

Dansk Selskab for  
**PatientSikkerhed**

Danish Society for PatientSafety

# Kultur, læring og selvevaluering

**PS!**

# Tak fordi jeg må deltage!



# Dansk Selskab for Patientsikkerhed

- National interesseorganisation
  - Etableret i 2001
  - 25(+/-) medarbejdere
  - Kontor på Frederiksberg - arbejder i hele landet
  - Patientsikkerhed og forbedringsmetoder er kernen
  - Sundhedsområdet, socialområdet, regioner, kommuner
  - Internationalt netværk – Institute for Healthcare Improvement, Boston, USA m.fl.
- Formand Karin Friis Bach, Danske Regioner
  - Næstformand Camilla Rathcke, Lægeforeningen
  - Næstformand Jens Kristian Hedegaard, KL
  - Dorthe Boe Danbjørg, Dansk Sygeplejeråd
  - Klaus Lunding, Danske Patienter
  - Jacob Isøe Klærke, Danske Regioner
  - Pernille Beckmann, KL
  - Anne Kahns, Danmarks Apotekerforening
  - Emil Lobe Suenson, Medicoindustrien
  - Freddy Nielsen, Danske Handicaporganisationer
  - Henrik Vestergaard, Lægemiddelindustriforeningen
  - Torben Klitmøller Hollmann, FOA

# Disposition

- Præsentation: kultur, læring og selvevaluering
- Afprøvning af værktøjet
- Opsamling og perspektivering

# Hvad er kvalitet?

- Høj professionel standard
- Effektiv ressourceudnyttelse
- Minimal risiko
- Høj tilfredshed
- Sammenhæng i forløb

(WHO)

*"the degree to which health care services for individuals and populations **increase the likelihood of desired health outcomes** and are consistent with current professional knowledge."*

(Institute of Medicine)

# Kultur er konkret...

## Kultur



Deal & Kennedy: *'The way we do things around here'*

Schein: Mønster af grundlæggende antagelser som en given gruppe har skabt, fundet eller udviklet i en læreproces grundet udfordringer med intern integration og ekstern tilpasning

Scott: Kollektive systemer der søger overlevelse gennem varetagelse af nødvendige funktioner.  
Deraf funktionalisme: de funktioner der skal varetages

