

Patientsikkerhedsplan

1. FORORD OG PATIENTSIKKERHED PÅ BORNHOLMS HOSPITAL

Patientsikkerhedsplanen for 2020-22 er udarbejdet i samarbejde mellem hospitalets afdelingsledelser, Direktion og Administration og baserer sig på, hvordan de involverede sundhedspersoner i afdelinger og afsnitsledelser beskriver deres arbejde med patientsikkerhed. Patientsikkerhedsplanen er gennemarbejdet med Klinisk Koordinering, og er efterfølgende godkendt på LederForum d. 20.10.20 og VMU i februar 2021. Derefter kan den videre proces med implementering og udbredelse starte med input fra Kommunikationsteamet.

Patientsikkerhedsplanen tager afsæt i Sundhedsloven og vejledninger fra region Hovedstaden og beskriver den lokale og praktiske ramme for patientsikkerhedsarbejdet, herunder opgave og ansvarsfordeling mellem afdelingsledelser, afsnitsledelser, personale med opgaver i patientsikkerhed, direktion, administration, frontlinjepersonale, patienter og pårørende.

2. ORGANISERING

AFDELINGSLEDELSER OG AFSNITSLEDELSER

Afdelingsledelser er ansvarlige for at bringe patientsikkerhed ind i den kliniske hverdag ved at skabe rammer for og følge op på både det reaktive og proaktive patientsikkerhedsarbejde. På den måde understøttes patientsikkerhedskulturen. Arbejdet omfatter:

- Rammer for sagsbehandling af UTH, herunder sikre faglige sagsbehandlere og sekretærer til fordeling og flow af sager.
- Rammer for rapportering lokal læring af UTH – herunder formidling af læring og erfaring fra udviklede handleplaner
- Understøttelse af personaleledelse i scoring, analyser og udvikling af handleplaner for alle UTH.
- Når relevant selv deltage i analyser og andre læringsaktiviteter, herunder lede lokale KÅA og evt. hændelsesanalyser
- Understøttelse af opfølgning, herunder feed-back efter analyser
- Sikre at personale er udpeget og uddannet til at varetage arbejdet med UTH, herunder funktioner som UTH-sekretær, faglige sagsbehandlere og PSK. UTH-sekretær udpeges i samarbejde med ledende lægesekretær
- Italesættelse af patientsikkerhedskultur med læring fremfor skyld, herunder blik for "second victim problematikker".

HOSPITALET'S RISIKOMANAGERFUNKTION

Risikomanagerfunktionen har ansvar for at:

- Varetage opgaven med koordinering og understøttelse af arbejdet med patientsikkerhed på tværs af virksomheden, herunder facilitering af patientsikkerhedsanalyser ved alvorlige og dødelige hændelser.
- Fungere som bindeled til Regionens Enhed for Kvalitet i Sundhedsvæsenet
- Sikre at hændelser med behov for øjeblikkelig vurdering grundet mulig risiko for pågående skade på patienter straks videreformidles til Enhed for Kvalitet i Sundhedsvæsenet såvel pr.mail som telefonisk
- Der sker læring på tværs af områderne med utilsigtede hændelser, patientklager og patienterstatninger.
- Visitere UTH
- Sikre at hændelser, der rapporteres som dødelige eller andre alvorlige hændelser straks formidles til afdelingsledelsen med henblik på drøftelse af **udredningsforløb**
- Rådgive afdelingerne om sagsbehandling og analyser med udgangspunkt i regionens retningslinjer.
- Overvåge og analysere mønstre i UTH'er på tværs af hospitalet i samarbejde med relevante faglige eksperter, herunder med særligt fokus på Bornholmske problemstillinger.
- Interviewe patienter og personale i forbindelse med analyser efter aftale med afdelingsledelser, når dette skønnes relevant
- Understøtte udvikling af robuste patientsikkerhedsløsninger til hospitalet, f.eks inden for kommunikation
- Følge op på handleplaner på analyser.
- Facilitere at der sker læring på tværs af områderne med utilsigtede hændelser, patientklager og patienterstatninger i samarbejde med den øvrige Administrationen
- Understøtte udvikling af robuste patientsikkerhedsløsninger til hospitalet, f.eks inden for kommunikation
- Italesættelse af patientsikkerhedskultur med læring fremfor skyld, herunder blik for "second victim problematikker".
- Understøtte relevant netværk blandt ledere og medarbejdere på hospitalet, som arbejder med såvel sagsbehandling som læring af UTH.
- **Arbejde proaktivt med patientsikkerhed**
- Undervise i patientsikkerhed i relevante fora, herunder også konkret undervisning af personale og afsnitsledelser involveret i håndtering af UTH.
- Planlægge og afvikle diverse mødeaktiviteter om patientsikkerhed, herunder også M & M møder.
- Holde sig opdateret omkring udvikling indenfor patientsikkerhed gennem fortsat uddannelse og via deltagelse i Regionens Risikomanagernetværk og fungere som bindeled til Regionens Enhed for Kvalitet i Sundhedsvæsenet.
- Visitere og sikre opfølgning og afrapportering i sager om medicineringsfejl og produktfejl, der meddeles hospitalet fra centrale og regionale myndigheder.

