



Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Evaluering af lov om patientsikkerhed

Rapport

August 2006

Indenrigs- og Sundhedsministeriet: Evaluering af lov om patient- sikkerhed

Rapport

August 2006

Rambøll Management
Olof Palmes Allé 20
DK-8200 Århus N
Denmark

Tlf: 8944 7800
www.ramboll-management.dk

Indholdsfortegnelse

1.	Indledning	1
1.1	Læsevejledning	1
1.2	Evalueringsens baggrund	1
1.2.1	Lov om patientsikkerhed	3
1.2.2	Afreporteringen i praksis	3
1.3	Formål med evaluering	6
2.	Konklusioner og perspektiver	8
2.1	Rapporteringssystemets funktion lokalt og regionalt	8
2.2	Det centrale rapporteringssystem	10
2.3	Udvidelse af ordningen	12
3.	Patientsikkerhedsordningen regionalt og lokalt	15
3.1	Erfaringer fra arbejdet med patientsikkerhed	15
3.1.1	Lovens betydning for arbejdet med patientsikkerhed	15
3.1.2	Arbejdet med at fremme arbejdet med patientsikkerhed	18
3.1.3	Organisering af arbejdet med patientsikkerhed	20
3.2	Rapportering af utilsigtede hændelser	22
3.2.1	Årsager til at undlade at indrapportere	24
3.2.2	Barrierer og drivkræfter for arbejdet med patientsikkerhed	28
3.3	Patienters kendskab til utilsigtede hændelser	31
3.4	Opfølgningen på utilsigtede hændelser og ændring af praksis	32
3.4.1	Ændringer i praksis	33
3.4.2	Kerneårsagsanalyser og aggregerede analyser	35
4.	Det centrale rapporteringssystemets funktion	37
4.1	Dansk PatientSikkerhedsDatabase	37
4.1.1	Brug af databasen	38
4.1.2	Opbygning og funktionalitet	39
4.1.3	Tekniske problemer	42
4.2	Rapportering til Sundhedsstyrelsen	42
4.3	Sundhedsstyrelsens opfølgning	44
4.3.1	Opfølgning	44
4.3.2	Vurdering af Sundhedsstyrelsens udmeldinger	45
4.4	Rapporteringssystemet set i forhold til internationale anbefalinger	48
5.	Udvidelse af patientsikkerhedsordningen	53
5.1	Opbakning til udvidelse af ordning til primærsektoren	53
5.2	Inddragelse af primærsektor	54
5.2.1	Områder der bør omfattes af ordningen	54
5.2.2	Organisering	55
5.2.3	Udfordringer	56
5.3	Udvidelse til patienter og pårørende	57
5.3.1	Centrale udfordringer	58
5.3.2	Udvidelse samtidig med primær sektor?	59

1. Indledning

Rambøll Management har i perioden fra primo juni 2006 til ultimo august 2006 gennemført en evaluering af lov om patientsikkerhed for Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Lov om patientsikkerhed vedrører rapportering af utilsigtede hændelser, som forekommer i forbindelse med behandling af patienter i sygehusvæsenet¹.

Nærværende rapport præsenterer resultaterne fra evalueringen.

1.1 Læsevejledning

I kapitel 1 præsenteres rammerne for evalueringen, herunder baggrunden for evalueringen og fokus i evalueringen.

I kapitel 2 opsummeres hovedkonklusionerne fra evalueringen og Rambøll Managements anbefalinger på baggrund af evalueringen.

I kapitel 3 evalueres patientsikkerhedsordningen i praksis, herunder drivkræfter/barrierer for rapporteringen af utilsigtede hændelser og opfølgningen på indrapporteringen af hændelser.

I kapitel 4 evalueres Dansk Patient Sikkerheds Database (DPSD) i praksis, hvordan databasen fungerer, og hvordan der følges op på rapporteringen fra nationalt hold.

I kapitel 5 analyseres og diskuteres en udvidelse af patientsikkerhedsordningen til primærsektoren samt patienter og pårørende.

Endelig er der vedlagt bilag med beskrivelse af metode og datagrundlag for evalueringen, frekvenser fra en spørgeskemaundersøgelse blandt risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige, læger og sygeplejersker samt spørgeguides benyttet ved de kvalitative interviews.

1.2 Evalueringens baggrund

Debatten omkring patientsikkerhed i sygehussektoren tog for alvor fart i Danmark i forbindelse med udgivelse af en amerikansk rapport, "To Err is Human" (Committee on Quality of Health Care in America, 1999), der fremlagde, at op til 98.000 patienter årligt døde på grund af fejl og utilsigtede hændelser i USA. Undersøgelsens resultater overført til danske forhold ville svare til 5000 dødsfald om året på grund af fejl og utilsigtede hændelser i det danske sygehusvæsen.

Institut for Sundhedsvæsen (DSI) gennemførte i samarbejde med en række amter, H:S og Indenrigs – og Sundhedsministeriet på denne baggrund fra efteråret 2000 en prospektiv undersøgelse "Forekomsten af Utilsigtede hændelser på Sygehuse", med det formål at afdække omfanget og karakteren af utilsigtede skadevoldende hændelser under hospitalsindlæggelse i Danmark. Undersøgelsens resultater var i tråd med de udenlandske, og fandt via en sundhedsfaglig gennemgang af 1.100 patientjournaler, at 9 % af de udskrevne patienter havde været udsat for en utilsigtet hændelse².

¹ Se også Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet, Lov nr. 429 af 10. juni 2003.

² Schiöler: Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse – en retrospektiv gennemgang af journaler.

Faktaboks: Hvad er en utilsigtet hændelse?

Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der er en følge af behandling eller ophold på sygehus, og som ikke skyldes patientens sygdom, og som samtidig enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller på grund af andre omstændigheder ikke indtraf. Utilsigtede hændelser omfatter både på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl.

Faktaboks: Fakta om utilsigtede hændelser³

Den forlængede indlæggelsestid på grund af utilsigtede hændelser er ca. 7 ekstra indlæggelsesdage. Hvis der i Danmark udskrives ca. 1 million patienter om året fra samtlige afdelinger, svarer det til ca. 700.000 ekstra sengedage om året.

- 4 ud af 10 utilsigtede hændelser er i princippet mulige at forebygge
- Skader på patienter skyldes sjældent en enkelt persons uansvarlighed. De fleste hændelser er såkaldte systemfejl - en kæde af handlinger, som til slut resulterer i, at en patient påføres en unødvendig skade.
- Omkring en tredjedel af alle læger og et tilsvarende antal sygeplejersker overvejer af og til jobskifte af frygt for at blive involveret i utilsigtede hændelser.
- Danske patienter prioriterer sikkerhed meget højt. Det vigtigste for dem er at få den korrekte behandling, men dernæst vægter de, at der ikke sker fejl. Hvis der alligevel skulle ske fejl, vil de informeres om det.

Resultaterne i den danske undersøgelse pegede på, at der var et betydeligt behov for at intensivere arbejdet med patientsikkerhed. På denne baggrund blev der iværksat et projekt omkring krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse.

Problemstillingen blev valgt ud fra en antagelse om, at et væsentligt aspekt af at øge patientsikkerheden er at lære af sundhedspersonalets erfaringer fra hændelser med utilsigtede resultater. Projektet gav anledning til en række anbefalinger til et registreringssystem til utilsigtede hændelser⁴:

- Der bør indføres et ubetinget fortroligt rapporteringssystem, så rapportørens identitet ikke videregives af afdelingen.
- Systemet bør både principielt og i praksis skelne mellem disciplinære og lærende funktioner af rapportering.
- Afdelingsnavn bør ikke viderebringes i statistikker over indrapporterede hændelser.
- Det bør være obligatorisk for personale at indberette bestemte typer af hændelser.
- Man bør opmuntre personalet til at rapportere kritiske hændelser ud fra et skøn.
- Rapportering af hændelser bør ske lokalt nær hændelsen med mulighed for dialog og feedback til den enkelte, mens data videregives i anonymiseret form til et nationalt registreringssystem.

³ http://www.patientsikkerhed.dk/Fakta_om_utilsigtede_haendelser

⁴ Herman et. al (2002): Krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse.

De forskellige erfaringer med og projekter om patientsikkerhed førte til en lov om patientsikkerhed. Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet blev vedtaget i Folketinget den 4. juni 2003 og trådte i kraft 1. januar 2004. Loven har til formål at: "forbedre patientsikkerheden i sundhedsvæsenet ved at indsamle rapporter om fejl og utilsigtede hændelser af betydning for patientsikkerheden"⁵.

1.2.1 *Lov om patientsikkerhed*

Lov om patientsikkerhed afgrænser og indkredser arbejdet med patientsikkerhed. Loven anvendes i forbindelse med behandling af patienter i sygehusvæsenet, som det er formuleret i kapitel 1 i loven. Sundhedspersonalet har pligt til at indrapportere en utilsigtet hændelse, hvis den forekommer:

"En sundhedsperson, som bliver opmærksom på en utilsigtet hændelse i forbindelse med en patients behandling eller ophold på sygehus, skal rapportere denne hændelse..."

En sundhedsperson defineres i lovens § 2, stk. 2 som: "... personer, der er autoriseret i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar".

En utilsigtet hændelse defineres i loven som:

"... en begivenhed, der er en følge af behandling eller ophold på sygehus, og som ikke skyldes patientens sygdom, og som samtidig enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller på grund af andre omstændigheder ikke indtraf. Utilsigtede hændelser omfatter både på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl."

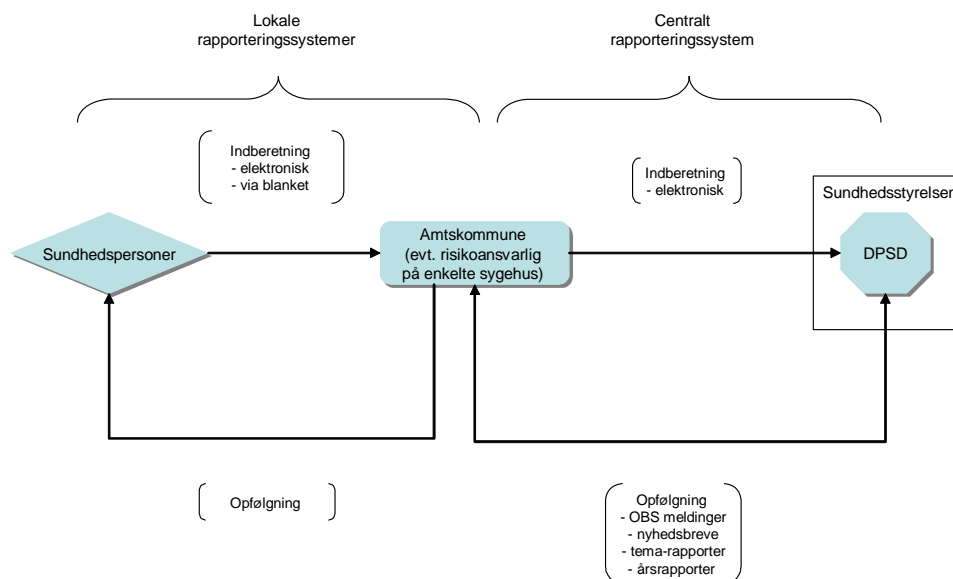
Den utilsigtede hændelse skal ske som en følge af patientens "behandling", hvilket vil sige: "... undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og sundhedsfaglige forebyggelsestiltag".

1.2.2 *Afrapporteringen i praksis*

Rapporteringen af utilsigtede hændelser foregår på forskellige niveauer, som er illustreret i figur 1.

⁵ Forslag til Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet.