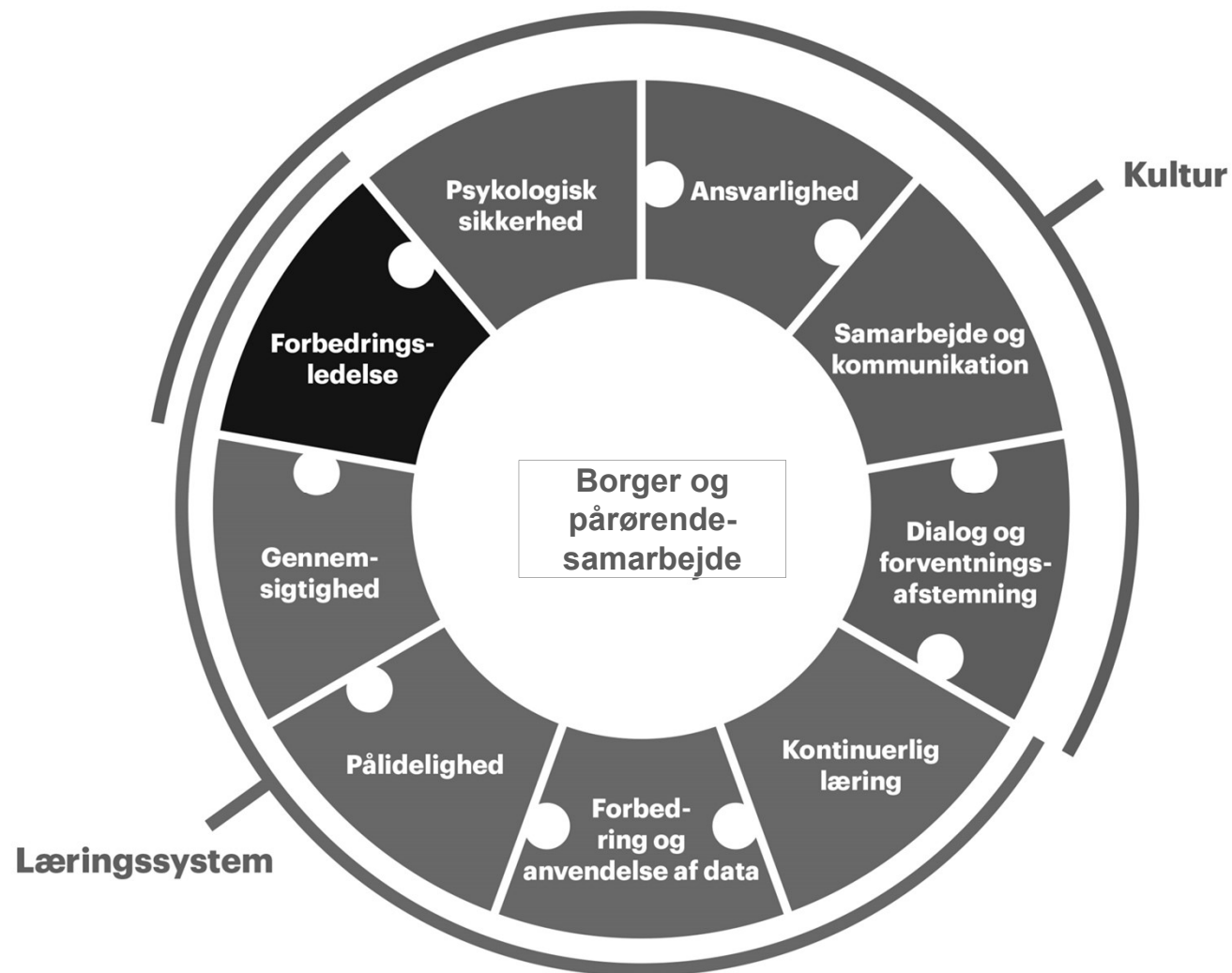
Hofstede: den kollektive programmering af sindet, der adskiller medlemmerne af en gruppe eller kategori fra en anden



# Læring

- Kontinuerlig læring indebærer, at potentielle og faktiske hændelser identificeres proaktivt og tidstro. Hvor hændelser opstår, er der også læring, og hændelsen forhindres i at ske igen i samme afsnit eller andre dele af organisationen.

# Organisering af forbedringsarbejde





# Formålet med selvevalueringsredskabet

- ....er at evaluere egen kultur og læringssystem.
- Redskabet giver mulighed for at vurdere hvor man som organisation har **styrker og svagheder** i forhold til modellens 9 komponenter, og derved
- Identificere områder med **potentiale for forbedring**.  
Derudover sætter redskabet organisationens kultur og læringssystem i relation til samarbejdet med patienter og pårørende