DIREKTION

Direktionen er øverste ansvarlige for patientsikkerheden på hospitalet ved at:

- Sikre rammer for at der bliver draget omsorg for patient, pårørende og personale i forbindelse med en alvorlig eller dødelig utilsigtet hændelse.

- Sikre at patientsikkerhed er et fælles anliggende for ledelser og medarbejdere.
- Sikre koordination mellem patientsikkerhed og det øvrige arbejde med kvalitetsudvikling.
- Sikre koordination i det tværsektorielle patientsikkerhedsarbejde med Bornholms Regions Kommune og Almen praksis.
- Sikre, at funktionen som risikomanager varetages på et overordnet niveau på Hospitalet, således at risikomanageren kan fungere på tværs af kliniske og administrative funktioner.
- Beslutte om kerneårsagsanalyser (KÅA) skal gennemføres i dialog med afdelingsledelserne.
- Kan lede og facilitere kerneårsagsanalyser på tværs af afdelinger eller hvor det i øvrigt anses for hensigtsmæssigt.
- Italesættelse af patientsikkerhedskultur med læring fremfor skyld, herunder blik for "second victim problematikker".

UTH-SEKRETÆR OG FAGLIG SAGSBEHANDLER

UTH-sekretæren er en lægesekretær eller ledelseskonsulent udpeget i samarbejde mellem afdelingsledelser og ledende lægesekretær. UTH-sekretær har opgaven med at:

- Formidle hændelser med henblik scoring og sagsbehandling til de relevante fagpersoner/sagsbehandlere.
- Sørge for flow i sager, overholdelse af deadlines, samt modtage og indføre fagpersoners sagsbehandling og handleplaner i Dansk Patientsikkerheds Database (DPSD), når sagen er anonymiseret.
- Holde tæt kontakt med Risikomanager

Den faglige sagsbehandler er faglig ekspert i afdelinger og afsnit, som udpeges af afdelingsledelserne. Opgaven som faglig sagsbehandler varetages typisk af specialekyndige læger, sygeplejersker, jordemoder, fys-ergoterapeuter, sekretærer, portører og teknisk personale, som er fagligt respekterede. Ofte har de også en funktion i afsnitsledelserne, men ikke nødvendigvis. Den faglige sagsbehandler har opgaven med at

- Udrede og analysere hændelsesrapporten efter denne er modtaget fra UTH-sekretæren i samarbejde med relevante kolleger
- Returnere sag med handleplaner til UTH-sekretær, der anonymiserer sagen og afslutter i DPSD
- Sikre at der laves gode handleplaner med fokus på systemer
- Understøtte i samarbejde med egen afsnits- og afdelingsledelse intern implementering og videndeling i afsnit og afdelinger
- Italesætte patientsikkerhedskultur med læring fremfor skyld, herunder blik for "second-victim problematikker" svarende til Patientsikkerhedskoordinatorrollen i Region Hovedstadens VIP

ALLE MEDARBEJDERE MED DIREKTE/INDIREKTE PATIENTKONTAKT

Den enkelte medarbejder har et medansvar for at fremme en god patientsikkerhedskultur på sin afdeling ved til enhver tid tilgodesee en høj patientsikkerhed ved at rapportere en erkendt eller formodet utilsigtet hændelse og ved at italesætte patientsikkerhedsmæssige udfordringer konstruktivt.

