

Ledelsesforankring af patientsikkerhedsarbejdet omkring utilsigtede hændelser i Region Midtjylland

Rapport fra Undersøgelse af ledelsesforankringen af patientsikkerhedsarbejdet med
utilsigtede hændelser i Region Midtjylland

Strategisk Kvalitet

Koncern Kvalitet

Skottenborg 26

8800 Viborg

Udarbejdet af:

Heidi Aagaard, Regional Risikomanager

Marts 2016

Ledelsesforankring af patientsikkerhedsarbejdet omkring utilsigtede hændelser i Region Midtjylland

Denne rapport beskriver resultaterne af undersøgelsen af ledelsesforankring af patientsikkerhedsarbejdet i Region Midtjylland, der blev gennemført i januar 2016. Undersøgelsen havde en høj svarprocent på 80 %, og viste, at arbejdet med utilsigtede hændelser er højt prioriteret hos ledelserne i Region Midtjylland.

Rapporten indeholder resultaterne fra spørgsmål i undersøgelsen, samt en række gode forslag til, hvordan arbejdet yderligere kan understøttes.

Rapporten er inddelt i to afsnit:

1. Besvarelser fra hospitalernes afdelingsledelser
2. Besvarelser fra hospitals- og centerledelser

Baggrund for undersøgelsen

I foråret 2014 foretog Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse et serviceeftersyn af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser. Serviceeftersynet resulterede i flere anbefalinger til regionerne i [Rapport om Serviceeftersyn af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser, juli 2014](#). En af anbefalingerne var, at regionerne skulle udføre et servicetjek på, om der er tilstrækkelig ledelsesforankring af arbejdet med utilsigtede hændelser, da ledelsesforankring er altafgørende for, at der kan skabes læring fra de utilsigtede hændelser.

Formålet med undersøgelsen

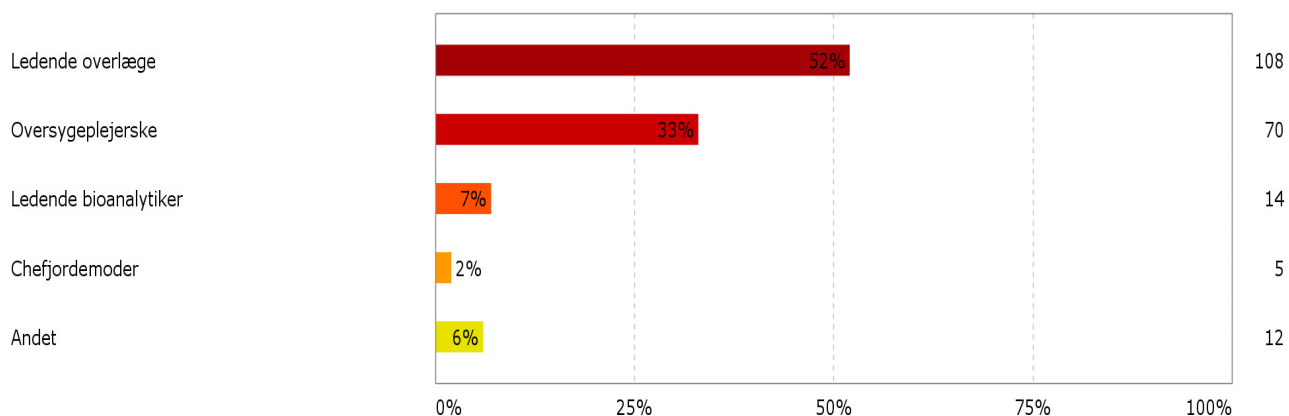
I Region Midtjylland har der siden serviceeftersynet været fokus på denne ledelsesforankring på alle niveauer, og der foregår et stort arbejde med de utilsigtede hændelser ude i afdelingerne.

Denne undersøgelse er gennemført for at vise den positive udvikling i ledelsesforankringen i Region Midtjylland. Derudover indeholder rapporten en masse gode erfaringer, der kan deles på tværs af hospitaler.

1 Besvarelser fra hospitalernes afdelingsledelser

Undersøgelsens målgruppe

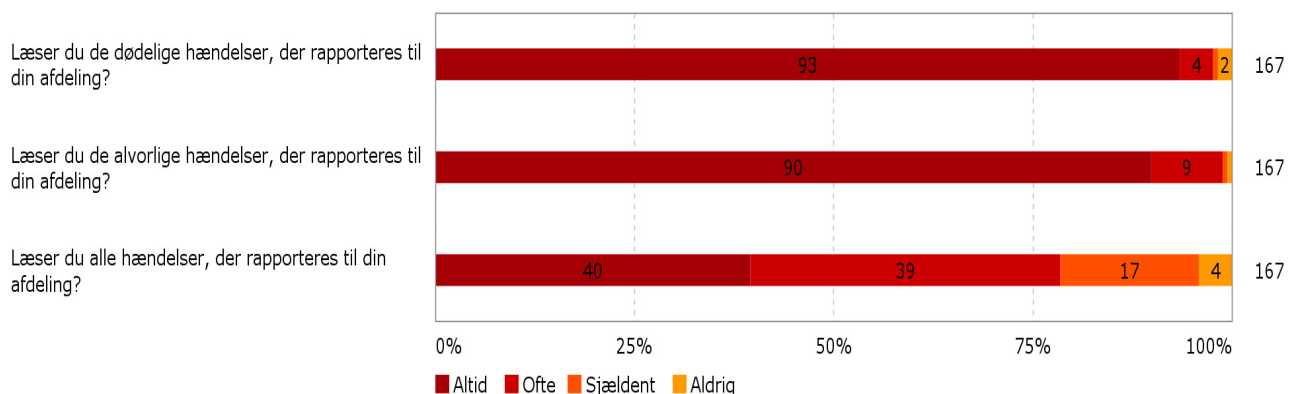
Inviterede deltagere i undersøgelsen, fordelt på faggrupper:



80% af de inviterede ledere responderede på undersøgelsen. De 20 %, der ikke responderede på undersøgelsen havde samme procentvise fordeling på faggrupper, som i gruppen af inviterede. Der har således ikke været forskelle mellem faggrupperne ift. svarprocenten.

I besvarelserne fremgår det, at arbejdet med de utilsigtede hændelser er fordelt ligeligt på faggrupperne i ledelserne, hvilket er et vigtigt parameter, da det i høj grad er en tværfaglig opgave at skabe læring fra de utilsigtede hændelser.