## 1. Psykologisk Sikkerhed

Psykologisk sikkerhed er kendetegnet ved en kultur hvor alle føler sig trygge og har mulighed for at stille spørgsmål, bede om feedback, være kritiske og foreslå nye ideer. Det hele foregår i en respektfuld tone.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Den officielle retningslinie er, at der skal være psykologisk sikkerhed, men ledelsen gør lidt eller intet for aktivt at praktisere eller tilskynde til adfærd, der fremmer en åben kultur.</li> <li>• Selv når der er overhængende fare for en patient, er medarbejdere tilbageholdene med at tage ordet.</li> <li>• Feedback gives kun via formelle processer såsom til MUsamtaler, der ofte føles overfladiske.</li> <li>• Medarbejdere modtager sjældent feedback efter rapportering af en utilsigtet hændelse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nogle ledere udviser en adfærd der fremmer en åben kultur, men det er ikke standardiseret i hele organisationen.</li> <li>• Mange medarbejdere føler sig ikke trygge ved at tage ordet, men vil formentlig gøre det, hvis en patient er i overhængende fare.</li> <li>• Medarbejdere er generelt ikke tilbøjelige til at fremlægge deres forandringsideer, da de ikke forventer at blive taget seriøst.</li> <li>• Medarbejdere modtager sædvanligvis overfladisk feedback efter rapportering af en utilsigtet hændelse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle ledere opfordrer medarbejdere til at tage ordet, adresserer adfærd der modvirker en åben kultur samt kommunikerer og deler data på transparent vis.</li> <li>• Organiseringen er ikke flad, men der er mange eksempler på organisatorisk læring efter feedback fra medarbejdere</li> <li>• Forandringsideer foreslået af medarbejdere bliver regelmæssigt afprøvet og implementeret efter succesfulde afprøvninger.</li> <li>• Alle medarbejdere modtager feedback efter rapportering af en utilsigtet hændelse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle medarbejdere er trygge ved at stille spørgsmål, bede om feedback, være kritiske og foreslå forandringsideer.</li> <li>• Alle medarbejdere bliver aktivt tilskyndet til ovenstående og det forventes på alle niveauer i organisationen.</li> <li>• Der er en flad organisering, som fremmer denne adfærd, og et læringssystem der responderer på den opnåede viden.</li> <li>• Alle ledere udviser klart denne adfærd.</li> <li>• Læring fra utilsigtede hændelser deles rutinemæssigt og effektivt i hele organisationen.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Begyndt</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Forbedring</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Stærk kultur</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Eksemplarisk/forbilledligt/ideel/</b></p>

**Af de ting I gør i forvejen, hvilke understøtter så at I har psykologisk sikkerhed?**

**I hvilket omfang samarbejder I med patienter og pårørende? Overvej dette med et sigte på at identificere muligheder for at udvikle nye og effektive partnerskaber.)** (Eksempel: Vi opfordrer patienterne og deres pårørende til at skrive deres spørgsmål ned.)

## 1. Psykologisk Sikkerhed - Arbejdsplan

Hvilke **styrker og forbedringer** i organisationen kan vi bygge videre på? Hvad kan vi dele med andre som eksempler på gode resultater?

Hvor er der **muligheder for forbedring** i organisationen? Hvor bør vi fokusere?

Hvilken **rolle spiller jeg i forbedringsarbejdet**? Har jeg brug for at søge opbakning fra andre?

Hvilke **ressourcer** har jeg tilgængelige til forbedringsarbejde? Eksempler: Personer, tid, færdigheder eller eksempler fra andre organisationer.

Hvilke **forandringsideer, tilgange, værktøjer og teknikker** kan vi anvende til at skabe forbedringer? Hvem kan vi lære af?

## 5. Kontinuerlig læring

Kontinuerlig læring indebærer, at potentielle og faktiske hændelser identificeres proaktivt og tidstro. Hvor hændelser opstår, er der også læring, og hændelsen forhindres i at ske igen i samme afsnit eller andre dele af organisationen.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hændelser rapporteres i et rapporteringssystem.</li> <li>• Læring fra patientsikkerhedsarbejdet, kerneårsagsanalyser og rapporteringssystemet deles i meget begrænset omfang i organisationen.</li> <li>• Nogle få afdelinger anvender huddles<sup>1</sup>, når de ikke har travlt.</li> <li>• Data viser, at læring sjældent eller aldrig finder sted, og at fejl og skader forekommer i stabilt eller tiltagende omfang.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ledelsen har etableret et system for deling af læring fra forbedringsprojekter, kerneårsagsanalyser og rapporteringssystemet, men det anvendes ikke altid.</li> <li>• Nogle afdelinger anvender tavler som redskab til at forstå den nuværende tilstand og til planlægning.</li> <li>• Afdelinger anvender rutinemæssigt huddles.</li> <li>• Data viser, at der forekommer fejl og skader regelmæssigt. Der er muligvis eksempler på læring i enkelte afsnit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ledelsen har etableret et system for deling af læring fra forbedringsprojekter, kerneårsagsanalyser og rapporteringssystemet på tværs af organisationen.</li> <li>• De fleste afdelinger holder daglige tavlemøder, hvor der reflekteres og planlægges.</li> <li>• Der foretages ledelsesrunder månedligt.</li> <li>• Data er synlige for patienterne</li> <li>• Data viser, at en vis læring finder sted, og at fejl og skader reduceres på nogle områder. Spredning er fortsat en udfordring.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ledelsen har etableret et system til at indsamle og forstå både succeser og fejl på tværs af organisationen og sektorer.</li> <li>• Patientsikkerhedstavler anvendes dagligt på alle afdelinger.</li> <li>• Data indikerer tydeligt, at læring har fundet sted ved en reduceret eller elimineret forekomst af visse typer hændelser, skader eller andre forhold på tværs af organisationen.</li> <li>• Patienterne er med i forbedringsteams</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Begyndt</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Forbedring</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Stærk kultur</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Eksemplarisk</b></p>