3. TEMATISK ORGANISERING

3.1 ANALYSEMETODER

3.2 ÅRSAGSANALYSE/HÆNDELSESANALYSE

3.3 KERNEÅRSAGSANALYSER

3.4 UTH SAGS- OG ARBEJDSGANG

3.5 PROAKTIVE TILTAG

3.6 MØNSTRE

3.7 NETVÆRK

3.1 ANALYSEMETODER

Afhængig af hændelsen og scoringen håndteres hændelsen via følgende analysemetoder:

- Simpel årsagsanalyse/hændelsesanalyse
- Dybdegående patientsikkerhedsanalyse, f.eks kerneårsagsanalyse
- Aggregeret dybdegående patientsikkerhedsanalyse, f.eks aggregeret kerneårsagsanalyse

Øvrige analyser i brug er

- Tværgående analyser, hvor flere virksomheder eller hospitaler er involveret, som varetages af Enhed for Kvalitet i Sundhedsvæsenet
- Tværsektorielle analyser varetages af risikomanagerfunktionen i Enhed for Kvalitet i Sundhedsvæsenet, det relevante samordningsudvalg informeres og inddrages evt i analysen. Opfølgning på handleplaner varetages af ledelsessystemet i den respektive sektor.
- Aggregerede patientsikkerhedsanalyser herunder aggregerede kerneårsagsanalyser gennemføres ved flere hændelser af samme karakter. Benyttes med fordel til hyppige hændelser/næ-

hændelser hvor man ønsker at se på mønstre og tendenser ved f.eks fald, selvskade eller medicinadministrationsfejl. Hændelser fra hele regionen kan indgå. Ved aggregerede analyser i sektorovergange inddrages Enhed for Kvalitet i Sundhedsvæsenet

- Fejlkildeanalyser og FRAM analyser er andre metoder, der anvendes nationalt og internationalt.
- Regionen har samlet alle værktøjer i patientsikkerhedsarbejdet i [Link til værktøjskasse](#)

3.2 ÅRSAGSANALYSE/HÆNDELSESANALYSE

Hændelsesanalysen har til formål at analysere enkelthændelser systematisk, herunder fastslå hvad, der kan udledes af læring (se Metodekatalog fra Region Hovedstaden og Dansk Selskab for Patientsikkerhed, <https://intranet.regionh.dk/regi/patient/kvalitet/patientsikkerhed/analysemetoder/Sider/Metodekatalog.aspx>). Metoden hjælper også til at fastholde fokus på opfølgning, specielt hvis der udvikles klare handleplaner. Ved utilsigtede hændelser med score 1, 2 og 3 (jvf alvorlighedsskala) håndteres disse lokalt i den enkelte afdeling/afsnit. Dette kan gøres ved en simpel årsagsanalyse, som vurderer behov for ændringer og forbedringstiltag. Enten i forhold til en enkelt hændelse eller opsamlede hændelser over tid. Analyser og eventuelle tiltag formidles til medarbejdere i lokale feedbackprocesser med deltagelse af blandt andet sagsbehandlere og patientsikkerhedskoordinatorer. Handleplaner er det centrale produkt af hændelsesanalysen. Efter endt sagsbehandling med handleplaner returneres disse til UTH-sekretær, der anonymiserer og indsender sagen til DPSD.

3.3 KERNEÅRSAGSANALYSER

3.3.1 Hvornår skal kerneårsagsanalyse foretages?

Kerneårsagsanalyser (KÅA) iværksættes af Direktionen efter indstilling fra risikomanager og involverede afdelingsledelser. Dybdegående systematisk patientsikkerhedsanalyse, f.eks kerneårsagsanalyse skal gennemføres ved alvorlige hændelser (faktuel score 4 og 5), med mindre væsentlige forhold taler imod, f.eks hvis der for nyligt er udført analyse herom og handlingsplanerne endnu ikke er gennemført, eller hændelsen med sikkerhed og entydigt kan forklares med én medarbejders grove brud på alment kendte og accepterede regler eller uacceptabel afvigende adfærd. Se i øvrigt dokument "Dialog om der skal gennemføres kerneårsagsanalyse": <https://intranet.regionh.dk/regi/patient/kvalitet/patientsikkerhed/analysemetoder/Documents/Gennemforsel%20af%20analyse.pdf>

Dybdegående patientsikkerhedsanalyse kan også gennemføres ved mindre alvorlige hændelser eller nærhændelser, hvor den potentielle score er alvorlig, og det vurderes, at der er et læringspotentiale. Analyser gennemføres i team med deltagelse af relevante fagpersoner. Ved analyser involverende medicineringsfejl kan den lokale farmaceut inddrages.

Medarbejdere og ledere som har været direkte involveret i hændelsen kan deltage i analysen gennem interview og gennem fremmøde, hvis det er muligt. Det er ofte en styrke for analysen, hvis det direkte involverede personale deltager, fordi de ved hvad der skete og hvordan deres arbejdsvilkår var. Ledende personale, som har en egen rolle i forløbet af en hændelse, kan ikke lede analysen.