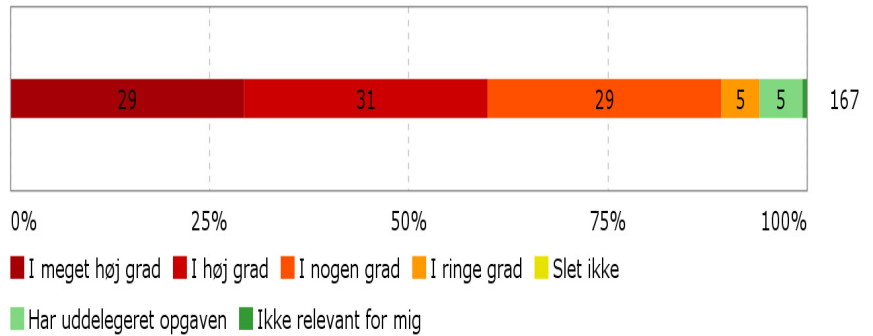
Afdelingsledelsernes kendskab til egne UTH'er



Ledelserne læser de fleste af de UTH'er, der rapporteres til deres afdeling, især de alvorlige har stort fokus.

Afdelingsledelsernes involvering i egne UTH'er

Er du involveret i konkrete analyser af UTH?

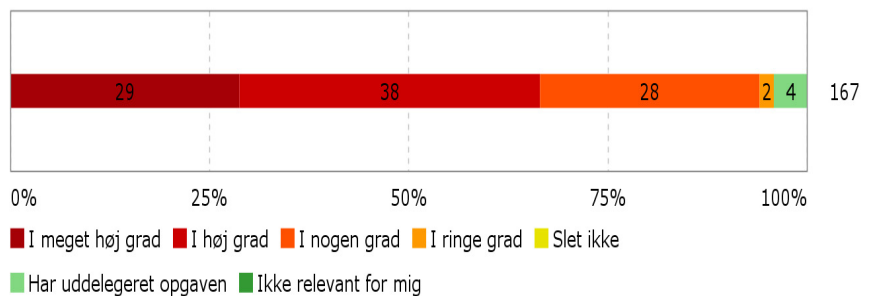


Afdelingsledelserne lægger et stort arbejde i at sikre, at der drages læring af de utilsigtede hændelser.

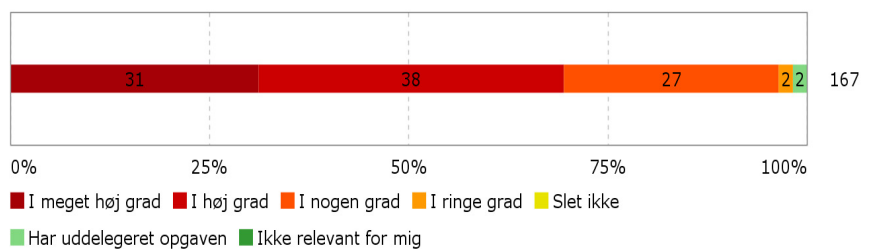
"Når jeg læser UTH på mail, kommenterer jeg til sagsbehandler, hvis jeg mener, at der er andre muligheder for handleplan og godkender de gode løsninger og tiltag for UTH"

"Patientsikkerhed og læring af utilsigtede hændelser er forankret i afdelingens kvalitetsorganisation. Den ledende overlæge foretager den indledende sagsbehandling sammen med kvalitetskoordinator, udvalgte sager kvalificeres i kvalitetsteam med repræsentanter fra basispersonale i alle afsnit. Kvalitetsrådet godkender handleplaner og har oversygeplejersken for bordenden, udviklingsteamet implementerer. Ja - det er et omfattende arbejde i en stor afdeling, men det giver mening."

Er du involveret i udarbejdelsen af konkrete handleplaner på baggrund af UTH?

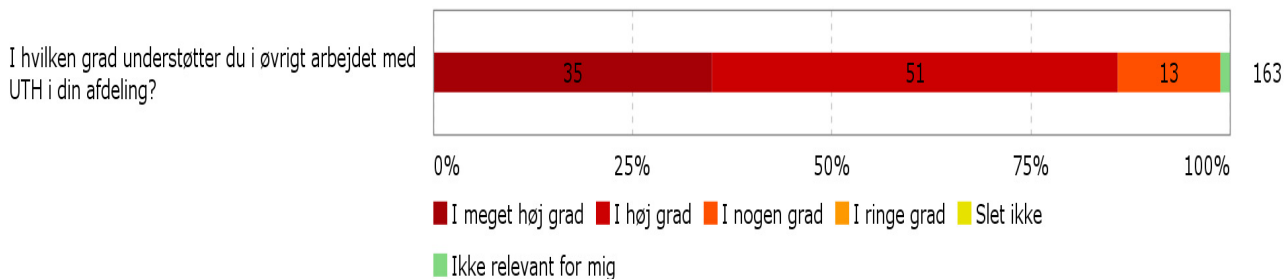


Er du involveret i implementering af konkrete indsatser på baggrund af UTH?

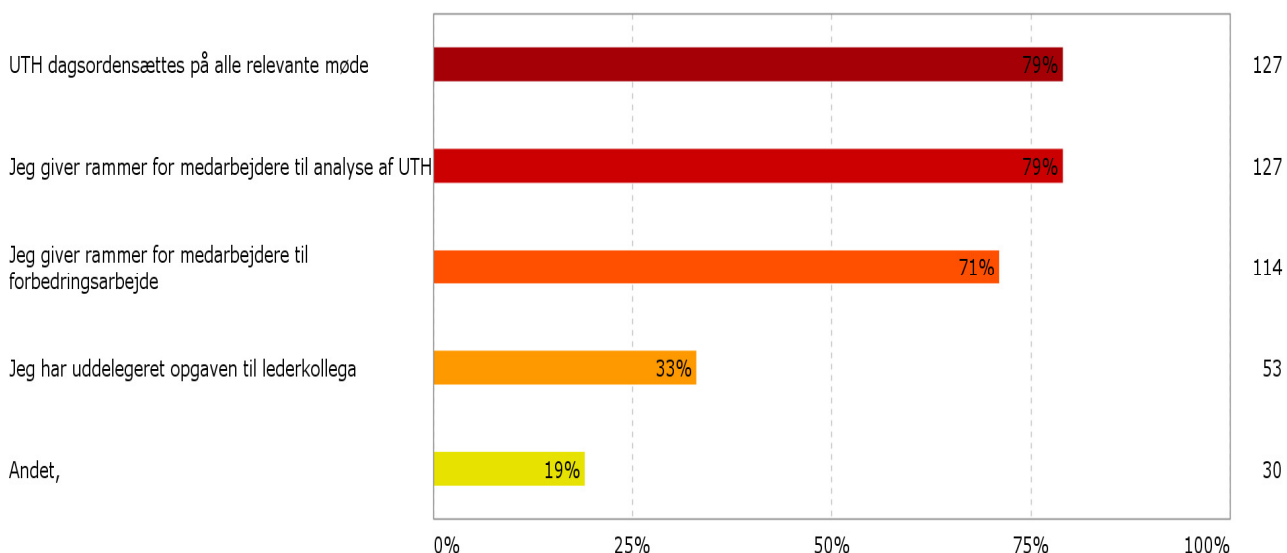


Afdelingsledelsernes understøttelse af UTH-arbejdet

Afdelingsledelserne understøtter i høj grad UTH- arbejdet:



Metoder til understøttelse



Gode idéer til hvordan UTH-arbejdet kan understøttes:

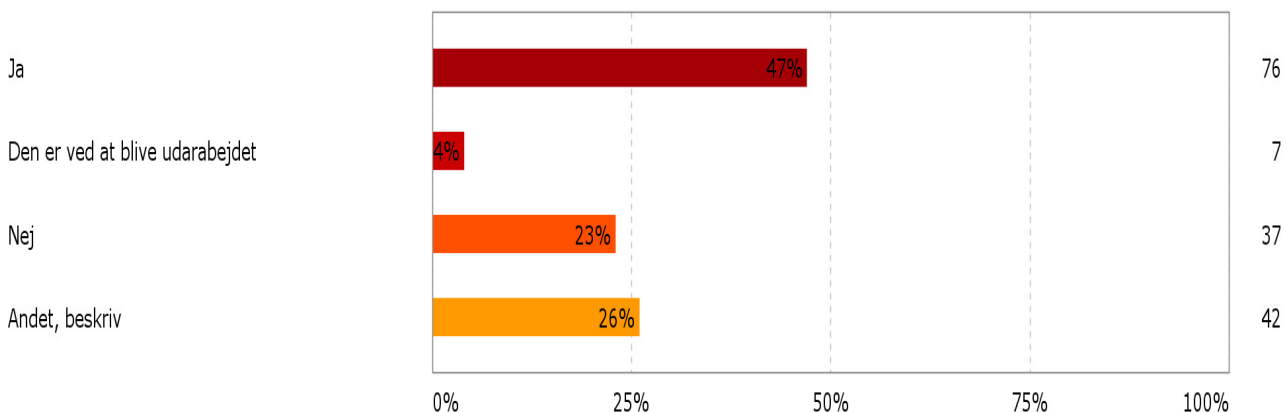
- En afdeling har udviklet et særligt læringsredskab som de kalder **"overordnet læring"**, hvor informationer fra patientskader , UTH'er , patientklager , opringninger / mails til afdelingen o.s.v. samles i én læringsdatabase, hvor læring/ forbedringspotentiale undersøges på tværs. Derved opstår en betydeligt større viden end ved brug af UTH alene.
- En leder modtager personligt alle UTH'er og foretager den indledende vurdering og prioritering.
- En afdeling har et udviklingsteam, der implementerer tiltag i afdelingen.
- Leder deltager i gennemgang og analyse af UTH, når det er muligt for andet arbejde.

- Utilsigtede hændelser er et fast punkt på LMU.
- Leder italesætter vigtigheden af UTH-systemet og opfordrer til at bruge systemet.
- Leder går i perioder patientsikkerhedsrunder med udviklingssygeplejerske.
- Én afdeling arbejder meget med baggrund i kerneårsagsanalyser, som gerne gennemføres.
- Én afdeling har en UTH-ansvarlig overlæge og sygeplejerske (master i kvalitet), der behandler og evt. uddelegerer alle sager. Alle UTH'er dokumenteres og gennemgås i LKU. Alt der udviser en trend rapporteres med det samme til afdelingsledelsen. Hvis der er potentiale for forbedring uddelegeres opgaven til en fagperson med relevante kompetencer i organisationen. Afdelingsledelsen er altid involveret, hvis UTH'en involverer andre afdelinger eller hændelsen har alvorligt/dødeligt udfald.
- Oversygeplejersken og den ledende overlæge deler UTH'erne efter type og alvorlighed. Ved (risiko for) personskaade er det altid den ledende overlæge.
- Månedligt kvalitetsmøde inkluderer alle nye UTH med afdelingsledelse som mødeleder.
- Analysearbejdet foregår på funktionslederniveau mellem afdelingssygeplejerske og den ansvarlige overlæge.
- Der er klare rammer for en arbejdsgruppe, som varetager alle UTH. De dagsordenssætter altid i vores lokale kvalitetsudvalg, hvor afdelingsleder er formand. Herved sikres ledelsesforankring på afdelingsledelsesniveau, ligesom der i arbejdsgruppen deltager både mellemledere, medarbejdere og overlæger.
- UTH'er bruges strategisk i forhold til vurdering af, hvor der skal auditeres i afdelingen.
- Kvalitetskoordinator har plads hver uge på stabsmødet til at sparre på aktuelle sager.
- Der er behov for evig "snak" og tydeliggørelse af, at dette er noget afdelingsledelsen personligt tager alvorligt.
- Møder hver til hver 2. md. mellem nærmeste ledelse og vores patientsikkerhedsnøglepersoner, hvor vi gennemgår samtlige UTH, som er indrapporteret og hvor det er vurderet at hændelsen omfatter vores afdeling.
- Den ledelsesmæssige forankring er altafgørende. I én afdeling er det primært den ledende overlæge, der sammen med udviklingssygeplejersken gennemgår alle UTH. Oversygeplejersken deltager i analyse af alvorlige og dødelige UTH og går patientsikkerhedsrunder sammen med udviklingssygeplejersken.
- Det er en vigtig måde at synliggøre god ledelse i en afdeling; at man kerer sig om personalets og patienternes opmærksomhed på problemer i dagligdagen. Samtidig er det et værktøj, der kan bruges til at måle temperaturen på "den gode afdeling" uden store armbevægelser eller nye registreringer.

Omsorg for patienter, pårørende og personale efter en utilsigtet

I undersøgelsen blev lederne spurgt til, om afdelingen har udarbejdet en instruks, der beskriver, hvordan en dødelig/ alvorlig utilsigtet hændelse skal håndteres i afdelingen i.f.t. det involverede personale og information til patient og pårørende.