**Af de ting I gør i forvejen, hvilke understøtter så at der er kontinuerlig læring i organisationen**

**I hvilket omfang samarbejder I med patienter og pårørende? Overvej dette med et sigte på at identificere muligheder for at udvikle nye og effektive partnerskaber.**

<sup>1</sup> Tavlemøder, konferencer, faste tidspunkter for patientstatus for medarbejdere – en systematisk samling af medarbejdere. Definition på huddle

## 5. Kontinuerlig læring – Arbejdsplan

Hvilke **styrker og forbedringer** i organisationen kan vi bygge videre på? Hvad kan vi dele med andre som eksempler på eksemplariske resultater?

Hvor er der **muligheder for forbedring** i organisationen? Hvor bør vi fokusere?

Hvilken **rolle spiller jeg i forbedringsarbejdet**? Har jeg brug for at søge opbakning fra andre?

Hvilke **ressourcer** har jeg tilgængelige til forbedringsarbejde? Eksempler: Personer, tid, færdigheder eller eksempler fra andre organisationer.

Hvilke **forandringsideer, tilgange, værktøjer og teknikker** kan vi anvende til at skabe forbedringer? Hvem kan vi lære af?

Dansk Selskab for  
**PatientSikkerhed**

Danish Society for PatientSafety

# Opsamling

# Selvevaluering – og handlingsplan

## Selvevaluering - De 9 komponenter & 8 områder i S&Æ

### Selvevalueirngsskema til foranalyse

Overblik over de to overordnede domæner; kultur og læringsystem, samt 9 indbyrdes forbundne komponenter