Figur 1 – Registreringsniveauer



Rapporteringssystemet *opererer* på tre planer:

- det lokale (sygehusene)
- det regionale (amterne)
- og det nationale plan (Sundhedsstyrelsen (SST), Dansk Patient-Sikkerheds-Database (DPSD)).

Der skelnes mellem to typer af rapporteringer, dels sundhedspersonens primære rapportering til den enkelte amtskommune, dels den sekundære rapportering til Sundhedsstyrelsen, som foretages af amtskommunen, når den primære rapport er færdigbehandlet⁶.

Pligter og ansvar fordeles ifølge lovens § 3 og 4 således:

- en sundhedsperson skal rapportere utilsigtede hændelser til amtskommunen
- amtskommunen modtager, registrerer og analyserer rapporter om utilsigtede hændelser:
 - til brug for forbedring af patientsikkerhed
 - til brug for forbedring patientbehandling
 - rapportering af oplysninger.

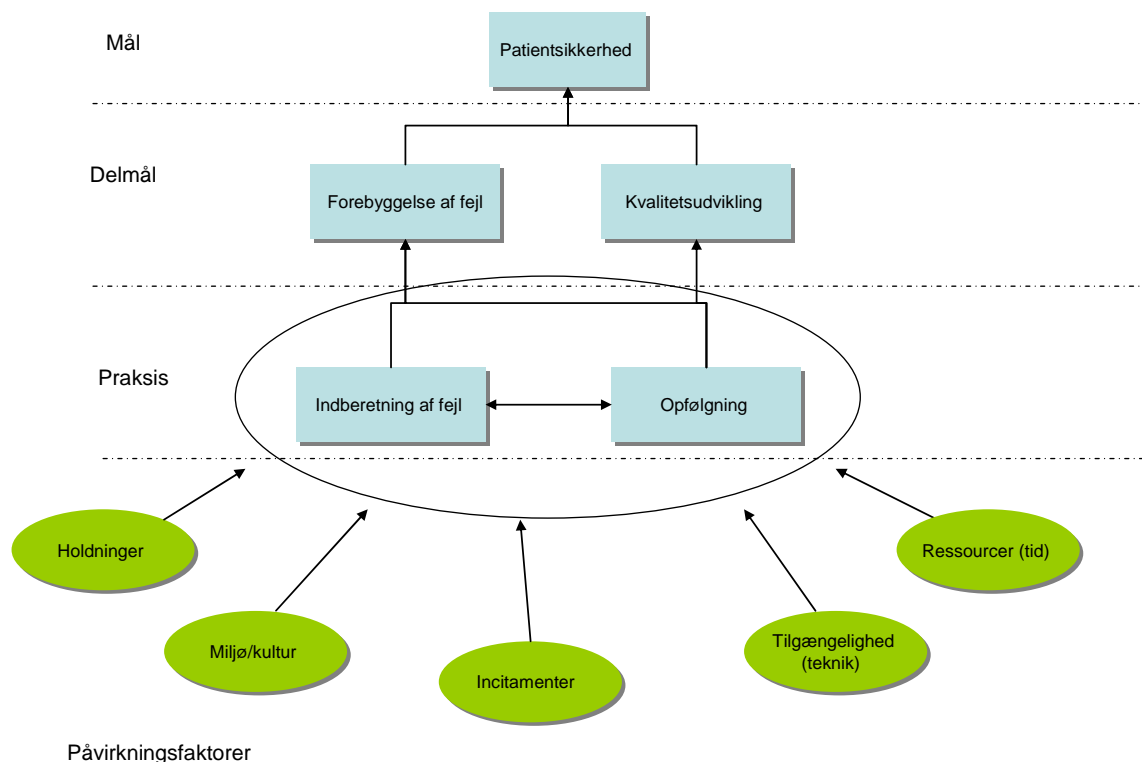
Sundhedsstyrelsen har ligeledes to opgaver:

- De modtager rapporteringer fra amtskommunerne og har et nationalt register herfor (DPSD)
- Vejleder sundhedsvæsenet om patientsikkerhed på baggrund af de modtagne oplysninger.

⁶ Årsrapport 2005 DPSD – en udredning fra Sundhedsstyrelsen, s. 6.

Arbejdet med patientsikkerhed handler både om at rapportere utilsigtede hændelser og at forebygge fejl ved at lære af de utilsigtede hændelser, der rapporteres. Målet er at skabe en sikkerhedskultur med kollektiv organisatorisk læring, lokalt, regionalt og nationalt. Denne logik bag ved patientsikkerhedsloven og rapporteringssystemet har vi illustreret i Figur 2.

Figur 2 – Model til styrkelse af patientsikkerhed



Det overordnede mål med afrapporteringen er at fremme patienternes sikkerhed, og dernæst er det muligt at tale om delmål, der handler om at forebygge fejl og kvalitetsudvikle arbejdet.

I praksis sker der en indrapportering af en utilsigtet hændelse, og der bliver på forskellig vis fulgt op på disse indrapporteringer. Dette kan være i form af en simpel registrering af, at der er sket en fejl eller reel læring og ændring af praksis for at forebygge den utilsigtede hændelse.

Indrapporteringen af en utilsigtet hændelse og opfølgning på denne er imidlertid underlagt en række påvirkningsfaktorer, som har indflydelse på, om afrapporteringssystemet fungerer i praksis. Der bør være en klar motivationsfaktor for den enkelte læge og sygeplejerske til at indrapportere utilsigtede hændelser, som kan være et ønske om at minimere og forebygge, at hændelserne opstår og forebygge gentagelse. Dog kan det være en central påvirkende faktor, hvis der er ikke blandt de kliniske faggrupper er en tillid til, at utilsigtede hændelser anvendes i et udviklings- og læringsperspektiv, men i et skyldsperspektiv. Derudover kan lægers og sygeplejerskers holdning til hele tanken om afrapporteringen af utilsigtede hændelser være en væsentlig faktor i forhold til, hvordan systemet fungerer i praksis. Derudover kan spørgsmålet om ressourcer og tiden til indberetninger være en påvir-

kende faktor for, om rapporteringssystemet bliver anvendt i praksis. Evalueringen vil blandt andet belyse nogle af de incitament og barrierer, der har betydning for, om patientsikkerhedssystemet fungerer i praksis.

1.3 Formål med evaluering

Det fremgår af bemærkningerne til Lov om patientsikkerhed i Sundhedsvæsenet, at der skal foretages en vurdering af rapporteringssystemet når det har været i drift i 2 år, dvs. i 2006.

Evalueringen skal indeholde en vurdering af det samlede rapporteringssystem, lokalt, regionalt og nationalt.

Evalueringen har til formål at belyse følgende temaer:

- (1) *Fungerer rapporteringssystemet lokalt og regionalt efter hensigten?*
Det formål handler om at evaluere, om lovens mål bliver indfriet og på hvorledes der i praksis arbejdes med systemet lokalt og regionalt. I henhold til dette overordnede spørgsmål vil evalueringen blandt andet belyse:
 - a. Har sundhedspersonalet tiltro til patientsikkerhedssystemet?
 - b. I hvilket omfang indrapporterer sundhedspersonalet utilsigtede hændelser?
 - c. Frygter sundhedspersonalet, at indrapporteringen af utilsigtede hændelser har konsekvenser eksempelvis i form af sanktioner, repressalier, udhængning (*shaming*)
 - d. Lever patientsikkerhedsordningen og systemet op til forventningerne?
 - e. Hvilke drivkræfter og barrierer er der for indrapporteringen af utilsigtede hændelser?
 - f. Følges der op på indrapporteringen af utilsigtede hændelser lokalt og regionalt?
 - g. Hvordan følges der op på indrapporteringen af utilsigtede hændelser lokalt og regionalt?
 - h. Kender patienterne til patientsikkerhedsordningen?

- (2) *Fungerer det centrale rapporteringssystem efter hensigten?* Det formål handler om at evaluere, om patientsikkerhedsordningen og systemet fungerer på et nationalt niveau. I henhold til dette overordnede spørgsmål vil evalueringen blandt andet belyse:
 - a. Hvordan fungerer DPSD?
 - b. Er det de rigtige kategorier, der opereres med i DPSD?
 - c. Følges der tilstrækkeligt op på de indrapporterede utilsigtede hændelser?
 - d. Lever udmeldinger fra SST op til hensigten i loven?
 - e. Hvordan er kvaliteten og oplysningsgrundlaget i det materiale som amterne/H:S indberetter til SST?
 - f. I hvilket omfang videresendes resultater til lokale analyser?
 - g. Lever patientsikkerhedsordningen og systemet op til internationale anbefalinger, som udstukket af WHO?

(3) *Hvordan kan patientsikkerhedsordningen udvides?* Det formål handler om at undersøge og analysere, hvordan patientsikkerhedsordningen kan udvides til primærsektoren og til også at inddrage patienter samt pårørende. I henhold til dette overordnede spørgsmål vil evalueringen blandt andet belyse:

- a. Hvordan kan primærsektoren inddrages i patientsikkerhedsordningen?
- b. Hvilke områder bør patientsikkerhedsordningen i primærsektoren omfatte? (Eksempelvis praktiserende læger, speciallæger, hjemmeplejen, fysioterapeuter, kiropraktorer, sundhedsplejen etc.)
- c. I hvilket tempo eller tempi bør en udvidelse af patientsikkerhedsordningen til primærsektoren foregå?
- d. Hvordan kan patienter/pårørende inddrages i patientsikkerhedsordningen?
- e. I hvilket tempo eller tempi bør udvidelsen af patientsikkerhedsordningen til patienter/pårørende foregå?

2. Konklusioner og perspektiver

Rambøll Management har i perioden fra primo juni 2006 til ultimo august 2006 gennemført en evaluering af lov om patientsikkerhed for Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Lov om patientsikkerhed vedrører rapportering af utilsigtede hændelser, som forekommer i forbindelse med behandling af patienter i sygehusvæsenet. Dette kapitel opsummerer hovedkonklusioner fra evalueringen og perspektiverer i forhold til den fortsatte udvikling af patientsikkerhedsordningen.

Evalueringen har til formål at besvare følgende hovedspørgsmål:

- (1) *Fungerer rapporteringssystemet lokalt og regionalt efter hensigten?*
- (2) *Fungerer det centrale rapporteringssystem efter hensigten?*
- (3) *Hvordan kan patientsikkerhedsordningen udvides?*

2.1 Rapporteringssystemets funktion lokalt og regionalt

Det er Rambøll Managements samlede vurdering, at patientsikkerhedsordningen og patientsikkerhedssystemet i overvejende grad fungerer på et lokalt og regionalt plan. Særligt taget i betragtning, at lov om patientsikkerhed blev vedtaget i 2003, er sygehusene og amterne/H:S nået meget langt i arbejdet med patientsikkerhed. Rambøll Management bygger denne vurdering på følgende konklusioner fra evalueringen:

- Lov om patientsikkerhed er blevet godt modtaget af sundhedspersonalet og flere fremhæver, at loven er rigtig god for arbejdet med patientsikkerhed
- Lov om patientsikkerhed har været med til at formalisere arbejdet med patientsikkerhed, forpligter sundhedspersonalet på patientsikkerhed og gør det tydeligt, at det er sanktionsfrit at indrapportere utilsigtede hændelser
- Amterne og særligt sygehusene har opbygget en organisation for arbejdet med patientsikkerhed. Der er udpeget ansvarlige risikomanagere, i de fleste tilfælde udviklet retningslinjer, pjecer, og der er nogle procedurer for, hvordan arbejdet med patientsikkerhed skal foregå
- Der udbydes kurser og efteruddannelse i arbejdet med patientsikkerhed
- Der er ledelsesmæssig fokus på patientsikkerhed og patientsikkerhed er i overvejende grad forankret ledelsesmæssigt på de enkelte afdelinger
- Størstedelen af sundhedspersonalet har tiltro til systemet:
 - a. 63 % af sundhedspersonalet angiver, at i de i meget høj eller høj grad har tillid til, at indrapporteringer bliver behandlet med fortrolighed
 - b. Frygt for repressalier afholder i mindre grad sundhedspersonalet fra at indrapportere
 - c. Ca. 70 % af sundhedspersonalet frygter ikke for sanktioner ved indrapportering af utilsigtede hændelser
- Sundhedspersonalet angiver, at 85 % af de utilsigtede hændelser, som de er involveret i, også bliver indrapporteret. Dette tal er forbundet med stor usikkerhed, men det er positivt, at personalet vurderer, at størstedelen af de utilsigtede hændelser bliver indrapporteret

- Der bliver i de fleste tilfælde fulgt op på utilsigtede hændelser. 70 % af de utilsigtede hændelser, som sundhedspersonalet er involveret i, bliver der fulgt op på i en eller anden form
- Der er en overvejende positiv vurdering af patientsikkerhedssystemet og arbejdet med patientsikkerhed
- Tekniske problemer udgør ikke en markant barriere for at indrapportere. En del af forklaringen er dog, at de tekniske problemer særligt i starten er omgået af amter/H:S ved, at den primære indrapportering foregår i papirform.