Her var en større divergens i svarene, da kun 47 % tilkendegiver at afdelingen har en instruks:



Alle hospitaler i Region Midtjylland har hver deres egen gældende retningslinje for [Omsorg for patienter, pårørende og personale efter en utilsigtet hændelse](#), så svarene tyder på, at ikke alle afdelingsledelser kender til disse retningslinjer.

Observationen er interessant, da lige netop omsorg for personale, der har været involveret i en alvorlig utilsigtet hændelse er uhyre vigtigt for at genoprette personalets selvværd, faglige kompetencer og arbejdsevne efter en utilsigtet hændelse.

Denne omsorg efter en utilsigtet hændelse er vigtig for konstant at minde personalet om, at utilsigtede hændelser sker som følge af, at mennesker arbejder sammen i komplekse organisationer med komplicerede funktioner.

Derved accepteres, at "fejl kan ske for selv de bedste", hvilket vil bidrage til en kultur, hvor alle kan tale åbent om deres fejl.

Nogle afdelinger har arbejdet særligt med denne omsorg:

- Flere afdelinger har debriefing ved alle alvorlige hændelser.
- Der ringes altid til afdelingsledelsen ved alvorlige hændelser.
- Én afdeling har et godt efterværn for pårørende og medarbejdere. På afdelingen er det implicit, at hændelser rapporteres, da der altid er flere, der nævner UTH, når man taler om hændelsen.
- Én afdeling ved, hvilke ledelsespersoner, der straks skal indkaldes ved alvorlige UTH'er

Andre gode forslag til UTH-arbejdet

Hele afdelingen skal involveres:

- Arbejdet med en indsats for forebyggelse skal synliggøres ude på afsnitsniveau.
- Én afdeling har stor erfaring i arbejdet med UTH. I 2014 havde de en del handleplaner, som var ved at tage pusten fra medarbejderne. De lavede derfor en opgørelse over alle typer af kvalitetsbrist fra DDKM, UTH og klager. De blev herefter kategoriseret. Med baggrund heri blev der udarbejdet tre retningslinjer, som havde til formål at indramme størstedelen af brists omkring patientsikkerhed. Dette arbejde dannede baggrund for en strategi, hvor medarbejderne systematisk blev undervist i redskaber som Triage og TOKS m.v.
Herefter afholdt afdelingen fem ens temadage. Alle medarbejdere deltog på en af dagene. Her blev de nye retningslinjer gennemgået, drøftet og indlært til anvendelse. Der er lavet tracere på patientforløb i afdelingen to måneder efter temadagene, som viste en betydelig forbedring i brugen af redskaber og retningslinjer og i forståelsen af retningslinjerne. Processen blev planlagt i samarbejde med Koncern HR.
- Alle nøglepersonsområder: UTH, hygiejne, dokumentation etc. har ledelsesdeltagelse, herunder fra afdelingsledelsen og dermed sikres forankringen ikke kun på patientsikkerhedsarbejdet. Der er en del snitflader områderne imellem og ledelsesdeltagelse sikrer, at der deles viden.
- Til kvalitetsmøderne deltager altid den kvalitetsansvarlige overlæge, oversygeplejersken, vores kliniske sygeplejespecialist samt afdelingssygeplejersker og afsnitsansvarlige overlæger fra de involverede afdelinger.
- Den største udfordring er at undgå, at det kun er ledere, der deltager i analyserne. Især hvis der er gået lidt tid, kan det være svært at få relevant personale engageret, især lægerne, som enten er rejst eller har fri/kursus/vagt.

UTH'erne skal bruges til læring:

- Det er væsentligt, at UTH'erne bruges i et læringsperspektiv.
- Det er væsentligt, at der rapporteres tilbage, når behandlingen er foretaget, så læringen er en del af arbejdet. Det er væsentligt, at drage generel læring ud af de anmeldte hændelser, såvel de lokale, som dem på hospitalsniveau og at det når ud til alle.
- Alvorlige/dødelige UTH løftes ofte til kerneårsagsanalyse efter en konkret vurdering. Analysen anvendes efterfølgende til simulationstræning.
- Én afdeling har en stærk forbedringskultur, hvilket betyder, at de er på evig jagt efter at kunne gøre det lidt bedre. Her bidrager UTH positivt. Men UTH kan også blive en tidsrøver, hvis man blot uden omtanke rapporterer alle små fejl i afdelingen. De vurderer derfor deres tidsforbrug i forhold til hver enkelt UTH. Man skal kanalisere tid og energi over i de emner, der giver mest værdi for patienterne.

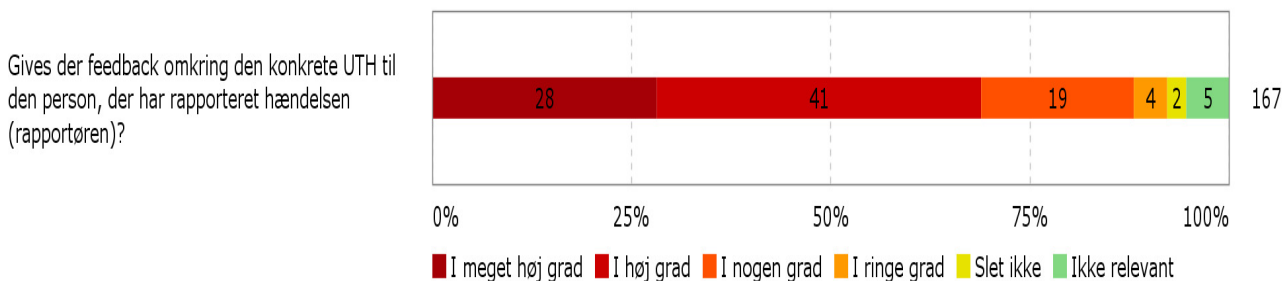
- En ledende overlæge ser det som en vigtig og spændende del af kvalitetsarbejdet og en vigtig funktion som ledende overlæge. Noget af det, der kan drages mest læring af og giver mange gode forbedringstiltag.

