedet er ikke kun en idéudviklingsproces, men også en social proces, hvor deltagerne kan opbygge fællesskab og samarbejde. Skab tid og rum for uformelle diskussioner og idéudvekslinger.

Ved at være opmærksom på disse faktorer kan man sikre, at fremtidsværkstedet bliver en frugtbar og produktiv proces, der skaber konkrete visioner og løsninger, som deltagerne føler sig som en del af.

Bilag 2: PowerPoint præsentation anvendt ved workshop 5A _ Fremtidens UTH

Dansk Selskab for
PatientSikkerhed

UTH systemet i fremtidens sundhedsvæsen

Workshop 5a

Lise Valentin Bayer, Direktør for Børn, Sundhed og Velfærd, Albertslund kommune.

Louise Rabøl, Centerchef, Psykiatrisk Center Amager

Dorthe Vilstrup Tomsen, Projektchef, Dansk Selskab for Patientsikkerhed



Program

- Introduktion af rammer for WS
- Rammerne for fremtidens sundhedsvæsen
- Kritik fasen
- Pause
- Utopi fasen
- Realiseringsfasen
- Opsamling og afrunding af WS

Fremtidsværksted som metode



Fremtidsværkstedet er en arbejdsmetode, hvor alle deltager aktivt og arbejder sammen om at udfolde og forstå et givent område, for derefter sammen at sætte retningen for det fremtidige arbejde.



Målet med dette fremtidsværksted er at generere reelle forslag til hvordan UTH-systemet kan understøtte læring i fremtidens nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Fremtidsværksted som metode

- Kritikfase
- Utopifase
- Realitetsfase

Kritikfasen

- I kritik fasen er alle bekymringer omkring fremtiden, brok over nutiden og reelle kritikpunkter på den nuværende UTH-ordning, velkomne.
- Fasen bruges til "at gøre rent bord" og få "svesken på disken" i forhold til den nuværende praksis på området
- Udsagn dokumenteres, men man diskutere ikke og går ikke i dybden med kritikken.

Kritikfasen

- I kritik fasen er alle bekymringer omkring fremtiden, brok over nutiden og reelle kritikpunkter på den nuværende UTH-ordning, velkomne.
- Fasen bruges til "at gøre rent bord" og få "svesken på disken" i forhold til den nuværende praksis på området
- Udsagn dokumenteres, men man diskutere ikke og går ikke i dybden med kritikken.

Utopifasen

- I Utopifasen er *ALT* tilladt.
- Man må drømme om fremtiden lige så tosset man vil ...
- Den eneste regel er, at man ikke må skyde hinandens ideer ned ... Man må gerne bygge videre på en kollegas udsagn, men altid kun for at gøre ideen *endnu* federe ...

Realitetsfasen

- Her vælger hver gruppe ét tema fra utopifasen, som der reelt kan arbejdes videre med i virkeligheden.
- Det kan være konkrete forslag eller blot emneområder, som I mener at have input til det videre arbejde omkring.

Værkfører

Hvert værksted har en værkfører, som

- Holder fast i faserne
- Holder tiden
- Står for opsummering

..... Input fra værkstederne dokumenteres løbende på flip-over

Forudsætning for succes

- Alle deltager aktivt
- Disciplin i de forskellige faser
- Hold fast i metoden!
- Tiden SKAL holdes

Krævende metode, men vi tør godt

Dansk Selskab for
PatientSikkerhed

Fremtidens sundhedsvæsen

Hvilken kontekst skal vi formulere vores ideer ind i?

PS!

Mål med sundhedsreformen

- Mål:
 - Styrke sundhedsvæsenets mulighed for at løse fremtidens udfordringer
 - Skabe et stærkere sundhedsvæsen tæt på borgerne
 - Ulighed i sundhed på tværs af landet reduceres

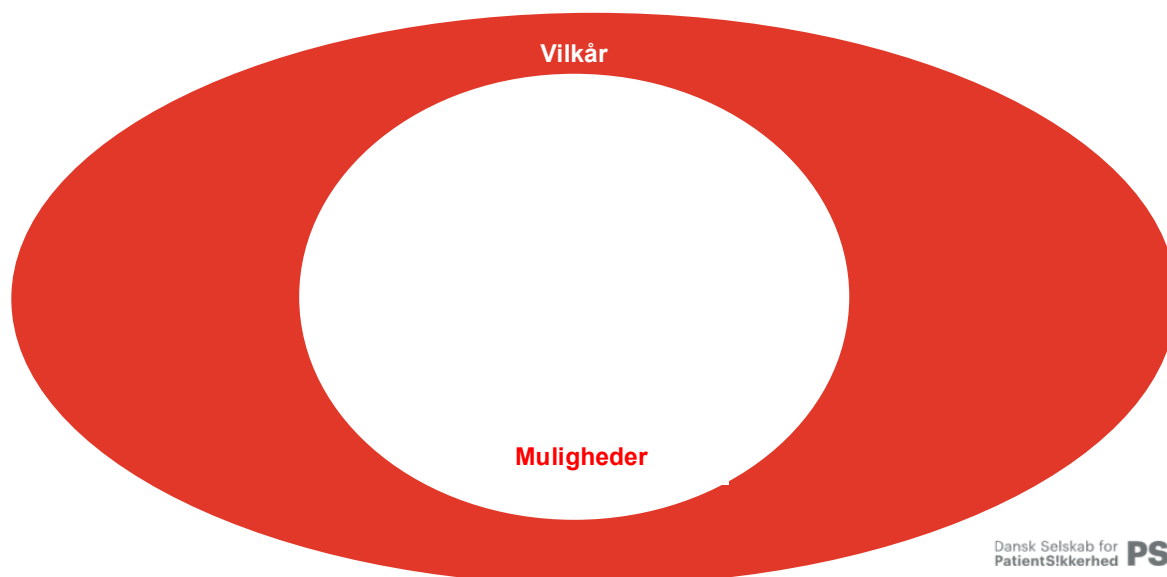
Nogle af indsatserne

- 17 sundhedsråd
- En lægereform
- Kronikerpakker
- En folkesundhedslov
- Integration af somatik og psykiatri
- Sammenlægning af Region H og Region Sjælland
- Ret til digitale sundhedstilbud
- Hjemmebehandlingsteams i hele landet
- Nye rettigheder fx udredning og behandling i speciallægepraksis