Evalueringen peger imidlertid også på områder, hvor patientsikkerhedsordningen og patientsikkerhedssystemet fungerer mindre godt lokalt/regionalt. Rambøll Management finder følgende forhold uhensigtsmæssige:

- Til trods for, at en stor del af de utilsigtede hændelser tilsyneladende bliver indrapporteret, har ca. 30 % af sundhedspersonalet kendskab til utilsigtede hændelser, der ikke er blevet indrapporteret. Dette indikerer, at der fortsat er et stort mørketal og derfor kan det være at ikke alle relevante indrapporteres.
- Der opstår i nogen grad tvivl om, hvad der er en utilsigtet hændelse og hvornår den skal indrapporteres.
- Manglende tid og ressourcer til at indrapportere udgør en markant barriere for indrapportering. Mellem 28 og 40 % af sundhedspersonalet angiver, at manglende tid og ressourcer afholder dem fra at indrapportere en utilsigtet hændelse
- Manglende viden om, hvordan man indrapportere en utilsigtet hændelse udgør en barriere for at indrapportere. Det er i gennemsnit 25 % af sundhedspersonalet, som angiver, at manglende viden om indrapportering afholder sundhedspersonalet fra at indrapportere. Det kan på baggrund af data konstateres, at der er en højere andel af yngre læger og sygeplejersker, som vurderer, at manglende viden afholder dem selv og kollegaer fra at indrapportere.
- Manglende opfølgning på utilsigtede hændelser udgør en barriere for at indrapportere en utilsigtet hændelse. Mellem 10 og 16 % af sundhedspersonalet angiver dette som en årsag til, at de ikke selv indrapportere en utilsigtet hændelse og 18 % angiver, at dette er en grund til, at deres kolleger ikke indrapportere. Derved bliver "funktionsfejl" i systemet en eksplicit barriere for, at arbejdet med patientsikkerhed kan fungere
- Opfølgningen på utilsigtede hændelser, videndelingen mellem afdelinger og videndeling mellem sygehuse fungerer ikke optimalt
- Til trods for, at evalueringen viser, at der er tiltro til systemet, så er det stadig er 15 til 18 % af sundhedspersonerne, der angiver, at frygt for sanktioner afholder sundhedspersonalet generelt fra at indrapportere. Det skal understreges, at dette er tal for sundhedspersonerne vurderingen af, hvorfor sundhedspersonalet *generelt* ikke indrapportere.

På baggrund af evalueringens konklusioner vil Rambøll Management anbefale følgende:

- (1) *Præcisering og udbygning af information om definition af utilsigtede hændelser* Det bør overvejes at præcisere og udbygge informationsmaterialet med konkrete eksempler på, hvad der er en utilsigtet hændelse, i hvilke sammenhænge der skal indrapporteres etc. Dette skal gøres for at minimere tvivlstilfælde.

- (2) *Underbygge fortsat fokus på læring* Der skal stadig fokus på, at det primære formål med arbejdet med patientsikkerhed og patientsikkerhedssystemet er læring. Dele af sundhedspersonalet angiver, at frygt for sanktioner og repressalier fra navnlig egen arbejdsgiver generelt afholder sundhedspersonalet fra at indrapportere. Selvom sundhedspersonerne ikke angiver frygt for sanktioner som barriere for deres egen indrapportering, så vurderer dele af sundhedspersonerne, at frygt for sanktioner kan udgøre en barriere for kollegaer. Dette understreger behovet for fortsat information, ledelsesmæssig opbakning og efteruddannelse.
- (3) *Fokus på opfølgning.* Der skal sættes fokus på at forbedre opfølgningen. Dette er i forhold til opfølgningen på de indrapporterede hændelser, tilbagemelding til afdelingerne, videndeling på tværs af afdelinger og sygehuse. Sundhedsstyrelsen kan understøtte denne udvikling ved i højere grad at stille specifik viden fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase til rådighed, men det er også et lokalt og regionalt ansvar at sikre, at afdelingerne får de relevante tilbagemeldinger på hændelser og at der sker en videndeling på tværs.
- (4) *Ressourcemæssig afvejning.* Det er Rambøll Managements vurdering, at en mere fyldestgørende opfølgning og tilbagemelding til afdelingerne på baggrund af lokale indrapporteringer, vil kunne gøres inden for de nuværende ressourcer. Men en bedre videnopsamling og videndeling på tværs af afdelinger og sygehuse vil ikke kunne gøres uden at tilføre systemet yderligere ressourcer. Det vil koste yderligere ressourcer at foretage de relevante analyser og sikre, at den relevante viden bliver spredt og udvekslet på tværs af afdelinger og sygehuse.

2.2 Det centrale rapporteringssystem

Rambøll Management vurderer, at det centrale rapporteringssystem i overvejende grad fungerer efter hensigten i forhold til de kerneopgaver, som lov om patientsikkerhed angiver omkring at kunne modtage indrapporteringer og vejlede sundhedsvæsenet. I den positive vurdering er lagt vægt på, at det centrale rapporteringssystem efter en svær opstartsfase bevæger sig i en stadig mere tilfredsstillende retning – både hvad angår håndtering af indrapporteringer og vejledning af sundhedsvæsenet.

Rambøll Management bygger denne vurdering på følgende konklusioner fra evalueringen:

- Dansk Patientsikkerhedsdatabase bliver brugt af sundhedsvæsenets risikomanager, patientsikkerhedsansvarlige og sundhedspersoner. Udviklingen fra 2004 til 2005 viser, at stadig flere indrapporterer til databasen. Som det fremgår nedenfor er der forbehold mht. brugen i amter/H:S.
- Risikomanagere har efterhånden fået et godt kendskab til Dansk Patientsikkerhedsdatabase.
- Alle sundhedspersoner, risikomanagere og patientsikkerhedsansvarlige har gennem Internettet let adgang til Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Det øger sandsynligheden for mange indrapporteringer.
- Kategoriernes antal og kvalitet af dem er forbedret betydeligt siden opstarten på Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Risikomanagerne kan dermed lettere indrapportere præcist.
- Selvom kvaliteten af indrapporteringerne til Sundhedsstyrelsen kan forbedres, så har de generelt haft en kvalitet, der gør, at Sundhedsstyrelsen kan udarbejde kvalificerede vejledninger til sundhedsvæ-

senet. Indrapporteringerne har givet anledning til konkrete forbedringstiltag og anbefalinger.

- Vejledningen af sundhedsvæsenet er sket gennem mange forskellige typer opfølgninger fra Sundhedsstyrelsen. I sundhedsvæsenet er der en stigende tilfredshed med det faglige indhold i opfølgningen og mængden af opfølgninger.
- Opfølgningen fra Sundhedsstyrelsen på baggrund af indrapporteringerne bruges af amter/H:S, og sundhedspersoner har et vist kendskab til materiale modtaget direkte fra Sundhedsstyrelsen.
- Opfølgningerne, fx i form af klare anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, er genstand for en positiv efterspørgsel fra sundhedspersonerne, fordi det opleves, at der er problemer, der er så vigtige, at de skal løses på nationalt niveau.

Derudover er det Rambøll Managements vurdering, at rapporteringssystemet i overvejende grad lever op til de 10 anbefalinger fra WHO om rapporteringssystemer for patientsikkerhed. Det dog Rambøll Managements vurdering, at rapporteringssystemet kun delvist kan siges at være uafhængigt af personer, der kan straffe (anbefaling nr. 5). Dette er ikke i forhold til det formelle niveau (regler, lovgivning, klagenævn, tilsynsmyndigheder), men mere i forhold til praksis, hvor systemet eksempelvis ikke er entydigt uafhængigt fra arbejdsgiver niveauet. Det er også Rambøll Managements vurdering, at rapporteringssystemet delvist lever op til anbefalingen om, at forebyggende strategier skal hurtigt ud (anbefaling nr. 10). Opfølgningen på de indrapportering af de utilsigtede hændelser skal styrkes lokalt, regionalt og nationalt (se også afsnit 4.4). Derudover er det Rambøll Managements vurdering, at det danske patientsikkerhedssystem kan forbedres også sådan, at det i højere grad følger de anbefalinger som er udarbejdet af EU-Kommissionen i 2006.

Evalueringen peger imidlertid også på områder, hvor det centrale rapporteringssystem fungerer mindre godt. Rambøll Management finder følgende forhold uhensigtsmæssige:

- Informationen om og uddannelse i Dansk Patientsikkerhedsdatabase kunne i opstarten have været bedre.
- Det er kun indrapporteringsdelen af Dansk Patientsikkerhedsdatabase, der benyttes af *alle* amter/H:S. For indrapporteringsdelen er det derudover praksis i flere amter/H:S, at sundhedspersonerne ikke selv indrapporterer direkte i Dansk Patientsikkerhedsdatabase. De øvrige funktioner som fx analyse og statistik bruges kun af en begrænset del af amter/H:S. Årsagen er begrænset fleksibilitet i Dansk Patientsikkerhedsdatabase og tekniske problemer i brugen af systemet. De tekniske problemer omhandler:
 - Systemets responstid.
 - Manglende mulighed for tilpasning til egen organisation.
 - Manglende support og undervisning
 - Kompatibilitet med eget it-system.
- Der er opbygget systemer i amter/H:S, der skal supplere Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Det giver dobbeltarbejde for navnlig risikomanagere.
- Kategoriseringen benyttet i Dansk Patientsikkerhedsdatabase indfanger endnu ikke alle indrapporteringer præcist. Der skal stadig ske metodiske forbedringer samt gives mulighed for yderligere nuancering:
 - Fra respondenter nævnes det fx, at ikke alle svarkategorierne er gensidigt udelukkende, og at det er svært at opdele i medvirkende årsager.
 - Det fremhæves, at hændelseskategorier kunne være mere præcise.

- Frekvensen og kvaliteten af opfølgningen i de 1-2 år af systemets levetid ikke har levet op til brugernes forventninger.