Vigtigt, at lægerne er involverede:

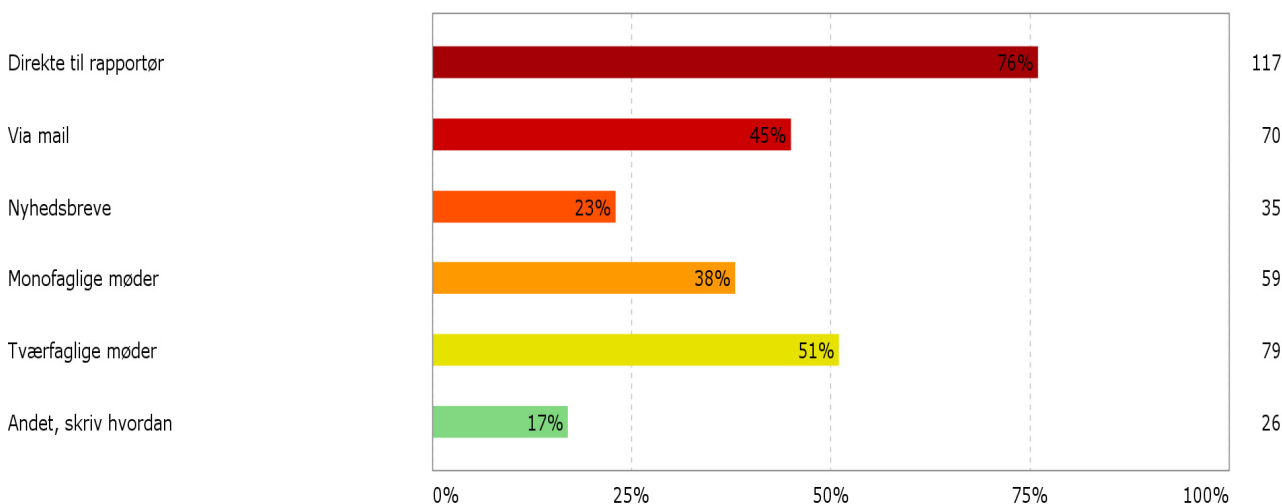
- Det anbefales, at der er en overlæge, der sammen med kvalitets- og patientsikkerhedskoordinatoren er sparringspartner ifht. at dagsordenssætte arbejdet, herunder ved analyser og tiltag, der er mere generelle i den enkelte afdeling. Erfaringer fra vores afdeling viser, at der lokalt udvikles tiltag, der gavner forbedringscirklen, når der er et aktivt lægemæssigt engagement.
- I en afdeling er der udpeget en overlæge med ansvar for arbejdet med UTH. Overlægen er behjælpelig, hvis personalet ønsker at indberette en UTH. Afdelingen har stort fokus på at få indberettet UTH'erne og i praksis er overlægen oftest involveret i en indberetning. Hvis en borger henvender sig med noget, der kunne være en UTH, bliver overlægen ligeledes involveret i udredning og evt. indberetning af UTH'en. Overlægen gennemgår regelmæssigt (minimum årligt) de indberettede UTH og de relaterede handleplaner.
- Indberetningerne skal give mening. Det er sværest for lægegruppen. Det er en ny kultur som vi over tid har arbejdet konstruktivt med i vores afdeling igennem mange år, så der er sket en kultur ændring, så vi nu også fra lægegruppen taler om UTH.
- En afdeling har netop opstartet en gennemgang af særlige cases i lægegruppen, altså hvor der forventes at kunne opnås læring. Deres kvalitetsansvarlige for UTH og den ledende overlæge gennemgår en case, beskriver tiltag og den afledte retningslinje.

Feedback til rapportøren

Der gives i langt de fleste tilfælde feedback til rapportøren og ofte direkte.



Feedbackmetoder:

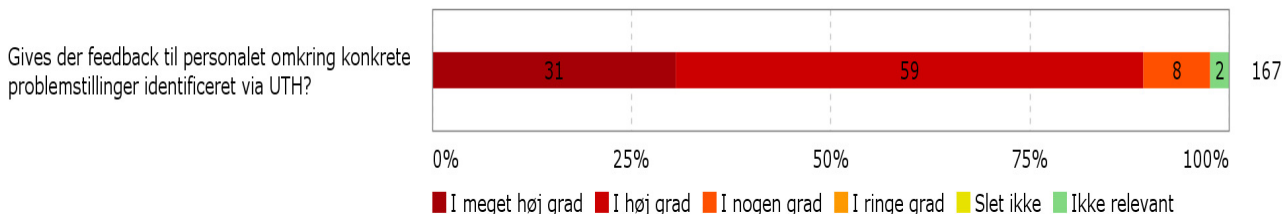


Gode idéer til feedbackmetoder til rapportør

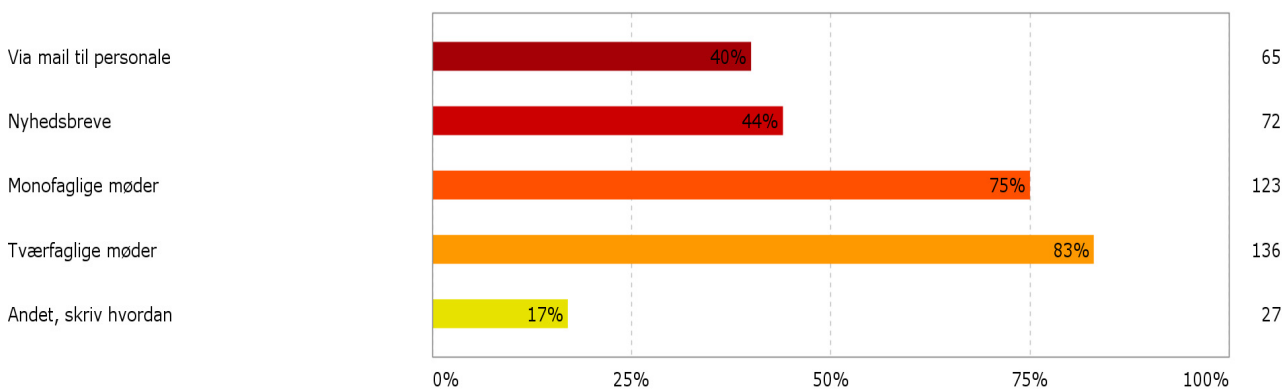
- Feedbackmetoden vurderes fra gang til gang, og er meget afhængig af, hvem der er rapportør (faggruppe, patient, kommune) og arten af UTH.
- Nærmeste leder er i dialog og tilbagemelder til rapportøren.
- Kvalitetskoordinatoren giver feedback til rapportøren.
- Rapportøren inviteres nogen gange til dialog om UTH'en.
- Rapportøren deltager så vidt muligt i analysen af de hændelser, som ikke behandles i form af en aggregeret analyse.
- Rapportøren får feedback, når sagen drøftes på afdelingsmøderne.

Feedback til personalet om konkrete UTH og konkrete indsatser på baggrund af disse

Personalet informeres i høj grad om UTH primært via mail, møder og i nyhedsbreve.