Patienter og pårørende kan deltage i analysen gennem interview eller ved fremmøde.

3.3.2 Scoring af hændelser – hvordan?

Hændelsernes alvorsscores først af rapportøren ved rapportering af UTH. Derefter scores hændelserne endeligt af den faglige sagsbehandler, som udpeges af UTH-sagsstyrer, der har opdateret og lokal viden om hvilke faglige sagsbehandlere, der skal håndtere sagen.

Hændelserne scores ud fra en alvorlighedsskala fra Styrelsen for Patientsikkerhed ift. den faktuelle skade som følge af hændelsen. Afhængig af skadens varighed, grad af skade og behovet for øget behandling/pleje i hændelsen scores alvorligheden fra en skala fra 1-5. Vurderingen baseres på bedste faglige skøn.

Score		Grad af faktuel skade	Behov for behandling/pleje
1. Ingen skade		Ingen	
2. Mild		Let	Ikke øget
3. Moderat			Øget
4. Alvorlig			Øget
4. Alvorlig			Akut livreddende
5. Dødelig		Død	

1. **Ingen:** Patienten fik **ingen skade**.
2. **Mild:** Patienten fik en **mild** skade, dvs. lettere forbigående skade, som ikke krævede øget behandling eller øget plejeindsats.
3. **Moderat:** Patienten fik en **moderat** skade, dvs. forbigående skade, som krævede indlæggelse eller behandling hos den praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling.
4. **Alvorlig:** Patienten fik en **alvorlig**, skade dvs. permanent skade, som krævede indlæggelse eller behandling hos den praktiserende læge eller øget plejeindsats. For indlagte patienter øget behandling eller andre skader, som krævede akut livreddende behandling.
5. **Død:** Patienten **døde** som følge af den utilsigtede hændelse

Skadevoldende utilsigtede hændelser, der medfører dødsfald eller varigt betydeligt funktionstab (alvorlighedsscore 4 og 5) er alvorlige hændelser. Disse omfatter f.eks.:

- uventede dødsfald, der ikke har relation til patientens sygdom eller tilstand,
- patienters selvmord under indlæggelse eller i ambulans behandling,
- væsentlige permanente funktionstab, der ikke har relation til patientens sygdom eller tilstand,
- forvekslingskirurgi på det forkerte sted, den forkerte patient eller udførelse af en forkert procedure

3.4 UTH SAGS- OG ARBEJDSGANG, HERUNDER ROLLEFORDELING

Utilsigtede hændelser indberettes decentralt og Risikomanager modtager avis fra DPSD hver gang der er en ny. Disse gennemlæses og fordeles til de respektive UTH-sekretærer, med mindre der er tale om alvorlige og dødelige UTH, hvor risikomanager så parallelt kontakter afdelingsledelsen med henblik på orientering, mulig nedscoring eller behov for akutte tiltag. Eventuelt forudgået af opklaring af sagsomstændigheder og lokalisation via Sundhedsplatformen. UTH-sekretærer sender resumé til den faglige sagsbehandler, der scorer, sagsbehandler og laver handleplaner for UTH med scoring 1-3, med relevant hjælp. Herefter returneres sag og handleplaner til UTH-sekretær. Sagsbehandler og afdelingsledelse/afsnitsledelse aftaler hvordan, der konkret skal arbejdes med implementering, læring og handleplaner. I sager med specifik og generel trussel af patientsikkerheden udover Bornholms Hospital, involveres Enhed for Kvalitet i Sundhedsvæsenet både pr. mail og telefonisk af risikomanager. Dette kan fx være hvis der er identificeret alvorlige fejl ved et produkt eller et IT-system.

Hændelserne forventes hurtigst muligt scoret, derefter sagsbehandling (se analyser) med handleplaner og returneret senest 4 uger efter modtagelse ved score 1-3. Alvorlige og dødelige hændelser scores senest 1 uge ift den videre analyse. Tidsfrist for den samlede sagsbehandling er 3 måneder fra hændelsen er rapporteret til sagsbehandling og indsendt til DPSD.