På baggrund af evalueringens konklusioner vil Rambøll Management anbefale følgende:

- (1) *Aktiviteter til forbedring af indrapporteringerne.* Omfanget af brugen af Dansk Patientsikkerhedsdatabase har været god. Fremover skal der også fokus på kvaliteten af indrapporteringerne. Det kan ske ved fx at iværksætte informationskampagner fra centralt niveau om positive resultater opnået gennem gode indrapporteringer eller ved at fokusere på ét emne ad gangen, vejlede om, hvad der er særligt vigtigt ved indrapportering.
- (2) *Synliggørelse af patientsikkerhed.* Patientsikkerhed er kun ét af mange indsatsområder for den nationale indsats på sundhedsområdet. Ved at synliggøre brugen af indrapporteringer i andre aktiviteter styrkes sammenhængen og engagementet til indrapportering. Det kan fx være ved at inddrage indrapporteringerne i MTV-rapporter eller ved at fremhæve indrapporteringer som baggrundsmateriale ved udarbejdelse af vejledninger eller ændring af medicinpakninger.
- (3) *Tættere samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og kommende regioner.* Der er allerede i dag et godt samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og amter/H:S, der bl.a. formidles gennem fora rettet mod patientsikkerhed. Imidlertid kunne samarbejdet udvides ved, at der fx blev udarbejdet flere rapporter i tæt samarbejde mellem de kommende regioner og Sundhedsstyrelsen, eller at Sundhedsstyrelsen i højere grad udarbejder analyser, der gør opmærksom på problemstillinger, der er fælles for en gruppe af eller en enkelt region.
- (4) *Fortsat udvikling af Dansk Patientsikkerhedsdatabase.* Der kan være forskellige årsager til, at der samtidig med DPSD arbejdes med flere lokale systemer for patientsikkerhed, men det er Rambøll Managements vurdering, at det ikke er hensigtsmæssigt at have flere forskellige systemer for patientsikkerhed. Det skal derfor prioriteres, at Dansk Patientsikkerhedsdatabase fremover fungerer bedre teknisk, og at kategorierne i højere grad lever op til brugernes behov.

2.3 Udvidelse af ordningen

Ved vedtagelsen af patientsikkerhedsloven i 2003 blev det ikke fundet hensigtsmæssigt i første omgang at inddrage primærsektoren i patientsikkerhedsordningen. Det er dog blevet fremhævet, at der bør ske en udvidelse af ordningen til patientsikkerhed til primærsektoren. Evaluering skal svare på, hvordan patientsikkerhedsordningen kan udvides til primærsektoren.

Evalueringen viser, at der er stor opbakning til udvidelsen af patientsikkerhedsordningen til primærsektoren. Erfaringerne fra forskellige pilotprojekter viser også, at det er realiserbart. Rambøll Management vurderer og konkluderer følgende på baggrund af evalueringens resultater:

- (1) Udvidelsen af patientsikkerhedsordningen bør i første ombæring omfatte praktiserende læger, speciallæger, apotekere, plejehjem og hjemmeplejen.
- (2) På det foreliggende grundlag er det ikke muligt at vurdere om det i samme omfang umiddelbart er realiserbart at udvide ordningen til

tandplejen, sundhedsplejen, kiropraktorer, fysioterapien. Udvidelsen til disse områder bør overvejes, og evt. yderligere datamateriale indhentes.

- (3) Patientsikkerhedsordningen bør bygges op omkring DPSD både i forhold til systemsiden og indholdssiden. Der er vigtigt at bygge videre på det eksisterende system for at sikre en bedre overgang.
- (4) Det virker oplagt at etablere indrapporteringsmuligheden som en del af DPSD.
- (5) Organisering af patientsikkerhedsordningen bør overvejes grundigt: hvem skal eksempelvis følge op på utilsigtede hændelser? Der er ikke i dag umiddelbart personer, som kan samle op på indrapporteringerne af utilsigtede hændelser. En oplagt løsning vil være at have en patientsikkerhedsansvarlig på kommunalt niveau og en regional (amtslig) patientsikkerhedsansvarlig, der har ansvaret for opsamling af indrapportering fra kommunerne. Dette kræver dog yderligere ressourcer til området.
- (6) Der skal fokuseres på efteruddannelse i implementeringen af patientsikkerhedsordningen. Det har ligeledes været erfaringen fra implementeringen af lov om patientsikkerhed og patientsikkerhedsordningen, hvor der har været fokus på information og efteruddannelse.

Der er generelt en positiv holdning blandt sundhedspersoner og interessenter til, at ordningen udvides til patienter og pårørende. Evalueringen viser dog også, at udvidelsen til patienter og pårørende kræver grundig forberedelse. Primært har nogle af de interviewede peget på, at formålet med udvidelse til at omfatte patienter og pårørende skal formuleres præcist og den praktiske gennemførelse kan være en udfordring. Behovet for grundig information blev understreget af, at en patientforening fremførte, at patientsikkerhedsordningen ikke må komme til at fungere som et sekundært klagesystem. Det skal dog bemærkes, at man på trods af dette mente, at patienter skulle have mulighed for at rapportere, hvilket da også synes at være den generelle holdning blandt patientforeningerne. Rambøll Management vurderer og konkluderer følgende på baggrund af evalueringens resultater:

- (1) Der er behov grundig information til patienter og pårørende også for at sikre, at der kommer fokus på læringsaspektet og sanktionsfriheden.
- (2) Patientsikkerhedsordningen til patienter og pårørende bør så vidt muligt være elektronisk. Det vil give et betydeligt ressourcetræk, hvis indrapporteringen primært foretages på papir, og det vil ligeledes blive ressourcemæssigt tungt, hvis rapporter efterfølgende skal indtastes. Det behøver dog ikke i alle tilfælde at være patienterne selv, der indtaster.
- (3) Det kræver professionelle vejledere, som kan hjælpe patienter og pårørende med vejledning og indrapporteringen. Særligt i hjemmeplejen vil det være helt afgørende, at hjælpe patienterne. Det kræver ressourcemæssige prioriteringer at udvide ordningen, fordi der skal være personale til rådighed for patienterne og de pårørende.
- (4) Udvidelsen af patientsikkerhedsordningen til primærsektoren og patienter/pårørende bør, efter Rambøll Managements vurdering, ske todelt, hvor udvidelsen af ordningen til primærsektoren kan ske med

det samme, men det kræver grundigere af overvejelser at udvide ordningen til at gælde patienter og pårørende. Det er Rambøll Managements vurdering, at det vil være hensigtsmæssigt først at inddrage erfaringer fra udvidelsen til primærsektoren før udvidelsen til patienter og pårørende igangsættes.

3. Patientsikkerhedsordningen regionalt og lokalt

I dette kapitel kortlægges, analyseres og evalueres patientsikkerhedsordningen og rapporteringssystemets funktion i praksis. Der vil ikke være fokus på den tekniske del af rapporteringssystemet, men derimod hvordan der arbejdes med patientsikkerhed i praksis på sygehuse og i amter/H: S.

I kapitlet vil følgende hovedspørgsmål for evalueringen blive besvaret: Fungerer rapporteringssystemet efter hensigten lokalt på de enkelte sygehuse og regionalt? Derudover vil følgende delspørgsmål blive besvaret:

- Har sundhedspersonalet tiltro til patientsikkerhedssystemet?
- I hvilket omfang indrapporterer sundhedspersonalet utilsigtede hændelser?
- Frygter sundhedspersonalet, at indrapporteringen af utilsigtede hændelser har konsekvenser, eksempelvis i form af sanktioner, repressalier, udhængning (*shaming*)
- Lever patientsikkerhedsordningen og systemet op til forventningerne?
- Hvilke drivkræfter og barrierer er der for indrapporteringen af utilsigtede hændelser?
- Følges der op på indrapporteringen af utilsigtede hændelser lokalt og regionalt?
- Hvordan følges der op på indrapporteringen af utilsigtede hændelser lokalt og regionalt?
- Kender patienterne til patientsikkerhedsordningen?

Kapitlet bygger primært på spørgeskemaundersøgelserne blandt læger, sygeplejersker og risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige samt casestudier i 3 amter, hvor der i hvert amt er taget udgangspunkt i ét af sygehuse i amtet. Casestudierne beskriver derfor primært arbejdet med patientsikkerhed på det valgte sygehus. Derudover inddrages telefoninterview med risikomanagers i det omfang, det er relevant for konklusionerne. I første del af kapitlet vil vi gennemgå de første erfaringer med patientsikkerhedsordningen og herefter se på indrapporteringen og opfølgningen i praksis.

Det skal indledningsvist bemærkes, at vi i en af spørgeskemaundersøgelserne både har spurgt risikomanagers på centralt niveau og patientsikkerhedsansvarlige. Derudover har vi gennemført telefoninterview med risikomanagers på amtsligt niveau. I de tilfælde hvor der kun nævnes risikomanagers sigtes der til telefoninterview med disse og de andre tilfælde nævnes risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige. I praksis har patientsikkerhedsansvarlige også ansvar for opfølgning på indrapporteringerne.

3.1 Erfaringer fra arbejdet med patientsikkerhed

3.1.1 Lovens betydning for arbejdet med patientsikkerhed

Det overordnede mål med at indføre et nationalt rapporteringssystem for utilsigtede hændelser var at skabe et mere sikkert sundhedsvæsen for patienterne. Et delmål var at skabe en åbenhed omkring patientsikkerhed og et system med fokus på at lære af utilsigtede hændelser og fejl. Evalueringen peger overordnet på, at patientsikkerhedsordningen fungerer efter hensigten og har levet op til delmålet om at skabe åbenhed omkring patientsikkerhed med fokus på læring. Det er imidlertid ikke muligt ud fra det foreliggende datagrundlag at vurdere, om indførelsen af patientsikkerhedssystemet har skabt et mere sikkert sundhedsvæsen og mindsker antallet af fejl.

Lov om patientsikkerhed og patientsikkerhedsordningen er blevet godt modtaget i amterne og på sygehusene. Flere af de personer, der er blevet interviewet i forbindelse med nærværende evaluering, var overraskede over, hvor godt sundhedspersonalet har modtaget patientsikkerhedsordningen. Der har generelt været en vilje til at indrapportere utilsigtede hændelser, og allerede fra dag 1 har der været en relativt høj grad af indrapportering. Casestudierne peger på, at der ved indførelsen af patientsikkerhed har været usikkerhed om, hvordan patientsikkerhed skulle organiseres, hvordan det skulle gøres, hvordan det ville fungere etc. Sundhedspersonalet har dog været "mentalt" parate til at arbejde med patientsikkerhed. I interviewene med læger og sygeplejersker fremhæves det, at læringsperspektivet har talt til deres faglighed og har været en medvirkende årsag til, at patientsikkerhedsordningen har fået et godt afsæt.

Derfor er der også i de 3 casesygehuse i de tre amter/H:S (Århus, Fyns og H:S) generelt gode erfaringer med at arbejde med patientsikkerhed og gode erfaringer med implementeringen af lov om patientsikkerhed. Selv om der også tidligere blev arbejdet med patientsikkerhed i amterne (særligt i H:S), peger casestudierne på, at loven har resulteret i en større sikkerhed og åbenhed i dialogen om og opfølgningen på de utilsigtede hændelser.

I casesygehuset i Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) nævner interviewpersonerne fx, at H:S tidligere arbejdede med patientsikkerhed, men at indførelsen af loven har givet en bedre sikkerhed for rapportering og fastslår forpligtelsen til rapportering. Loven anses således som et brugbart redskab i det daglige arbejde med patientsikkerhed på sygehusene, fordi den formaliserer arbejdet og forpligter sundhedspersonalet på at arbejde med patientsikkerhed. Derudover gør loven det klart, at indrapportering af utilsigtede hændelser ikke er forbundet med sanktioner.

Over halvdelen af lægerne og sygeplejerskerne vurderer, at de på baggrund af lov om patientsikkerhed har ændret syn på det at indrapportere utilsigtede hændelser. Risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige anser denne ændring som endnu mere markant.