Feedbackmetoder

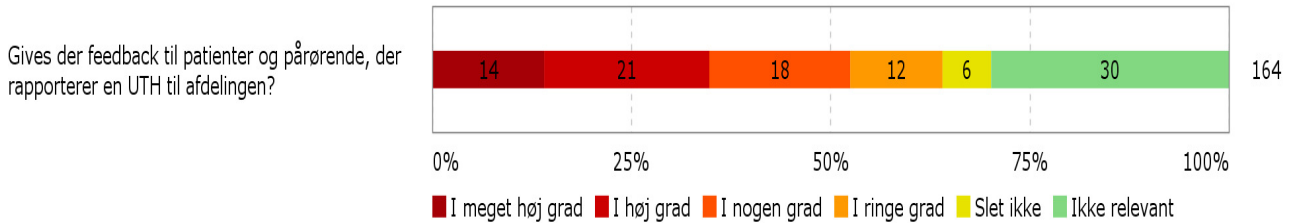


Gode idéer til feedback metoder til konkrete UTH og konkrete indsatser

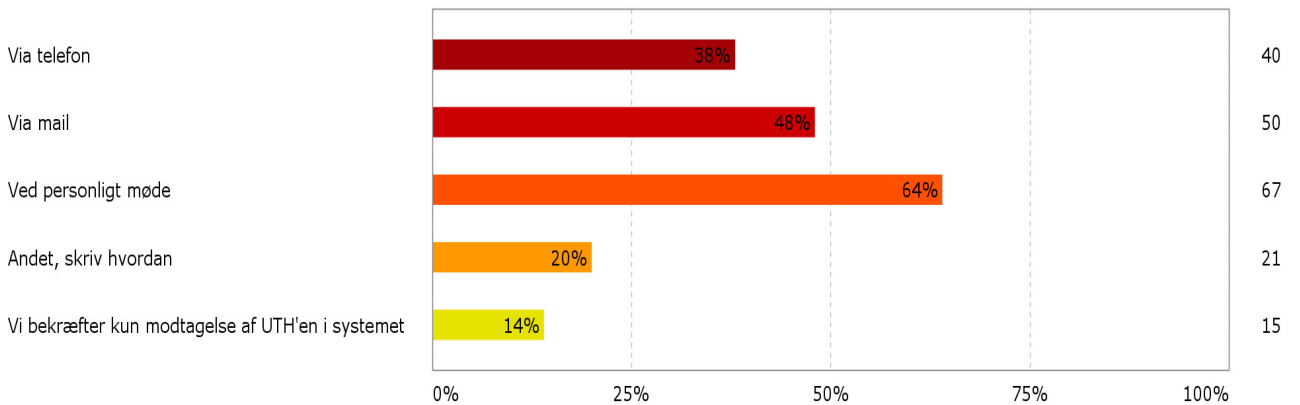
- Drøftes på daglige morgenmøder.
- Særlig bog i kaffestuen, med kopier af hændelser.
- Feedback på konkrete UTH gives på temadage og personalemøder.
- Referat fra kvalitetsudvalgsmøder udsendes til personalet.
- UTH'erne beskrives på intranettet.
- Vidensdeling gennem funktionsledere og kvalitetsansvarlige.
- Referater af UTH-møder samt besked om direkte ændringer af retningslinjer eller instrukser eller andre ændrede tiltag på baggrund af UTH.
- Der udsendes et månedligt nyhedsbrev, der beskriver UTH'er og indsatser.
- Indsatserne drøftes på LMU, ledermøder.

Feedback til patienter og pårørende, der rapporterer UTH

Langt de fleste patienter og pårørende, der rapporterer til afdelingerne, får personlig respons enten ved et personligt møde, telefonopkald eller via e-mail.



Feedbackmetoder:



Gode idéer til feedback metoder til patienter og pårørende

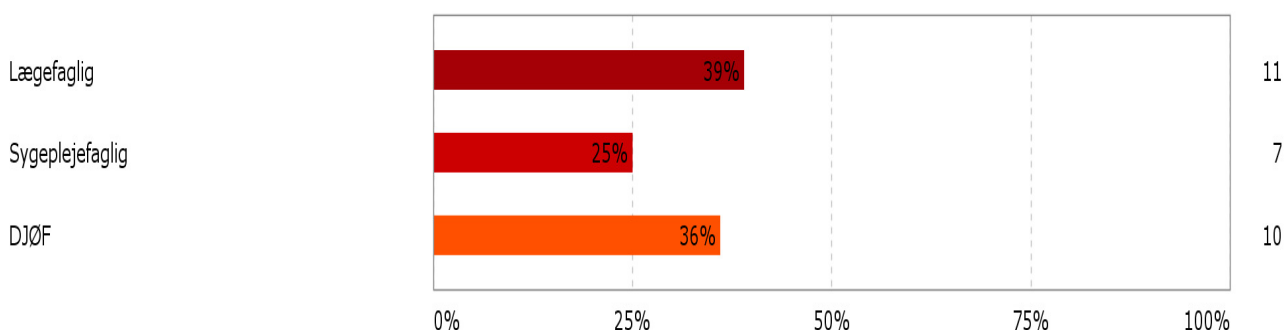
- Vi besvarer alle henvendelser.
- Typen af feedback er afhængig af graden af UTH.
- Feedback gives via brev.
- Almindeligvis mail, evt. med invitation til møde.
- Feedback afhænger om patienten er indlagt eller ej.

2 Besvarelser fra hospitals- og centerledelser

Hospitals- og centerledelserne spiller en vigtig rolle ift. at synliggøre, at UTH-arbejdet prioriteres, og gå forrest for at udvikle en patientsikkerhedskultur, hvor der tales åbent om fejl og utilsigtede hændelser.

Undersøgelsens målgruppe

Inviterede deltagere i undersøgelsen, fordelt på faggrupper



Også i denne del af undersøgelsen var svarprocenten på over 80 %.

Her sås dog en variation blandt de, der ikke havde responderet, hvor 4 ud af de 5 var fra administrative.