Ved patient og pårørende rapporterede UTH, skal afdelingsledelsen kvittere for modtagelsen enten mundtligt, eller ved at sende brev eller mail til rapportør inden for 3 dage. I tilbagemeldingen udtrykkes anerkendelse for at have modtaget samt takke for UTH-rapporten. Der udtrykkes en undskyldning for det hændte og der skitseres hvordan rapporten bliver sagsbehandlet. Se tekstforslag til brevindhold ([https://vip.regionh.dk/VIP/Redaktoer/RH.nsf/vLookupUpload/ATTACH-RHAP-9R9KSY/\\$FILE/Bilag%202%20Tekstfor-slag%20til%20brevindhold%20til%20patient.doc](https://vip.regionh.dk/VIP/Redaktoer/RH.nsf/vLookupUpload/ATTACH-RHAP-9R9KSY/$FILE/Bilag%202%20Tekstfor-slag%20til%20brevindhold%20til%20patient.doc)) og "Dialogsamtaler med patienter og pårørende" (<http://vip.regionh.dk/VIP/Redaktoer/RH.nsf/X13DC6139F0FC05EFC1257967002877E6?OpenDocument&ref=internalVIP>).

Risikomanager holder ugentligt møde med Direktionen hvor nye UTH gennemgås, status på igangværende sager og behov for særligt fokus drøftes.

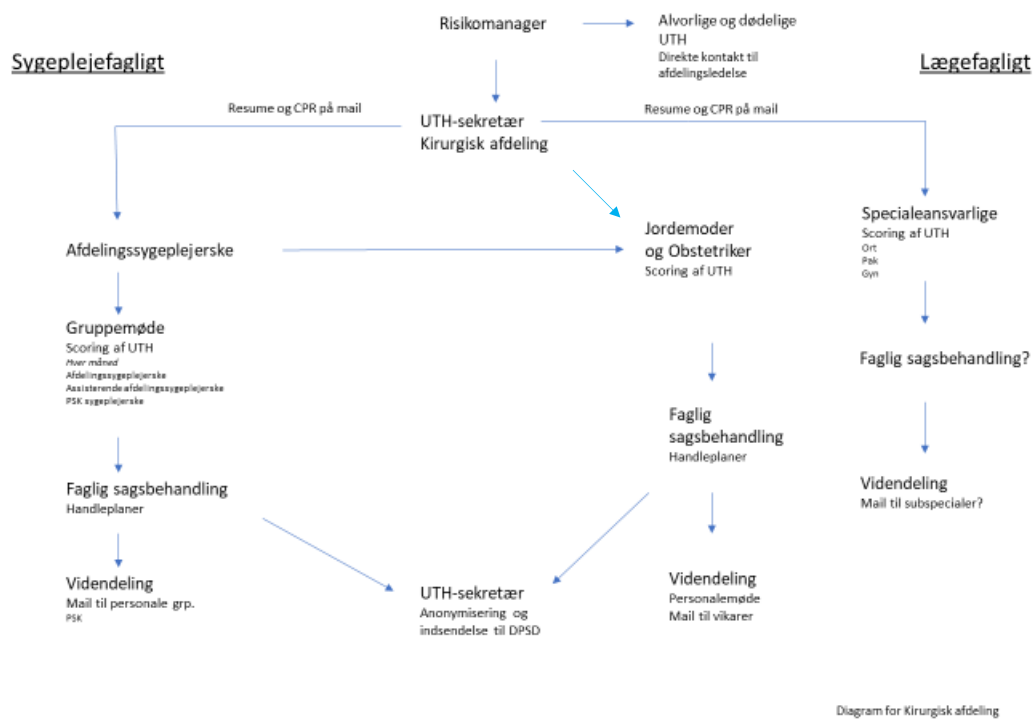
Direktionen deltager i arbejdet med UTH på ugentlige møder med risikomanager med sagsgennemgang, prioritering, analyser og sparring, herunder om patienter og pårørende skal inviteres ind i påtænkte analyser.

Ugentligt afholdes møde mellem risikomanager, farmaceut og kvalitetskonsulent om UTH for at lave konkrete forbedringer af patientsikkerhedsområder og understøtte afdelingsledelser med forbedringsforslag.

Afdelingsledelsen skal understøtte, at tiden fra analysestart til rapporten er godkendt, bliver kortest mulig. Afrapportering og handleplaner, der udspringer af analysen, skal altid have en entydig placering af, hvem der har ansvar for gennemførelsen. Opfølgning på handleplaner varetages af ledelsessystemet. Afsnitsledelsen sørger for den konkrete sagsbehandling ved at sundhedspersonale med de rette kompetencer kan sættes sammen og identificere problemstillinger, udføre analyser, uddrage læring, udvikle handleplaner. Afsnitsledelsen kan vælge at give feed-back til UTH-rapportør.