Tabel 1 – Ændring i sundhedspersonalet syn på indrapportering af utilsigtede hændelser

Har lov om patientsikkerhed ændret dit/sundhedspersonalets syn på at indrapportere utilsigtede hændelser?	Læger	Sygeplejersker	Risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige
Ja	53 %	55 %	87 %
Nej	30 %	31 %	5 %
Ved ikke	17 %	14 %	8 %
N	862	1158	222

Derved kan det konstateres, at lov om patientsikkerhed har haft en effekt på det at indrapportere utilsigtede hændelser⁷. Det kan overraske, at der er så markant forskel på risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige, lægers og sygeplejerskers vurdering af, om lov om patientsikkerhed har medført en holdningsændring. En oplagt forklaring er, at risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige har en central funktion i formidlingen af lov om patientsik-

⁷ Det er imidlertid vigtigt at understrege, at loven ikke behøves at medføre ændringer, hvis personalet i forvejen har haft et positivt syn på det at lære af og indrapportere utilsigtede hændelser.

kerhed og har valgt at arbejde med patientsikkerhed. Derved vil de også naturligt vurdere lovens indvirkning mere positivt.

Spørgeskemaundersøgelsen blandt læger og sygeplejersker viser, at lov om patientsikkerhed har ændret sundhedspersonalets syn på at indrapportere, men loven har ikke haft samme effekt på opfattelsen, hvad der er en utilsigtet hændelse. Mellem 38 og 45 % af lægerne og sygeplejerskerne vurderer, at lov om patientsikkerhed har medført en ændring af deres syn på utilsigtede hændelser.

Tabel 2 – Ændring i sundhedspersonalet syn på utilsigtede hændelser

Har lov om patientsikkerhed ændret dit/sundhedspersonalets syn på utilsigtede hændelser?	Læger	Sygeplejersker	Risikomanagers/patient-sikkerhedsansvarlige
Ja	38 %	45 %	85 %
Nej	45 %	40 %	6 %
Ved ikke	17 %	15 %	9 %
N	862	1158	222

Casestudierne tegner ligeledes et billede af, at lov om patientsikkerhed er medvirkende til at fremme lægernes og sygeplejerskernes positive holdning til det at indrapportere utilsigtede hændelser. Mens loven har mindre betydning for sundhedspersonalets opfattelse af, hvad der er en utilsigtet hændelse.

Til trods for at lov om patientsikkerhed har haft en positiv indvirkning på arbejdet med patientsikkerhed, så vurderer hovedparten af lægerne og sygeplejerskerne, at de i nogen grad er blevet godt informeret om lov om patientsikkerhed.

Tabel 3 – Information om lov om patientsikkerhed

I hvilken grad vurderer du, at du er blevet godt informeret om lov om patientsikkerhed?	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Ved ikke	N
Læger	38 %	42 %	19 %	1 %	862
Sygeplejersker	37 %	46 %	17 %	0 %	1158
Risikomanagers/patient-sikkerhedsansvarlige	84 %	16 %	1 %	0 %	222

Note: Kategorierne i meget høj og i høj grad er slået sammen, og kategorierne i ringe grad og slet ikke er ligeledes slået sammen. Dette er gjort for at få et tydeligere billede af respondenternes vurderinger.

Det er ikke muligt ud fra det foreliggende datagrundlag at vurdere, hvor der har manglet information om lov patientsikkerhed og i hvilke faser af implementeringsprocessen. Selv om hovedparten af lægerne og sygeplejerskerne i nogen grad føler sig godt informeret, er det ikke direkte problematisk efter Rambøll Managements vurdering, fordi sundhedspersonalet indrapporterer utilsigtede hændelser og gør det i stigende grad⁸.

⁸ Der kan noteres en stigning på 100 % fra 2004 til 2005 i antallet af utilsigtede hændelser. "Årsrapport 2005 – Dansk Patient-Sikkerheds-Database – En udredning fra Sundhedsstyrelsen", 2006, s. 33.

3.1.2 Arbejdet med at fremme arbejdet med patientsikkerhed

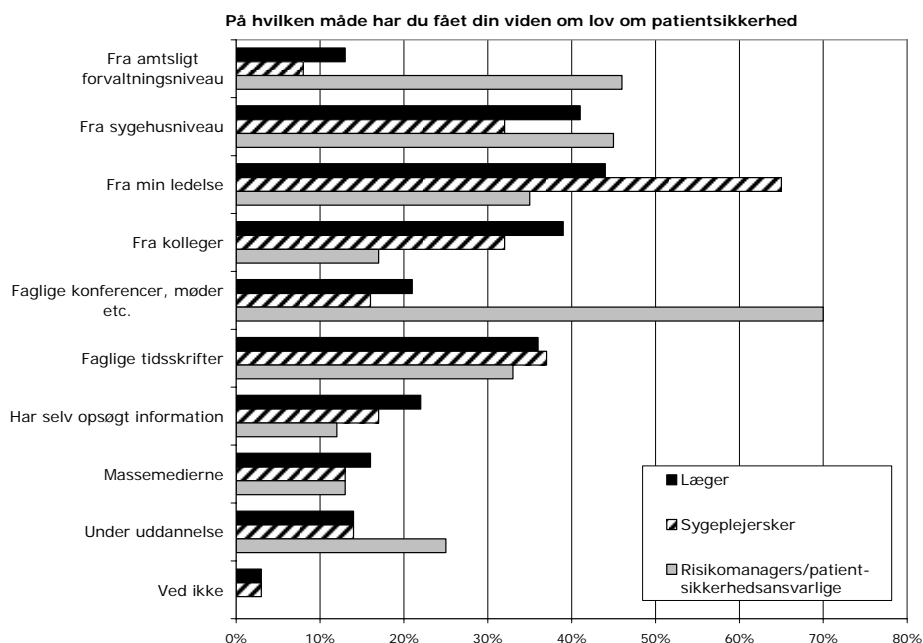
Amterne har generelt gjort et omfattende stykke arbejde for at fremme arbejdet med patientsikkerhed. Dette er også tilfældet i de 3 caseamter, hvor der er udarbejdet vejledninger og politikker om patientsikkerhed samt iværksat efteruddannelse. Der foretages løbende kurser i at opkvalificere medarbejdere til at arbejde med patientsikkerhed.

Amterne/H:S har brugt flere forskellige midler til at formidle om patientsikkerhed og følge op på indrapporteringerne. Med fokus på de 3 cases er følgende nøgleelementerne i videndeling og opfølgning:

- Kurser
- Temamøde/temadage
- Nyhedsbreve
- Faste møder mellem de forskellige patientsikkerhedsansvarlige og de forskellige ledelsesniveauer.
- Vejledninger, der samler handlingsanvisninger på patientsikkerhedsområdet. Det kan f.eks. ske i tydelige og enkle formuleringer af anbefalinger.
- Kerneårsagsanalyser, der både kan være for den enkelte hændelse eller aggregeret for flere lignende hændelser.
- Udsendelse af egne OBS-meddelser
- Information på intranet med egen hjemmeside
- Der er endvidere oprettet fora, hvor patientsikkerheden diskuteres mellem de patientsikkerhedsansvarlige.

Spørgeskemaundersøgelserne blandt læger, sygeplejersker og risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige peger på, at information om lov om patientsikkerhed typisk kommer fra et lokalt niveau, fra eksempelvis ens overordnede eller daglige ledelse eller kolleger. Selv om de fleste amter og sygehuse har kursusforløb om patientsikkerhed, er det en relativt lille andel af respondenterne, som angiver, at de har fået deres information om lov om patientsikkerhed herfra.

Figur 3 – Informationskilder om lov om patientsikkerhed



Som det fremgår af Figur 3 er der forskel på, hvorfra henholdsvis læger, sygeplejersker og risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige modtager deres information. Læger og sygeplejersker har hyppigere modtaget information om lov om patientsikkerhed fra ledelsen eller kolleger, mens risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige hyppigere har fået information fra konferencer, møder og lignende. Dette er ikke overraskende, da arbejdet med patientsikkerhed for læger og sygeplejersker i højere grad er knyttet til deres daglige arbejde, mens risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige typisk har deltaget i en uddannelse eller informationsmøder, hvor de er blevet informeret om loven.

De 3 casesygehuse i de 3 amter, der har deltaget i evalueringen, har valgt at gribe arbejdet med patientsikkerhed an lidt forskelligt. Fyns Amt har fra starten af valgt at fokusere meget på uddannelse af personalet, for at sikre viden om patientsikkerhedsordningen. Der er blevet udvalgt ansvarlige på de forskellige afdelinger, som har modtaget et kursus og efterfølgende har haft ansvar for at udbrede deres viden til andre på afdelingen. Derudover er der nogle steder lokalt afholdt temamøder eller temadage for at skærpe opmærksomheden på patientsikkerhed.

Århus Sygehus har gennem de seneste år arbejdet med informationsdeling og efteruddannelse for at fremme en åben kultur om utilsigtede hændelser. Der er i amtet etableret kurser såvel lokalt som regionalt til at udbygge den værktøjskasse, som risikokoordinatorerne har til rådighed for at kunne varetage deres funktion. Det har været kurser i eksempelvis kerneårsagsanalyse, kollegial støtte til personale, der har været involveret i utilsigtede hændelser, kurser i patientsikkerhed i et kulturperspektiv og endelig kurser i feedback og opfølgning.

H:S har arbejdet i længst tid med patientsikkerhed. Inden lov om patientsikkerhed blev vedtaget, blev der i H:S-regi gennemført kurser for personalet. Der er gennemført et omfattende uddannelsesprogram for samtlige i patientsikkerhedsorganisationen, hvor der bl.a. er afholdt og afholdes dagskurser. Der afholdes løbende kampagner om forskellige områder af patientsikkerheden, og medarbejderne har skærpet opmærksomheden omkring disse emner. De har også indført, hvad de kalder patientsikkerhedsstuegang, hvor en leder kommer ud og stiller kritiske spørgsmål på afdelingerne.

I de 3 amter/H:S har der gennem information og uddannelse af personalet været fokus på at fremme en åben kultur omkring patientsikkerhed. Det har været vigtigt at sætte fokus på læringsaspektet i arbejdet med patientsikkerhed og gøre det naturligt at indrapportere utilsigtede hændelser (særligt når det drejer sig om deciderede fejl). Erfaringen har på den ene side været, at det har været nødvendigt at informere grundigt om patientsikkerhedsordningen, fordi det har været nyt for mange. På den anden side har erfaringen også været, at arbejdet med patientsikkerhed er blevet 'overraskende' godt modtaget. Barrierer som frygt for at erkende fejl, frygt for sanktioner og generel modvilje har vist sig at være mindre udbredte end først antaget.

Der har i de 3 amter været stor fokus på ledelsesmæssige niveau for at fremme en åben kultur i forhold til patientsikkerhed. Det har været vigtigt at få mobiliseret ledelsen og gøre det naturligt at indrapportere utilsigtede hændelser og tale åbent om disse. Ledelsen skal gå forrest, også for at gøre det tydeligt for medarbejderne, at det ikke er forbundet med sanktioner, hvis personalet bliver involveret i en utilsigtet hændelse. Konkret har man eksempelvis gjort meget ud af, at ledelsen på kurser og informationsmøder selv har fortalt om deres egne erfaringer med utilsigtede hændelser. Dette har været med til at afdramatisere indrapporteringen af utilsigtede hændel-

ser. Derudover er det prestigefyldt for nogle afdelingsledere at have et højt antal indrapporteringer. Det blev nævnt i interviewene, at der nærmest kunne opstå en konkurrence om at have flest indrapporteringer.