På tværs af vores 8 områder i S&Æ – nov. 2020

Komponent:	Kultur				Læringsystem				
	Psykologisk sikkerhed	Ansvar Ansvarlighed Tysjelligheds Tålud	Teamwork og kommunikation Tysjellig samarbejde og Kommunikation	Forhandling og konflikthåndtering Diale og fvsres angelse	Forbedringsledelse	Kontinuerlig læring	Forbedring og måling Forbedring og anvendelse af data	Pådelighed	Gennemsigtighed
Definition:	Forbedret sikkerhed af medarbejdere og patienter er et centralt mål i alle virksomheder og organisationer. Det er en forudsætning for, at medarbejdere og patienter kan yde deres bedste og dermed sikre den bedste kvalitet af den ydede service. Sikkerhed er en forudsætning for, at medarbejdere og patienter kan yde deres bedste og dermed sikre den bedste kvalitet af den ydede service.	Medansvarlighed handler om, at medarbejdere og patienter har ansvar for hinanden og for den samlede kvalitet af den ydede service. Det handler om, at medarbejdere og patienter er villige til at tage ansvar for hinanden og for den samlede kvalitet af den ydede service.	Teamwork og kommunikation handler om, at medarbejdere og patienter samarbejder og kommunikerer effektivt. Det handler om, at medarbejdere og patienter er villige til at lytte til hinanden og til at dele deres viden og erfaringer.	Forhandling og konflikthåndtering handler om, at medarbejdere og patienter kan håndtere konflikter og uenigheder konstruktivt. Det handler om, at medarbejdere og patienter er villige til at finde løsninger og at samarbejde om at løse problemer.	Forbedringsledelse handler om, at medarbejdere og patienter er villige til at identificere og løse problemer og forbedre deres arbejde. Det handler om, at medarbejdere og patienter er villige til at dele deres viden og erfaringer om forbedringer.	Kontinuerlig læring handler om, at medarbejdere og patienter er villige til at lære af deres egne og andres erfaringer og fejl. Det handler om, at medarbejdere og patienter er villige til at dele deres viden og erfaringer om læring og udvikling.	Forbedring og måling handler om, at medarbejdere og patienter er villige til at måle deres arbejde og deres resultater og bruge disse data til at forbedre deres arbejde. Det handler om, at medarbejdere og patienter er villige til at dele deres viden og erfaringer om måling og forbedring.	Pådelighed handler om, at medarbejdere og patienter er villige til at dele deres viden og erfaringer og deres resultater og data. Det handler om, at medarbejdere og patienter er villige til at samarbejde om at dele deres viden og erfaringer.	Gennemsigtighed handler om, at medarbejdere og patienter er villige til at dele deres viden og erfaringer og deres resultater og data. Det handler om, at medarbejdere og patienter er villige til at samarbejde om at dele deres viden og erfaringer.
Selvevaluering:									
Begyndt		Medarbejder - Forbedring, Ansvar - Mad og M&M, Hjemme-Syggepleje, Vest	Hjemme-Syggepleje, Vest	Medarbejder - Forbedring, Ansvar - Mad og M&M, Hjemme-Syggepleje, Vest	Plejeboliger Vest (S)	Plejeboliger Vest (S)	demens Plejeboliger Vest (S)	Medarbejder - Forbedring, Ansvar - Mad og M&M, Hjemme-Syggepleje, Vest	Medarbejder - Forbedring, Ansvar - Mad og M&M, Hjemme-Syggepleje, Vest
Forbedring	Medarbejder - Forbedring, Ansvar - Mad og M&M, Hjemme-Syggepleje, Vest	Plejeboliger Vest (S)	Plejeboliger Vest (S)	Plejeboliger Vest (S)	Hjemme-Syggepleje, Vest	Hjemme-Syggepleje, Vest	Medarbejder - Forbedring, Ansvar - Mad og M&M, Hjemme-Syggepleje, Vest	Plejeboliger Vest (S)	demens Plejeboliger Vest (S)
Stærk kultur	demens Plejeboliger Vest (S)	demens	demens	demens	demens			demens	
Eksemplarisk									

\*\* I hvilket omfang samarbejder I med patienter og pårørende? Overvej dette med et sigte på at identificere muligheder for at udvikle nye og effektive partnerskaber