Diagrammer for de enkelte afdelinger:

Figur 1. Kirurgisk Afdeling



Figur 2. Anæstesiområdet

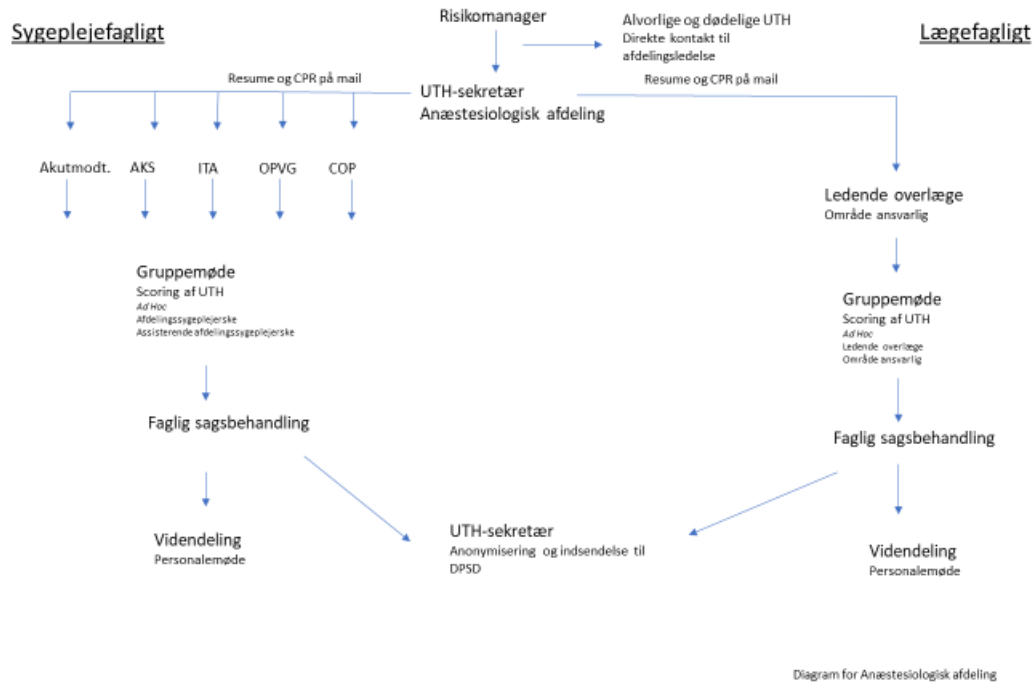
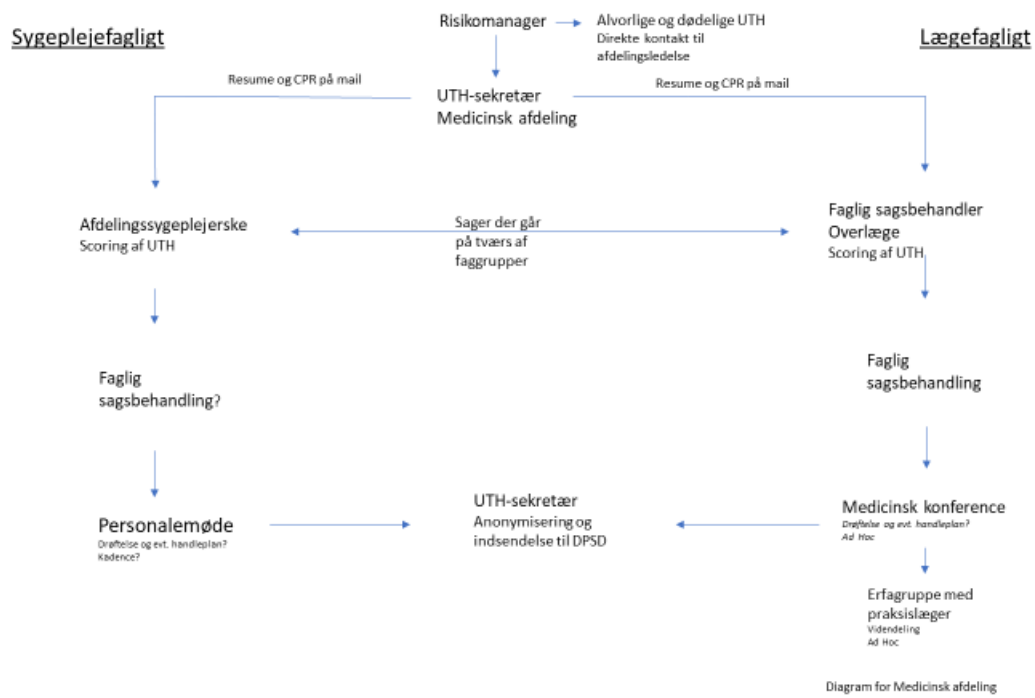
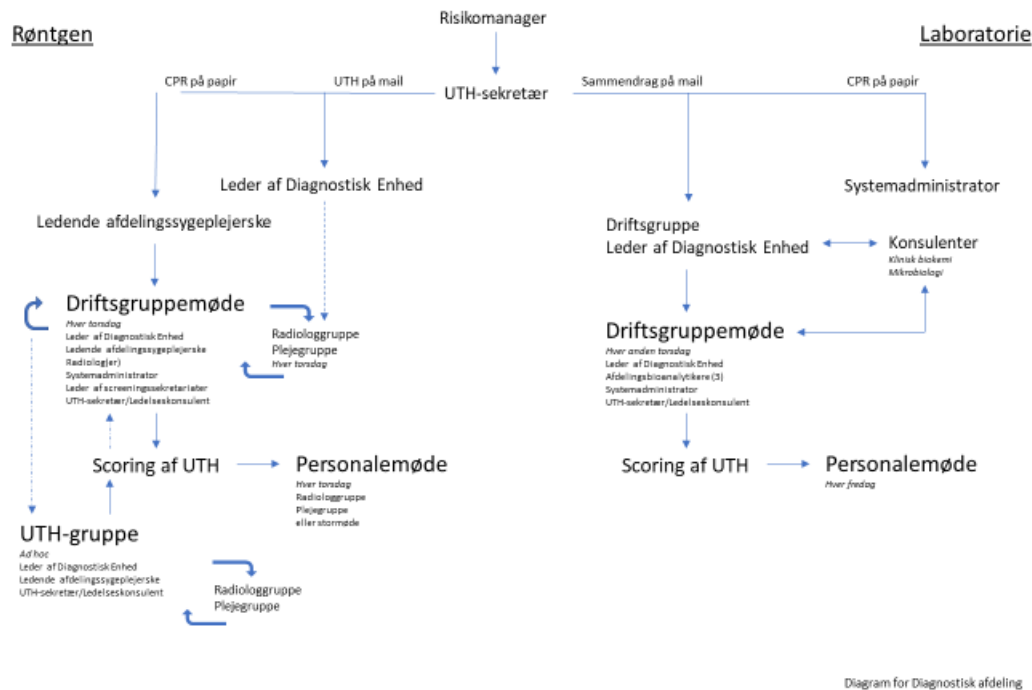