Ser vi på sundhedspersonalets vurdering af om der er sket en kulturændring på patientsikkerhedsområdet kan det konstateres, at det vurderer de, der er sket i nogen grad.

Tabel 4 – Vurderinger af om der er sket en kulturændring på patientsikkerhedsområdet

I hvilken grad er du enig i, at der er sket en kulturændring inden for patientsikkerhed?	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Ved ikke	N:
Læger	32 %	43 %	14 %	11 %	862
Sygeplejersker	36 %	41 %	11 %	13 %	1158
Risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige	58 %	37 %	3 %	1 %	222

Note: Kategorierne i meget høj og i høj grad er slået sammen, og kategorierne i ringe grad og slet ikke er ligeledes slået sammen. Dette er gjort for at få et tydeligere billede af respondenternes vurderinger.

Som det fremgår af Tabel 4 vurderer lidt over 30 % af lægerne og sygeplejerskerne, at der i høj grad er sket en kulturændring inden for arbejdet med patientsikkerhed. Risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige er markant mest positiv, hvor hele 58 % vurderer, at der er sket en kulturændring.

3.1.3 Organisering af arbejdet med patientsikkerhed

Der er forskel på, hvordan de forskellige amter har organiseret arbejdet med patientsikkerhed. Nogle amter har en mere decentral model, hvor de enkelte sygehuse har ansvaret for at organisere arbejdet med patientsikkerhed, mens der er andre amter som har valgt en mere central model, hvor der eksempelvis er etableret en tværgående enhed, der arbejder med patientsikkerhed⁹. I det nedenstående er taget udgangspunkt i ét sygehus i hvert amt/H:S. Beskrivelsen tager derfor udgangspunkt i det valgte sygehus, men organiseringen i den øvrige del af amtet/H:S berøres også.

For alle amter/H:S kategoriseres og scores den utilsigtede hændelse efter SAC-systemet¹⁰, hvor score 3 omhandler betydende eller katastrofale hændelser, mens score 1 omhandler hændelser, der er uden betydning for patienten. SAC-scoren er med til at afgøre ansvarsniveauet og de videre handlinger, herunder om der fx skal iværksættes en kerneårsagsanalyse.

I H:S blev Hvidovre Hospital udvalgt som det sygehus, der blev taget udgangspunkt i. I H:S, der har etableret en fælles enhed, Enhed for patientsikkerhed, som arbejder med koordinering, registrering og udvikling på patientsikkerhedsområdet. Patientsikkerhedsområdet er derudover forankret lokalt på afdelingerne/klinikkerne hos ca. 200 patientsikkerhedsansvarlige. Hvis personalet i H:S er involveret i en utilsigtet hændelse, skal den utilsigtede hændelse indrapporteres i et skema, der er tilgængeligt på intranettet. Selve indrapporteringen foregår 100 % elektronisk i H:S' eget rapporteringssystem, hvor felterne næsten er identiske med dem, der benyttes i DPSD. Der sendes derefter en mail direkte til patientsikkerhedskontoret, en til risikoma-

⁹ For en mere grund gennemgang af amternes organisering af patientsikkerhed se "Amternes organisering af patientsikkerhedsarbejdet", Amtrådsforeningen 2004.

¹⁰ Utilsigtede hændelser risikovurderes både faktisk og potentielt ud fra et internationalt anerkendt system, Safty Assessment Code (SAC-system), Sundhedsstyrelsen: Årsrapport 2005, DPSD.

nageren, en til afdelingslederen og til Enhed for patientsikkerhed. Det er afdelingsledelsen, der vurderer, om der er tale om en utilsigtet hændelse i henhold til afgrænsning i lov om patientsikkerhed. De alvorligste hændelser, der er karakteriseret som risikoscore 3, går til en kerneårsagsanalyse. Derudover har H:S også et højt antal af kerneårsagsanalyser modsat andre amter, som ikke pr. automatik gennemfører en dybtgående analyse af risikoscore 3-hændelser. Én gang om måneden overføres rapporteringerne til DPSD. Der er en del manuelt arbejde med overførelse af data fra H:S-systemet til DPSD (se også bilag 2 for en beskrivelse af patientsikkerhedsordningen i H:S).

I evalueringen indgår Århus Sygehus som case. I beskrivelsen af patientsikkerhed i Århus Amt tages der derfor udgangspunkt i Århus Sygehus. Århus Sygehus har Afdeling for Kvalitetsudvikling og Patientsikkerhed, som varetager den daglige drift og udvikling af patientsikkerhedsarbejdet. Derudover er der på hver afdeling en risikokoordinator. Risikokoordinatorerne på de enkelte afdelinger er ressourcepersoner inden for patientsikkerhed. Sammen med afdelingsledelsen har de ansvaret for at orientere kolleger om rapporteringer af utilsigtede hændelser, deltage i risikoscoringer, deltage i eventuelle kerneårsagsanalyser, give feedback og foretage opfølgninger i afdelingerne. Personalet foretager indrapporteringen direkte i DPSD. Herefter foretager risikokoordinatoren i samarbejde med kvalitetskonsulenten i Afdelingen for Kvalitetsudvikling og Patientsikkerhed risikoscoringer og vurderer, hvad der skal gøres ved hændelsen alt efter alvorlighedsgrad¹¹ (se også bilag 2 for en beskrivelse af patientsikkerhedsordningen på Århus Sygehus).

Odense Universitetshospital indgår i evalueringen som case for Fyns Amt. Amtet kan siges at være en kombination af en decentral og en central model. Der er ansat én risikomanager/sundhedsfaglig konsulent i Enhed for Klinisk Patientsikkerhed for hele Fyns Amt. Derudover er der uddannet 150 patientsikkerhedsansvarlige i amtet, der indgår som ressourcepersoner i forbindelse med arbejdet med patientsikkerhed på de enkelte afdelinger. Det er op til de enkelte afdelinger, hvordan de vælger at organisere sig, men der er et krav om minimum en nøgleperson pr. afdeling. På Odense Universitets Hospital (OUH) har man yderligere valgt at uddanne 4 proceskonsulenter og i Sygehus Fyn (SHF) er der uddannet 1 proceskonsulent, der indgår i kerneårsagsanalyser, aggregerede kerneårsagsanalyser¹² og patientsikkerhedsaudits. Sagsbehandlingen i Fyns Amt foretages af afdelingsledelsen – evt. i samarbejde med afdelingens patientsikkerhedsansvarlige eller patientsikkerhedsgruppen, afhængig af den enkelte afdelings organisering. SAC-score tildeles på afdelingsniveau. Herefter sendes rapporten til risikomanageren. I Fyns Amt er sagsbehandlingen primært papirbaseret indtil den når risikomanageren, der efterfølgende indtaster i DPSD. Det er således risikomanageren, der afslutter alle sager i DPSD, og det er ligeledes risikomanageren, der i samarbejde med afdelingsledelserne har opfølgningsansvaret i forhold til de mere alvorlige sager (se også bilag 2 for en beskrivelse af patientsikkerhedsordningen i Fyns Amt).

¹¹ I 2005 blev der gennemført 4 kerneårsagsanalyser: (1) Faldulykker på Geriatrisk afdeling, (2) Insulin induceret hypoglycæmi, (3) Forsinket opstart af behandling og (4) Behandling af intoksikerede patienter i skadestuen. Afdeling for Kvalitetsudvikling og Patientsikkerhed og afdelingsledelserne afgør i fællesskab, om der skal gennemføres en kerneårsagsanalyse. Forudsætningen er, at der skal være et læringspotentiale og mulighed for forbedring af praksis. Se også "Patientsikkerhed, Århus Sygehus 2005 – Statusrapport 2", januar 2006.

¹² I 2005 blev der godkendt 4 kerneårsagsanalyser på Odense Universitetshospital. Se også "Fyns Amt, Patientsikkerhed og utilsigtede hændelser, Årsrapport 2005", Fyns Amt Enhed for Klinisk Patientsikkerhed.

Det er ikke en del af evalueringen at vurdere, hvorvidt den ene måde at organisere patientsikkerhed er mere hensigtsmæssig end den anden. Det er dog Rambøll Managements vurdering på baggrund af casestudier og telefoninterview med amtslige risikomanagers (kvalitetskonsulenter), at alle amter har opbygget en organisatorisk kapacitet til at håndtere arbejdet med patientsikkerhed. Dette fremgår også af Amtsrådsforeningens rapport "Amternes organisering af patientsikkerhedsarbejdet"¹³.

3.2 Rapportering af utilsigtede hændelser¹⁴

I Sundhedsstyrelsen årsrapport 2005 om indrapportering af utilsigtede hændelser fremgår det, at¹⁵:

- Der for 2005 (1. januar til 31. december) blev indrapporteret 11.401 utilsigtede hændelser til amtskommunerne/H:S, hvoraf Sundhedsstyrelsen modtog 9.096 færdigt analyserede rapporter
- De 9096 færdigt analyserede rapporter fordelte sig på følgende:
 - 3.666 rapporter omhandlede utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinering
 - 1.111 rapporter omhandlede utilsigtede hændelser i forbindelse med operative/invasive procedurer
 - 4.319 rapporter omhandlede andre alvorlige utilsigtede hændelser.

Langt hovedparten af de utilsigtede hændelser blev kategoriseret med en risikoscore 1 (76 %), mens 4 % havde en risikoscore 3.

På baggrund af spørgeskemaundersøgelsen blandt læger og sygeplejersker kan det konstateres, at ca. halvdelen af sundhedspersonalet har været involveret i en utilsigtet hændelse inden for det sidste år.

Tabel 5 – Andel af sundhedspersoner, der har været involveret i en utilsigtet hændelse

Har du været involveret i en utilsigtet hændelse inden for det sidste år?	Læger	Sygeplejersker
Ja, i forbindelse med medicinering	30 %	28 %
Ja, i forbindelse med kirurgisk eller invasivt indgreb	14 %	12 %
Ja, i forbindelse med andre hændelser	23 %	23 %
Nej	52 %	53 %
N:	861	1158

Note: Procenttallet summerer ikke til 100 %, da sundhedspersonerne kan have været involveret i utilsigtede hændelser både i forbindelse med medicinering, kirurgisk/invasivt indgreb og andre hændelser.

¹³ "Amternes organisering af patientsikkerhedsarbejdet", Amtsrådsforeningen 2004.

¹⁴ Det skal indledningsvist nævnes, at vi på baggrund af data har foretaget en lang række kryds blandt andet om der er forskelle i mænd og kvinders besvarelser, om der forskelle i besvarelserne afhængigt af, hvor i organisationen respondenterne er placeret (leder eller ikke leder) eller om erfaringsgrundlaget har betydning for besvarelserne. Det kan konstateres, at disse forhold ikke har signifikant betydning for besvarelserne. Den eneste undtagelse er, at det særligt er de yngre læger og sygeplejersker, som angiver at manglende viden om patientsikkerhedsordningen udgør en barriere for indrapporteringen.

¹⁵ "Årsrapport 2005 DPSD (Dansk Patient-Sikkerheds-Database) – En udredning fra Sundhedsstyrelsen", Sundhedsstyrelsen, februar 2006.

Spørgeskemaundersøgelsen blandt læger og sygeplejersker peger ligeledes på, at mellem 11 og 15 % af de utilsigtede hændelser ikke bliver indrapporteret.