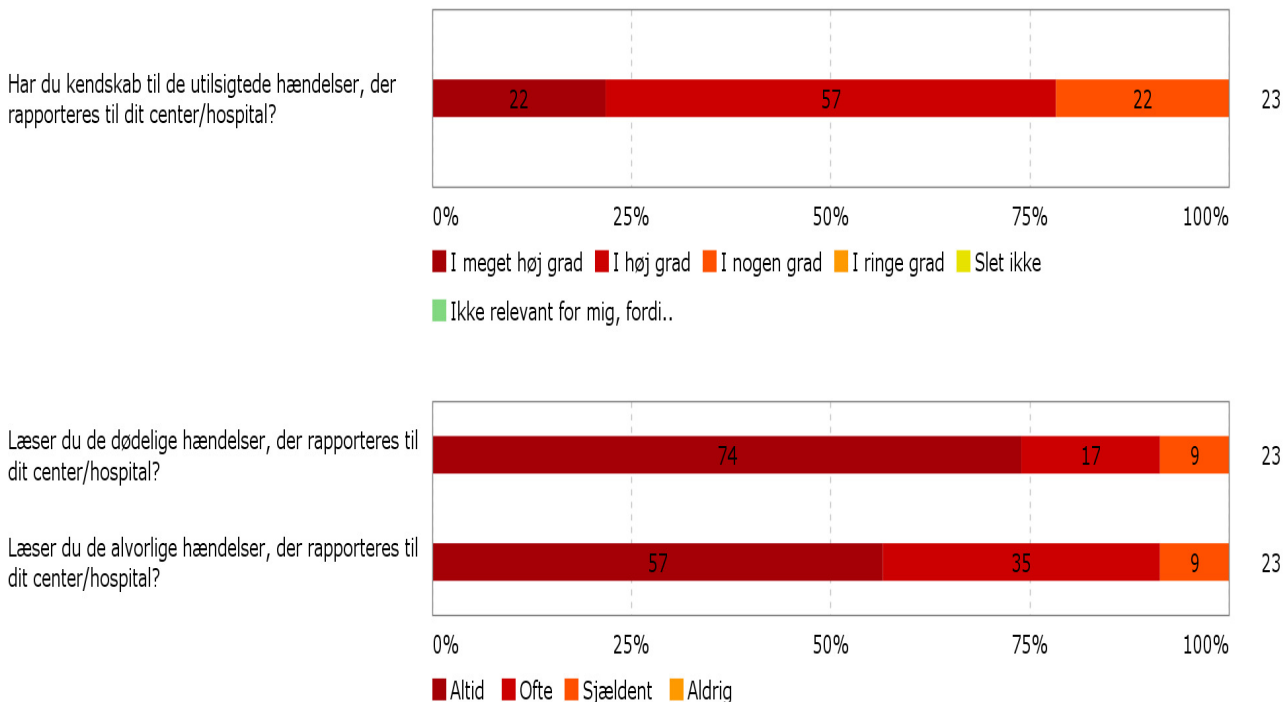
Det kunne således godt tyde på, at hovedansvaret for UTH-arbejdet overvejende er placeret ved den sundhedsfaglige ledelse, hvilket også antydes i kommentarerne:

"Det er primært lægelige kollega, der har varetaget arbejdet/analyserne af de alvorlige utilsigtede hændelser"

"Den ledelsesmæssige forankring på vores hospital er placeret på en person. Vi øvrige inddrages når denne person mener, at det er relevant. Endvidere initierer hospitalsledelsen UTH analyser i særlig udvalgte områder, hvor der er fundet mønstre ved andre monitoreringer, klagesager osv."

Hospitals- og centerledelsernes kendskab til egne UTH

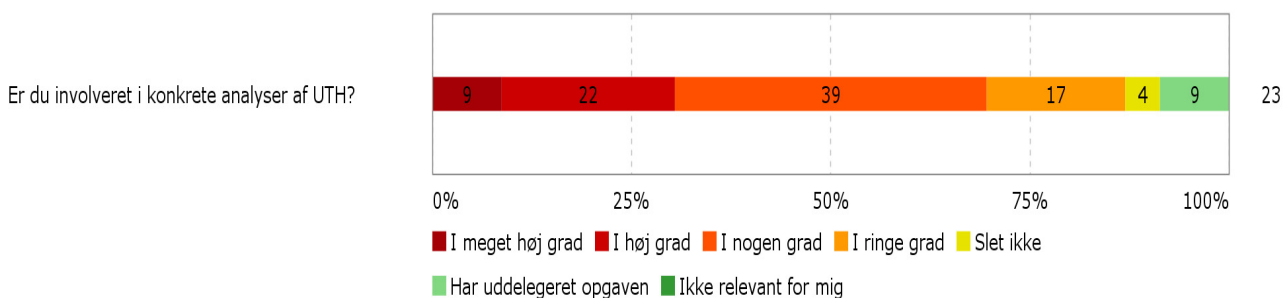
En vigtig del af UTH-arbejdet er, at UTH behandles lokalt på afdelingerne, da det er der, at læringen skal foregå. Hospitals- og centerledelserne har dog en stor interesse i hospitalets/centerets hændelser, især de dødelige og alvorlige får stort fokus.



"Jeg modtager og læser oversigten over alle de indberettede utilsigtede hændelser hver mandag. Deltager i kerneårsagsanalyser når det er muligt og spørger i nogen grad til implementeret læring. Jeg ville ikke kunne undvære den viden det giver mig."

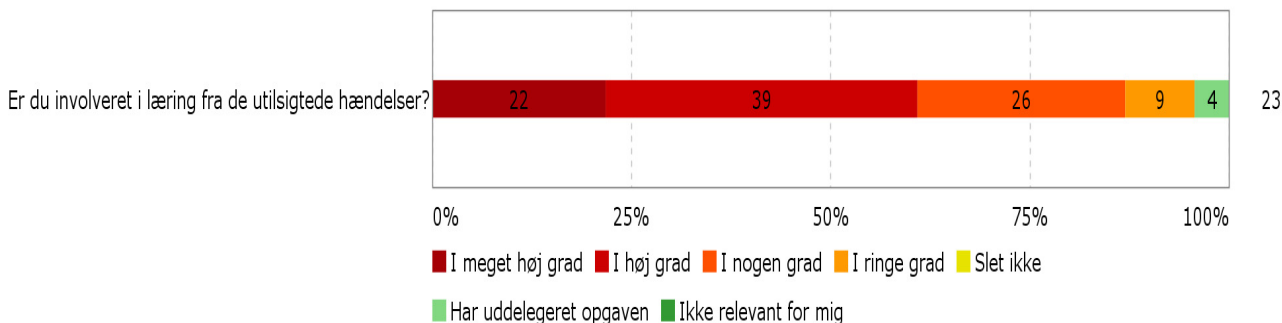
Hospitals- og centerledelsernes involvering i konkrete analyser af UTH

Hospitals- og centerledelserne involverer sig i analysearbejdet.



Hospitals- og centerledelsernes involvering i læring fra de utilsigtede hændelser

Hospitals- og centerledelserne involverer sig i at uddrage læring af UTH'erne.