Diagram for Anæstesiologisk afdeling

Figur 3. Medicinsk Afdeling



Figur 4. Diagnostisk Enhed



3.5 PROAKTIVE TILTAG

Proaktivt patientsikkerhedsarbejde har til formål at forebygge farlige situationer. Dette gøres dels gennem et stærkt fokus på kultur, der italesætter risici og dels gennem læring af det gode forløb. På Bornholms Hospital foregår det proaktive patientsikkerhedsarbejde blandt andet gennem:

- 9.05 møder, hvor evt problemer på dagen drøftes
- Fælles møder med centrale samarbejdsparter, hvor kommende udfordringer vendes
- Direktionens stuegange og floor walks, hvor direktionen møder personale direkte mhp dialog om patientsikkerhed, arbejdsmiljø mv.
- Teamtræning af ikke-tekniske færdigheder
- Udvekslingsbesøg med træning af tekniske kompetencer, med særlig vægt på situationer, som er sjældne på Bornholms Hospital
- Morbidity & Mortality møder månedligt, hvor patientsikkerhedskultur og læring italesættes
- Boot-camp i kirurgi, hvor højrisikolægemedler gennemgås
- Ledelsesernes kompetencer, intro forløb, "selvlært kultur"
- VIP organisering

I takt med et mere robust arbejde med patientsikkerhed udvikles på Bornholms Hospital vil der i højere grad også kunne arbejdes med at lære af dét, der går godt, frem for dét, der går galt i et komplekst system som et hospital udgør. Kvantitativt og kvalitativt fylder hospitalets og medarbejdernes gode indsatser langt mere end fejl, skader, klager og erstatninger. Personalet løser mange problemer proaktivt og improviserer løbende med at reducere risiko for patientusikre hændelser. Denne tilgang vil forsøgsvis blive afprøvet på kerneårsagsanalyse(r) i 2021, da særlig læringsudbyttet har vist sig at være væsentlig større, end ved den traditionelle kerneårsagsanalyse.