Tabel 6 – Andel af utilsigtede hændelser, der er blevet indrapporteret

	Læger	Sygeplejersker
Andelen af utilsigtede hændelser, som sundhedspersonerne har indrapporteret?	85 %	89 %

Spørgeskemaundersøgelsen indikerer, at antallet af utilsigtede hændelser, der *ikke* bliver indrapporteret er på ca. 15 %. Samtidig peger spørgeskemaundersøgelsen på, at den enkelte sundhedsperson af forskellige årsager (også andet end bagatelgrænsen) og i nogle tilfælde undlader at indrapportere en utilsigtet hændelse. Spørgeskemaundersøgelsen er kun én måde, at afdekke det faktiske antal af utilsigtede hændelser, og omfanget af identificerede utilsigtede hændelser er i høj grad afhængig af den valgte metode. En dansk undersøgelse fra 2001, der er baseret på journalgennemgang, viser f.eks., at 9 % af alle somatiske heldøgnsindlæggelser helt eller delvist er belastet af følgevirkninger af utilsigtede hændelser¹⁶. Det vurderes i rapporten, at antallet utilsigtede hændelser i Danmark er på niveau med antallet fundet i internationale undersøgelser. Det er ikke ud fra evalueringens datagrundlag muligt at afgøre, i hvilken udstrækning omfanget af antal utilsigtede hændelser er det faktiske antal. Spørgeskemaundersøgelsen bekræfter dog, at der er "mørketal", og at ikke alle utilsigtede hændelser kommer frem til overfladen.

Som det fremgår af Tabel 6 indrapporterer sygeplejersker hyppigere end læger. Dette bekræftes også af interviewene med sundhedspersonalet i casestudierne. Her blev det ligeledes fremhævet, at sygeplejersker oftere indrapporterer en hændelse end lægerne. Der er dog ikke tale om markante forskelle. Der blev i casestudierne peget på, at bagatelgrænsen oftest var højere blandt læger end blandt sygeplejersker. Sygeplejersker indrapporterer hyppigere mindre betydende hændelser.

Det er dog værd at bemærke, at der er markant flere læger og sygeplejersker, som kender til kolleger, der ikke har indrapporteret en utilsigtet hændelse.

Tabel 7 – Kendskab til manglende indrapportering af utilsigtede hændelser

Har du kendskab til utilsigtede hændelser, som ikke bliver indrapporteret?	Læger	Sygeplejersker	Risikomanagers/ patientsikkerhedsansvarlige
Ja	28 %	38 %	66 %
Nej	55 %	46 %	28 %
Ved ikke	17 %	16 %	6 %
N:	862	1158	222

Som det fremgår af Tabel 7, er der 28 % af lægerne og 38 % af sygeplejerskerne, som har kendskab til kolleger, der ikke har indrapporteret en utilsigtet hændelse. Dette kan dække over, at sundhedspersonalet overestimerer egne indrapporteringer. En anden fortolkning kan også være, at kendskabet til manglende indrapporteringer dækker over flere kolleger. I forhold til risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige er det ikke overraskende, at de har

¹⁶ Utilsigtede hændelser på danske sygehuse. Schiøler T, Lipczak H, Frølich A et al. DSI Institut for Sundhedsvæsen, september 2001.

kendskab til utilsigtede hændelser, der ikke bliver indrapporteret, men det kan overraske, at der er så mange som 66 %, som har kendskab til manglende indrapportering.

Et positivt forhold fra spørgeskemaundersøgelsen blandt læger og sygeplejersker er, at de umiddelbart svarer ja til at ville indrapportere en utilsigtet hændelse, hvis de bliver involveret i en. Dette indikerer, at der er en tillid til systemet.

Table 8 – Sundhedspersonalets vurdering af om de vil indrapportere en utilsigtet hændelse i fremtiden

Vil du indrapportere en utilsigtet hændelse, hvis du i den nærmeste fremtid blev involveret i en?	Læger	Sygeplejersker
Ja	70 %	74 %
Nej	28 %	22 %
Ved ikke	2 %	3 %
N:	862	1158

Det er Rambøll Managements vurdering, at det ikke i sig selv er problem, at der er utilsigtede hændelser, som ikke bliver indrapporteret, hvis der er tale om bagateller. I interviewene blev der nævnt eksempler på sengelinned, der manglede i skabene, hvilket må betegnes som en hændelse, der ikke vil falde ind under en utilsigtet hændelse. Det afgørende spørgsmål er imidlertid, om der blandt de utilsigtede hændelser er tilfælde af en vis alvorlighed, men som sundhedspersonalet undlader at indrapportere af frygt for sanktioner, faglig stolthed eller manglende tid.

3.2.1 *Årsager til at undlade at indrapportere*

Casestudierne peger på, at størstedelen af de hændelser, som ikke bliver indrapporteret, kan karakteriseres som hændelser, der ikke har væsentlig betydning for patientens behandling. Casestudierne viser dog også, at manglende tid er en afgørende årsag til, at utilsigtede hændelser ikke bliver indrapporteret, og at faglig stolthed, frygt for at blive udstillet er reelt eksisterende årsager til, at sundhedspersonalet undlader at indrapportere en utilsigtet hændelse.

I spørgeskemaundersøgelsen blandt læger og sygeplejersker har vi spurgt til årsagen til, at en utilsigtet hændelse ikke bliver indrapporteret. Den helt primære årsag (særligt for lægerne) til, at en utilsigtet hændelse ikke bliver indrapporteret, er, at den bliver betragtet som en bagatel, som det fremgår af Tabel 9.

Tabel 9 – Årsager til at utilsigtede hændelser ikke bliver indrapporteret

Hvad var de primære grunde til, at nogle af de utilsigtede hændelser ikke blev indrapporteret?	Læger	Sygeplejersker
Synes hændelsen var en bagatel, så der var ikke grund til at indrapportere	51 %	30 %
Det tager for lang tid at indrapportere	28 %	40 %
Vi plejer ikke at indrapportere den slags hændelser	20 %	23 %
Indrapportering vil alligevel ikke kunne forhindre fremtidige hændelser	16 %	20 %
Jeg vidste ikke, hvordan man indrapporterer	21 %	15 %
Jeg mener, at opfølgningen på de indrapporterede hændelser er for dårlig	10 %	16 %
Hændelsen skyldes manglende rutine	8 %	14 %
Af frygt for sanktioner	3 %	3 %
På grund af tekniske problemer	3 %	5 %
Pga. travlhed, stress mv.	7 %	14 %
N	103	134

Note: Procenttallet summerer ikke til 100 %, da sundhedspersonerne har kunnet sætte flere kryds.

Bagatelgrænsen er således en vigtig årsag, men den er mere afgørende for læger end for sygeplejersker. Der er en høj andel af sygeplejersker (40 %) som angiver, at tiden er en vigtig årsag til ikke at indrapportere en utilsigtet hændelse. Vurderet ud fra interviewene med sundhedspersonalet handler det primært om at finde tiden i en presset hverdag.

Tre forhold er yderligere værd at bemærke:

- (1) Der er en forholdsvis høj andel af lægerne og sygeplejerskerne (mellem 16-20 %), som angiver, at de har undladt at indrapportere, fordi indrapportering ikke ville kunne forhindre fremtidige hændelser. Der ved tolker sundhedspersonerne i nogle tilfælde på forhånd, om der er et læringspotentiale i den enkelte hændelse. Dette stemmer overens med den måde, hvorpå nogle afdelinger på sygehusene vælger at afgrænse utilsigtede hændelser på, hvor der lægges vægt på, at der skal være et læringspotentiale, for at det kan karakteriseres som en utilsigtet hændelse. Men det betyder også, at nogle hændelser på forhånd udelukkes, hvilket er mindre hensigtsmæssigt.
- (2) Der er ligeledes en forholdsvis høj andel af lægerne (10 %) og sygeplejerskerne (16 %), som undlader at indrapportere, fordi opfølgningen er for dårlig. Det er således en vis andel, som ikke indrapporterer, fordi "systemet" ikke fungerer optimalt. Det er paradoksalt, at et system, der skal medvirke til at forebygge utilsigtede hændelser og fejl, selv fungerer som en fejlkilde, fordi det tilsyneladende ikke fungerer optimalt.
- (3) Det er ikke frygt for sanktioner, der gør, at den enkelte undlader at indrapportere. Kun 3 % af lægerne og sygeplejerskerne angiver dette som en årsag, hvilket er positivt. Det peger på, at det ikke er en frygt, der i de konkrete tilfælde afholder sundhedspersonalet fra at indrapportere.

I spørgeskemaundersøgelserne har vi ligeledes bedt læger, sygeplejersker og risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige om at vurdere, hvad der afholder kolleger fra at indrapportere. Det er stadig bagatelgrænsen, som er den klart mest markante årsag, men samtidig vurderer personalet, at frygt

for sanktioner i højere grad har betydning for, om kollegerne indrapporterer en utilsigtet hændelse.

Tablet 10 – Årsager til at kolleger ikke indrapporterer utilsigtede hændelser

Hvad er de primære grunde til, at kolleger ikke indrapporterer utilsigtede hændelser?	Læger	Sygeplejersker	Risiko-managers/ patient-sikkerheds-ansvarlige
Hvis hændelsen var en bagatel, så der var ikke grund til at indrapportere	63 %	51 %	58 %
Det tager for lang tid at indrapportere	46 %	45 %	63 %
Vi plejer ikke at indrapportere den slags hændelser	29 %	23 %	-
Indrapportering vil alligevel ikke kunne forhindre fremtidige hændelser	18 %	14 %	31 %
De ved ikke, hvordan man indrapporterer	28 %	31 %	38 %
Opfølgningen på de indrapporterede hændelser er for dårlig	18 %	18 %	31 %
Hændelsen skyldes manglende rutine	14 %	19 %	-
Af frygt for sanktioner	15 %	18 %	26 %
På grund af tekniske problemer	8 %	6 %	7 %
Pga. travlhed, stress mv.	2 %	5 %	9 %
N	241	442	222

Note: Procenttallet summerer ikke til 100 %, da sundhedspersonerne har kunnet sætte flere kryds.

Der er tre forhold, som giver anledning til en vis bekymring i respondenternes besvarelser:

- (1) Der er en markant højere andel af respondenterne, der vurderer, at frygt for sanktioner afholder sundhedspersonalet generelt fra at indrapportere utilsigtede hændelser. Frygten for sanktioner har tilsyneladende ikke betydning for lægen eller sygeplejersken i de konkrete tilfælde med en utilsigtet hændelse. Tilsyneladende har det betydning når sundhedspersonerne skal forklare hvorfor kolleger ikke indrapporterer. 15 % af lægerne, 18 % af sygeplejerskerne og 26 % af risikomanagerne/patientsikkerhedsansvarlige vurderer, at frygten for sanktioner er en årsag til, at kollegaer ikke indrapporterer utilsigtede hændelser.
- (2) Der er en relativt høj andel (mellem 18 og 31 %), som vurderer, at en årsag til, at en utilsigtet hændelse ikke bliver indrapporteret, er, at opfølgningen på hændelsen er for dårlig. Et interessant aspekt er, at andelen af risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige, som vurderer, at dette har betydning, er højere end andelen af læger og sygeplejersker. Det er i høj grad risikomanager/patientsikkerhedsansvarlige, som i praksis står for opfølgningen, og det er derfor interessant, at de vurderer, at en mangelfuld opfølgning kan være årsag til, at utilsigtede hændelser ikke bliver indrapporteret. De personer, der står for opfølgningen, vurderer således selv, at der er et behov for at styrke opfølgningen.
- (3) Endelig er der mellem 28 og 31 % af respondenterne, som vurderer, at manglende viden om, hvordan man indrapporterer, afholder sund-

hedspersonalet fra at indrapportere. Det er en relativt høj andel af respondenterne, som vurderer, at manglende viden har betydning for indrapporteringen af utilsigtede hændelser. Det kan på baggrund af data konstateres, at der er en højere andel af yngre læger og sygeplejersker, som vurderer, at manglende viden afholder dem selv og kollegaer fra at indrapportere. Det er under alle omstændigheder ikke hensigtsmæssigt at manglende viden udgør en barriere for indrapportering uanset erfaringsgrundlaget.