"Vi arbejder godt med det. Vi laver flere kerneårsagsanalyser end nødvendigt for at skabe læring, og vi følger op. Vi arbejder med hastighed, hurtig analyse og læring."

"Vores fokus er:

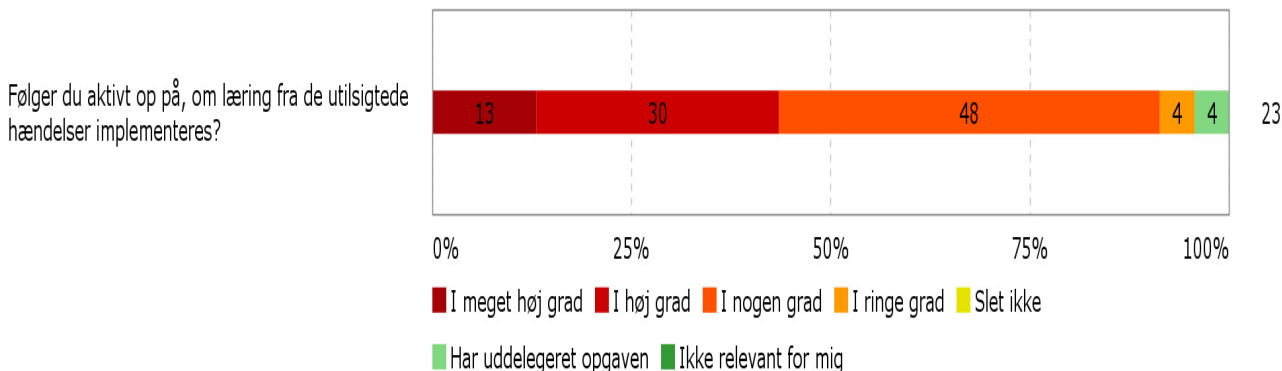
- at sikre at arbejdet med UTH er ledelsesmæssigt forankret i afdelingerne*
- at have kendskab til alvorlige hændelser, herunder hvilke tiltag, der iværksættes og følge op på de forandringer, som hændelserne giver anledning til.*
- at have fokus på sager, der går på tværs af afdelinger, centre og hospitaler*
- at have fokus på generelle uheldsmæssigheder, der kan føre til UTH'er."*

"Vigtigt at have et fælles forum på hospitalsniveau hvor UTH'er med alvorlig eller dødelig udgang systematisk fremlægges, drøftes, analyseres og videre implementeres pba. af fælles ledelsesmæssige beslutninger. Deltagerne i dette arbejde er alle kliniske og relevante tværgående afdelingsledelser, hospitalets risikomanager, kvalitetschef og hospitalsledelsen"

"På afdelingsledermøde inkl HL (strategisk lederforum) gennemgås relevante UTH'er, der af vores hospitals risikomanager vurderes at have generel organisatorisk læring. På den baggrund har undertegnede gennemgået cases i plenum."

Hospitals- og centerledelsernes opfølgning på om læringen fra de utilsigtede hændelser er implementeret

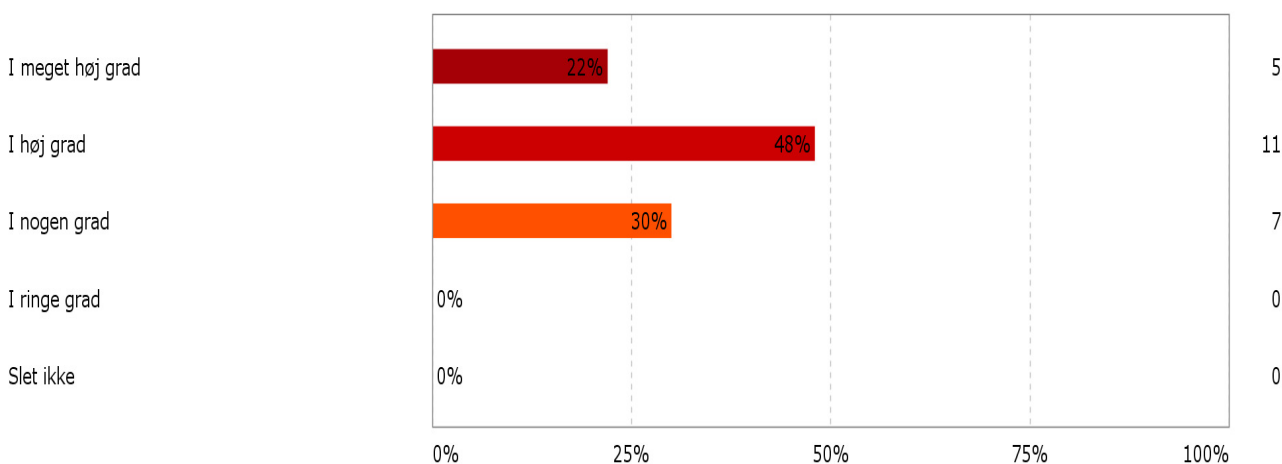
Og der følges op på om læringen implementeres.



"UTH tages meget seriøst i organisationen, og det er vigtigt at vurdere på hvilket niveau den læring der sker ved analysen, skal implementeres. Så det de rigtige ansatte der får den relevante viden med."

Hospitals- og centerledelsernes vurdering af om arbejdet med de utilsigtede hændelser øger patientsikkerheden

Hospitals- og centerledelserne oplever, at UTH-arbejdet er med til at øge patientsikkerheden



"Rapportering i sig selv befordrer ikke sikkerheden, da der altid vil være rigtig mange på niveau 1. Omvendt oplever jeg, at de alvorlige og dødelige UTH'er giver enormt stof til læring i hele organisationen, fordi ledelser på alle niveauer er involveret. Man kunne overveje, at ændre rapporteringskravene. At en patient fx får Panodil en time senere end han skulle er en UTH, men rapportering er unødvendig. Rapporteringen bruges her som et råb om, at der er travlt. Fair nok, men blot ikke hensigten med systemet. Jeg synes omvendt kravene om analysen af de alvorlige og dødelige hændelser skulle skærpes yderligere. fx med et krav om, at hele hospitalet blev bekendt med det."

"Arbejdet med at sikre og udvikle patientsikkerheden er helt essentielt i vores ledelsesarbejde og UTH og DPSD systemet har bidraget aktivt til såvel systematiske analyser som systematiseret opfølgning. Patientforløb i hospitalsregi og i sundhedsvæsenet involverer mange fagpersoner og systemer. Vi fortsætter det gode arbejde og med maksimal ledelsesforankring"