3.6 MØNSTRE

Det er en central opgave for risikomanagerfunktionen og de faglige sagsbehandlere at være opmærksomme på mønstre i UTH'erne. Risikomanager har opgaven med oprettelse, opdatering og vedligehold af en database, der har til formål at overvåge mønstre i de rapporterede UTH mht ophobning, lokationer, personale, årsager, typer og alvorlighed. Mønstre identificeres ud fra en udviklet database, hvorfra Risikomanager kan afrapportere til LederForum, afdelingsledelser, VMU, ULF og relevante indsatsgrupper. For arbejdet med mønstre og temaer skal der fastlægges indikatorer, mål og monitoring, der kan synliggøre out-come af indsatsen. Sammendrag af dette kan sammen med eksempler på handleplaner indgå i dialogmøder mellem afdelingsledelser og Direktion.

Bornholms Hospital understøtter mønsteranalyser via drøftelse af UTH i indsatsgrupperne og på møder i afdelingerne, f.eks medicinsk afdelings kvalitetsgruppe og røntgenlægenes faglige møder. På medicinrådet har hospitalets farmaceut dog til opgave at bistå og følge op på sagsbehandlingen i afdelingerne med henblik på at der skaffes oplysninger til brug for mønstre på tværs af hospitalet og de tværsektorielle samarbejdspartnere som Almen Praksis og Bornholms Regionskommune. Det er også hospitalets farmaceut som samler hændelser til Indsatsgruppen for medicin.

Yderligere har hospitalet iværksat læring på tværs af klage- og erstatningssager. Dette varetages af Administrationen i samarbejde mellem jurist og risikomanager.

3.7 NETVÆRK

På Bornholms Hospital bliver patientsikkerhedsarbejdet berørt mange forskellige steder i og omkring organisationen og på mange forskellige niveauer. Hver afdeling/afsnit har overblik over, hvem der sidder med i de forskellige arbejdsgrupper, men samlet vurderes det, at der er behov for en identificering af alle de arbejdsgrupper og netværk, som har berøring med patientsikkerhed samt en tydeliggørelse af hvem, der er repræsenteret hvor. Dette klarlægges mellem afdelingsledelser og Administration.

På BOH benyttes indsatsgrupper til håndtering af temaer på tværs af afdelingerne. Internt i afdelingerne har man organiseret sig forskelligt med hensyn til kvalitetsarbejdet. BOH er repræsenteret i grupper på tværs af sektorerne f.eks. driftsgruppe, erfagrunder og risikomanagermøder mellem kommune og hospital.

På regionalt niveau er BOH repræsenteret på de regionale risikomanagermøder og kvalitetschefmøder, hvorfra læring og spredning formidles. I hverdagen sparrer Risikomanager med Center for Sundhed og de regionale risikomanagers.

Patientsikkerhedskoordinator (PSK) er en ikke udfoldet rolle på Bornholms Hospital, men kunne have ansvar for at bistå ledelsen i egen afdeling med opgaver i relation til utilsigtede hændelser og patientsikkerhed, samt bringe patientsikkerheden ind i den kliniske hverdag som led i varetagelsen af afsnitets opgaver. Nationalt og regionalt uddannes PSK'ere i en grundlæggende viden om arbejdet med patientsikkerhed. Herunder lovgivning, historisk baggrund, læringskultur, Dansk Patientsikkerhedsdatabase og meget mere. Kurset skal desuden medvirke til en øget forståelse for teorier og analysemetoder i arbejdet med patientsikkerhed. (<https://intranet.regionh.dk/regi/patient/kvalitet/patientsikkerhed/kompetenceudvikling/Sider/Kursus-for-nye-Patientsikkerhedskoordinatorer.aspx>). I praksis dækkes patientsikkerhedskoordinatorrollen delvis af UTH-sagsstyrer og faglige sagsbehandlere. Et fåtal af ansatte har gennemgået det etablerede 2-dags kursus i PSK i Region H, som aktuelt er sat på pause på grund af Corona. Administration, Direktion og Risikomanager vil sammen udvikle et lokalt tilpasset kompetencekursus i 2021 for de faglige UTH-sagsbehandlere, sagsstyrere og relevant personale i afdelings- og afsnitsledelser.