Område for Plejeboliger (Vest), Sine Nyeland Sandholt

Område for Demens, Susanne Rasmussen

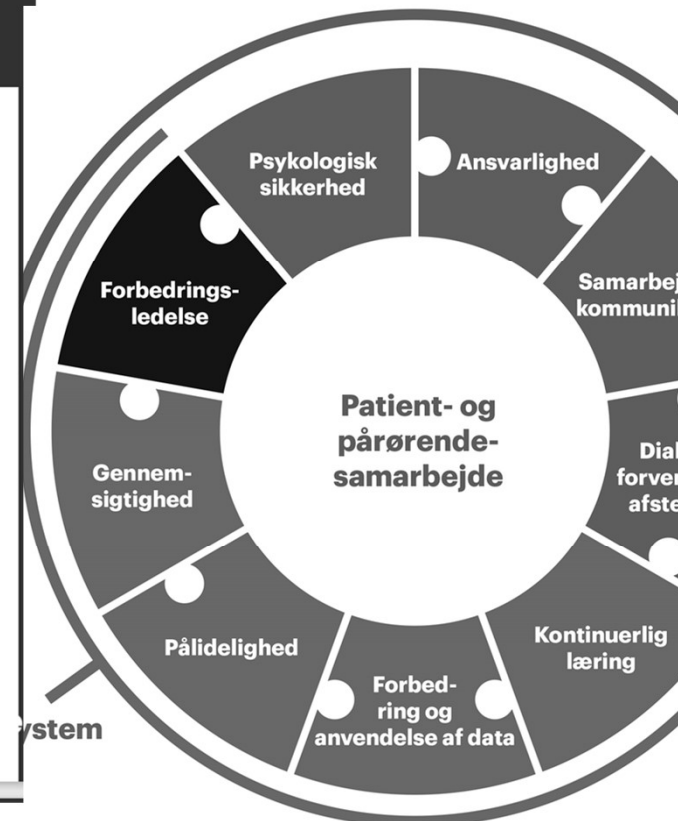
Område for Træning og Rehabilitering, Anne Sloth-Egholm

Område for Akutotdel, Forbedringsledelse, Mad og M&M, Hjemme-Syggepleje, Vest

Område for Visitation og Akutte, korte borgerforløb, Birgitte Møller Laursen (prostattekst, ingen x'er)

Område for Plejeboliger (Øst), Hanne Reinhold (Jeg når ikke at forholde mig til det – er presset på opgaver i driften. Desværre)

Område for Hjemme- og Sygepleje (Vest), Liselotte Ambrosius Magelby



Hvad vil vi opnå?

# Implementering!

- **Af det vi har besluttet**
  - **Sikkert**
  - **Robust**
- **Meningsfuldt**

**PS!**

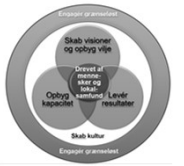


# Juran: kvalitetsledelse

- **Kvalitetsplanlægning (QualityPlanning)**, hvor der med udgangspunkt i en ægte forståelse af borgernes behov, data om (klinisk) performance, arbejdsgangsanalyser mv. identificeres kvalitetsgab og spild, sættes mål og igangsættes forbedringsprojekter.
- **Kvalitetsforbedring (QualityImprovement)**, hvor team ved hjælp af forbedringsmetoder og redskaber udvikler, afprøver og implementerer forbedringer.
- **Kvalitetsovervågning (Quality Control/Assurance)**, der monitorerer, hvorvidt processer er stabile og på tilfredsstillende niveau, så alle får behandling på det niveau, der er enighed om, og igangsætter justeringer, såfremt dette ikke er tilfældet.