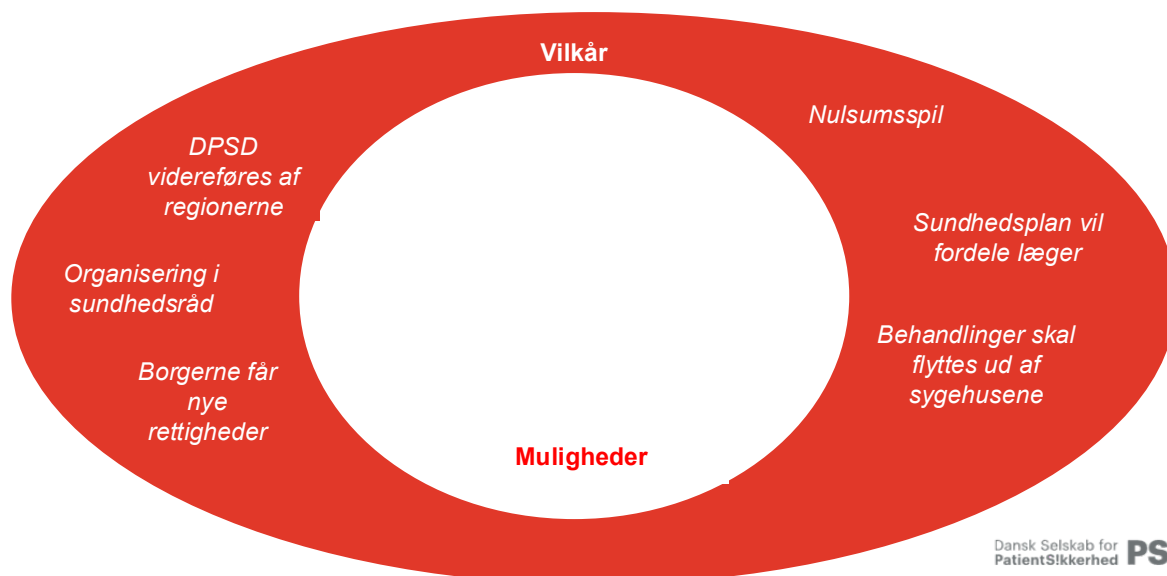
Dansk Selskab for
PatientSikkerhed **PSI**



Vilkår og muligheder



Vilkår og muligheder



Fremtidsværkstedets formål

- Målet med dette fremtidsværksted er at generere reelle forslag til **hvordan UTH-systemet kan understøtte læring i fremtidens sundhedsvæsen**, så det bliver både mere nært, mere sikkert og mere effektivt.
- Forslagene kan være på flere niveauer;
 - Lokale (internt i kommune eller region (hospital))
 - På tværs af regioner og kommuner
 - På kryds og tværs i sundhedsrådene
 - Nationale

Kritikfasen

- Skriv din kritik af den måde vi forvalter den nuværende ordning på post-its (5 min)
- Gruppen præsenterer kritikken for hinanden og samler samler den rejste kritik i relevante emner.
- Hvis det du har skrevet (eller noget der er tæt på), så hænger du din post-it, ved siden af det første udsagn
- Emnerne opsummeres på en flip (5 min)
- Kritikfasen stopper kl. 10.20

Utopifasen (10.45 – 11.05)

- I Utopifasen er *ALT* tilladt.
- Skriv alt hvad du kan drømme om, på post-its (5 min.)
- **Del jeres drømme!** Den eneste regel er, at man ikke må skyde hinandens ideer ned ... Man må gerne bygge videre på en kollegas udsagn, men altid kun for at gøre ideen *endnu* federe ... (15 min.)
- Drømmene opsummeres på en flip
- Utopifasen slutter kl. 11.05

Realitetsfasen (11.10 – 11.40)

- Hver gruppe vælger ét tema fra utopifasen, der reelt kan arbejdes videre med i virkeligheden.
- **Hvad skal der til, for at det I drømmer om, kan blive til virkelighed – Skriv dine forslag på post-its (5 min)**
- Gruppen præsenterer forslagene for hinanden og samler de forskellige forslag i relevante emner. (15. min)
- Emnerne opsummeres på en flip-over og kategoriseres (5. min)

Kategorier af forslag til fremtidens UTH-system

1. Hvad kan man selv gå hjem og gøre anderledes?

JUST DO IT

2. Hvad kan man selv igangsætte på tværs?

3. Hvad vil vi give videre til andre?

- Sundhedsrådene

- Kvalitetsinstituttet

Opsamling

- Præsentation af gruppernes arbejde (5 min pr. gruppe)
- Skriv din e-mail på listen, hvis du vil have afrapporteringen af fremtidsværkstedet tilsendt.

Dansk Selskab for
PatientS!kkerhed

Tak for god ro og orden

PS!

Dansk Selskab for
PatientS!kkerhed

Kontaktinfo:

Dorthe Vilstrup Tomsen

Projektchef, Dansk Selskab for Patientsikkerhed

dvt@patientsikkerhed.dk

Tlf.: +45 20378030

PS!

PS!