# Juran triologi

QP – Kvalitetsplanlægning



# Figuren må ikke vælte!

QC/QA –  
Kvalitetskontrol/  
overvågning



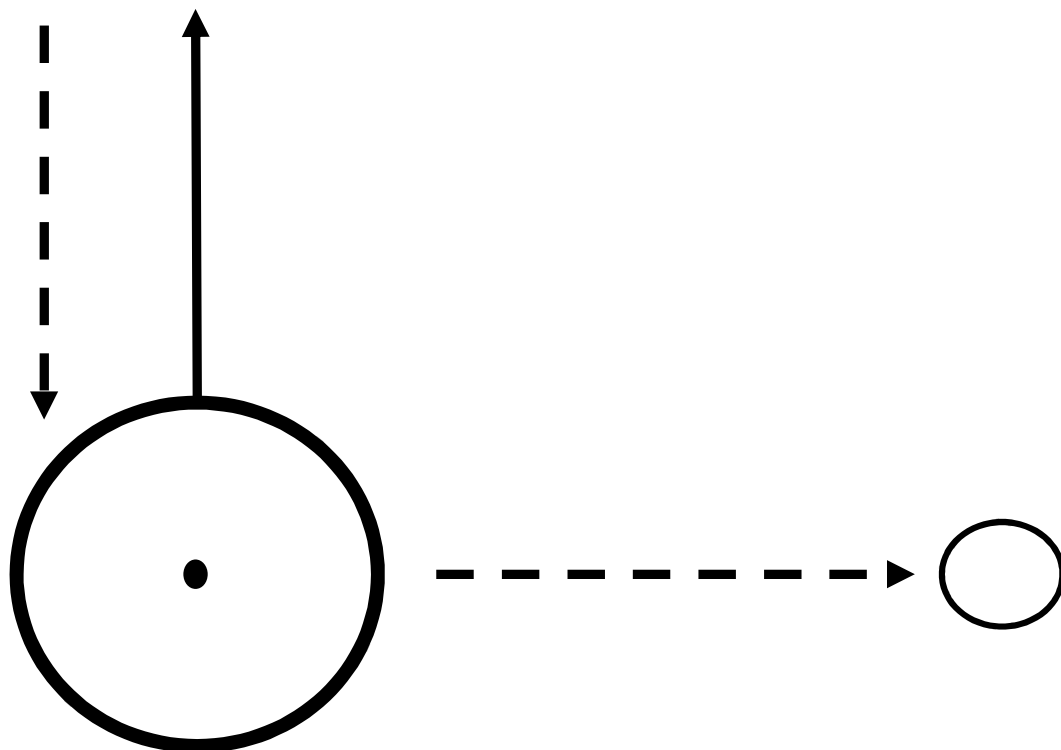
QI –  
Kvalitetsforbedring



## Stærke handlingsplaner fremmer sikre arbejdsgange - så vi skal fremme stærke handlingsplaner

Hvor stærk er handlingsplanen?		
Stærk	Mindre stærk	Svag
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tydelig og handlekraftig ledelse</li> <li>• Etablering af barrierer</li> <li>• Færre arbejdsstrin</li> <li>• Ensartet udstyr</li> <li>• Mindre afhængighed af medarbejdernes hukommelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tjeklister</li> <li>• Sikkert design af emballage og udstyr</li> <li>• Sikker Mundtlig Kommunikation</li> <li>• Færre afbrydelser og forstyrrelser</li> <li>• Bedre it-systemer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Advarsler og indskærpelser</li> <li>• Mere undervisning</li> <li>• Øget omhu</li> <li>• Nye retningslinjer</li> </ul>
<p>Skemaet er bearbejdet på grundlag af: <b>Root Cause Analysis Tool. VA National Center for Patient Safety.</b>  <a href="https://www.patientsafety.va.gov/docs/joe/2014%20RCA%20Tools%20FINAL%20Formatted%20REV10%202016.pdf">https://www.patientsafety.va.gov/docs/joe/2014%20RCA%20Tools%20FINAL%20Formatted%20REV10%202016.pdf</a></p>		

# Eksempel fra X-købing - interviews og dokumenter



Deling af viden:

Internt: Gruppemøder, drøftelser af UTH og daglige udfordringer

Opad: Viden om problemer bringes til ugentligt ledermøder og lign

Nedad: Ingen systematisk deling af viden

På tværs: Ingen deling af viden på nogle niveauer (andet end borgerniveau)

# Hvad har vi lært af covid-19-epidemien?

Ny bog:  
De vigtigste erfaringer  
fra over 100 aktører  
i og omkring  
sundhedsvæsenet

Bestil her:  
[patientsikkerhed.dk/bog-hvad-har-vi-laert](https://patientsikkerhed.dk/bog-hvad-har-vi-laert)



# Patientsikkerhedskonference 2021

#Patient21 – fremtidens  
patientsikkerhedsarbejde – hvordan skaber vi  
et endnu mere sikkert sundhedsvæsen?

**Den 8.-9. november i København**

Mere info og tilmelding på:  
[patientsikkerhed.dk/patient21](https://patientsikkerhed.dk/patient21)



Søndag

- Nej
- Måske

9. Hvad er sundhed for dig?

Salat på min pizza

10. Føler du dig sund i din hverdag?

Tak