Ser vi nærmere på, om frygt for sanktioner eller repressalier afholder sundhedspersonalet generelt fra at indrapportere, viser evalueringen, at sundhedspersonerne vurderer, at det til dels afholder personalet fra at indrapportere.

Tabel 11 – Frygt for sanktioner

Oplever du, at frygt for personlige repressalier afholder sundhedspersonalet fra at indberette utilsigtede hændelser?	Læger	Sygeplejersker	Risikomanagers/ patient- sikkerheds- ansvarlige
Ja, fra arbejdsgiver	9 %	11 %	9 %
Ja, fra tilsynsmyndighed	7 %	5 %	8 %
Ja, fra klagenævn	13 %	7 %	7 %
Nej	62 %	65 %	73 %
Ved ikke	21 %	20 %	11 %
N:	861	1158	222

Note: Procenttallet summerer ikke til 100 %, da sundhedspersonerne har kunnet sætte flere kryds.

Som det fremgår af Tabel 11, så vurderer langt hovedparten af respondenterne, at frygt for repressalier ikke har betydning for, om personalet indrapporterer utilsigtede hændelser. Dele af sundhedspersonerne angiver, at frygt for sanktioner kan afholde sundhedspersonalet fra at indrapportere utilsigtede hændelser. Der er flest læger, som vurderer, at frygten har betydning for indrapporteringen.

Den forskel, der er mellem respondenternes svar, alt afhængigt af om det handler om ens egen indrapportering af utilsigtede hændelser eller andres indrapportering, har efter Rambøll Managements vurdering to fortolkninger.

For det første kan det skyldes, at sundhedspersonalet ikke vil "indrømme", at frygt for sanktioner eller manglende viden har betydning for deres vilje til at indrapportere. Det kan være vanskeligt at erkende, at man mangler viden eller at utilsigtede hændelser skulle have en sådan karakter, at der er grund til at frygte sanktioner. *For det andet* kan det modsatte også være tilfældet, at respondenterne ganske simpelt overvurderer kollegernes frygt for sanktioner eller undervurderer kollegernes viden: "Det er ikke et problem for mig, men jeg har hørt om andre, der har et problem". Det er vanskeligt at afgøre, hvorvidt den ene eller anden mekanisme spiller mest ind.

Det er derfor Rambøll Managements vurdering, at:

- Frygt for sanktioner eller repressalier overordnet set ikke afholder sundhedspersonalet fra at indrapportere utilsigtede hændelser, men det kan ikke afskrives som faktorer, der har betydning for graden af indrapportering.

- Det er uhensigtsmæssigt, at manglende viden om, hvordan man indrapporterer, afholder sundhedspersonalet fra at indrapportere.
- Det uhensigtsmæssigt, at en mangelfuld opfølgning ligeledes kan afholde sundhedspersonalet fra at indrapportere.

Det er derfor afgørende, at der lokalt, regionalt og nationalt bliver sat fokus på, at frygt for sanktioner og særligt manglende viden om indrapportering samt manglende opfølgning på indrapporteringen er reelle faktorer, der har betydning for omfanget af sundhedspersonalets indrapporteringer. Disse faktorer skal minimeres.

3.2.2 Barrierer og drivkræfter for arbejdet med patientsikkerhed

Som det fremgår af ovenstående afsnit kan det konstateres, at manglende tid er en central årsag til, at sundhedspersonalet undlader at indrapportere en utilsigtet hændelse. Tiden og ressourcerne til at indrapportere er derfor en afgørende barriere for arbejdet med patientsikkerhed.

I Tabel 12 er der en oversigt over de barrierer og drivkræfter, der eksisterer for arbejdet med patientsikkerhed. Barriererne og drivkræfterne er opstillet på baggrund af spørgeskemaundersøgelserne og casestudierne.

Tabel 12 – Oversigt over barrierer og drivkræfter

	Barrierer	Drivkræfter
Viden og tillid	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forskellige definitioner og fortolkninger af utilsigtede hændelser ▪ Delvis manglende tillid til systemet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ "Det er en god lov", der institutionaliserer og formaliserer arbejdet med patientsikkerhed ▪ Tillid til systemet
Organisatoriske	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tid til at indrapportere i dagligdagen ▪ Ressourcer til at indrapportere ▪ Mangelfuld opfølgning på utilsigtede hændelser ▪ Viden om brug af systemet ▪ Manglende incitamentsstrukturer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ledelsens opfordring og synlighed om patientsikkerhed ("Vi prioriterer patientsikkerhed") ▪ Ledelsens og medarbejderens åbenhed ▪ Delegering af ansvar til de rigtige – overlæger og afdelingssygeplejersker som risikokoordinatorer ▪ Faste procedurer og synlig opfølgning (tilbage melding i eksempelvis fælles fora – møder på afdelingsniveau)
Personlige	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faglig stolthed ▪ Personligt nederlag ▪ "Angiveri" 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indrapportering er lig med læring og forbedring

3.2.2.1 Drivkræfter for arbejdet med patientsikkerhed

Der kan peges på følgende forhold, som er fremmende for arbejdet med patientsikkerhed:

- (1) **Loven.** Der er generel enighed om, at loven i sig selv er en faktor, der virker fremmende for arbejdet med patientsikkerhed. Flere fremhæver, at det er en "god" lov, og at loven er med til at institutionalisere arbejdet med patientsikkerhed samt at gøre det naturligt at indrapportere utilsigtede hændelser. Dette handler på den ene side

om, at loven sætter fokus på patientsikkerhed og derved også skærper sundhedspersonalets fokus i praksis. På den anden side handler det også om, at loven tydeliggør, at indrapporteringen handler om læring, og at der ikke er sanktionsmuligheder forbundet med indrapporteringen af utilsigtede hændelser.

- (2) **Tillid til systemet.** Der er i overvejende grad tiltro til systemet, hvilket er fremmede for arbejdet med patientsikkerhed. Som det fremgår af afsnit 3.2.1 har frygt for sanktioner og repressalier betydning for en mindre andel af sundhedspersonalet, mens hovedparten vurderer, at disse forhold ikke afholder sundhedspersonalet fra at indrapportere. Derudover har 63 % af lægerne og 64 % af sygeplejerskerne (se bilag 3 tabel 22 og tabel 65) tiltro til, at indrapporteringerne behandles i fortrolighed. Tilliden til systemet understøttes også af de åbne besvarelser i spørgeskemaundersøgelsen, hvor en stor andel af lægerne og sygeplejerskerne angiver, at de vil diskutere det med kolleger eller ledelsen, hvis de bliver i tvivl om en utilsigtet hændelse skal indrapporteres.
- (3) **Læring og forbedring.** Det taler generelt til sundhedspersonalet, at der er fokus på læring af utilsigtede hændelser. Det forhold, at patientsikkerhedsordningen handler om forbedringer af nuværende praksis og procedurer samt arbejdet for at minimere fejl i arbejdet, tiltaler sundhedspersonalet. Derfor blev der også udtrykt et stærkt ønske blandt de interviewede om, at der var en højere grad af videndeling mellem de enkelte afdelinger og sygehuse samt højere grad af tilbagemelding fra nationalt niveau.
- (4) **Synlig ledelse.** Casestudierne peger entydigt på, at en afgørende forudsætning for, at arbejdet med patientsikkerhed bliver prioriteret er, at der er en synlig ledelse, der bakker op om arbejdet med patientsikkerhed. En synlig ledelse er også med til at fremme den rette "åbne kultur" omkring arbejdet med patientsikkerhed. Det handler ikke blot om synlig ledelse fra den øverste ledelse, men i særdeleshed afdelingsledelsen og mellemliderniveauet som overlæger og oversygeplejersker. Det afgørende er for det første at sætte fokus på patientsikkerhed og synliggøre, at patientsikkerhed og indrapportering af utilsigtede hændelser prioriteres højt på de enkelte afdelinger. For det andet er det afgørende at afmontere frygten for sanktioner ved at indrapportere utilsigtede hændelser. Århus Sygehus har taget den udfordring op, ved at ledelserne selv skal komme med eksempler på utilsigtede hændelser, hvor de har været involveret. Derved bliver det synligt for medarbejderne, at alle kan risikere at blive involveret i en utilsigtet hændelse, og at det er legitimt at tale om disse hændelser.
- (5) **Mobilisering af det rette niveau i organisationen.** De fleste amter har risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige med ledelsesansvar. Det kan være afdelingssygeplejersker, overlæger eller afdelingslæger. Det afgørende er, at det er personer, som har kompetencer og har en central placering på de enkelte afdelinger. Derved synliggøres det også, at der ikke er tale om en administrativ forpligtelse, men en faglig forpligtelse.
- (6) **Faste procedurer for opfølgning.** Det sidste punkt, der bliver peget på i casestudierne som afgørende for arbejdet med patientsikkerhed, er faste procedurer for opfølgning. Dette handler om, at det er tydeligt, hvad der sker med rapporterne og hvordan der følges op

og i hvilke sammenhænge. Et afgørende spørgsmål er, hvordan risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige melder tilbage til de enkelte afdelinger. Casestudierne peger på, at særligt tilbagemeldinger til afdelingerne er et af de punkter, som kan forbedres. Det er muligt, at de forskellige rapporter fører til ændringer i praksis, men sundhedspersonalet efterspørger viden om generelle tendenser.

3.2.2.2 Barrierer for indrapportering

Der kan peges på følgende forhold, som er barrierer for arbejdet med patientsikkerhed:

- (1) **Forskellige definitioner af utilsigtede hændelser.** Der er forskelle på, hvad der definerer en utilsigtet hændelse og hvornår en utilsigtet hændelse skal indrapporteres. Der kan således være forskelle mellem personer, mellem afdelingerne, mellem sygehusene og mellem amterne. Det er Rambøll Managements vurdering, at det ikke entydigt er et problem, at der i praksis ikke er ensartethed i forståelsen af, hvad der er en utilsigtet hændelse, og hvornår en hændelse skal indrapporteres. Det har været klart defineret med indførelsen af patientsikkerhedsordningen, at målet ikke har været, at alle utilsigtede hændelser skulle indfanges. Det afgørende har været, at typer af utilsigtede hændelser indrapporteres for at kunne forebygge utilsigtede hændelser. Dog kan det overvejes at præcisere, hvad der forstås ved en utilsigtet hændelse, og hvornår den skal indrapporteres for at minimere usikkerheden.
- (2) **Manglende tiltro til systemet.** Der er i overvejende grad tiltro til systemet, men frygten for sanktioner og repressalier kan ikke udelukkes helt som en barriere for arbejdet med patientsikkerhed. Dette fremgår også af afsnit 3.2.1.
- (3) **Tid og ressourcer.** Tiden og ressourcerne er en helt afgørende barriere for arbejdet med patientsikkerhed. Både casestudier og spørgeskemaundersøgelserne peger på, at tiden til at indrapportere og følge op på utilsigtede hændelser er en central barriere. Det er ca. 40 % af lægerne og sygeplejerskerne, som vurderer, at tid i meget høj grad eller høj grad udgør en barriere for indrapporteringen (se bilag 3 tabel 22 og tabel 65).
- (4) **Mangelfuld opfølgning.** Som det også fremgår af afsnit 3.2.1 er mangelfuld opfølgning på utilsigtede hændelse en årsag til, at sundhedspersonalet undlader at indrapportere utilsigtede hændelser. Samtidig er det kun ca. 20 % af lægerne og sygeplejerskerne som vurderer, at opfølgningen på utilsigtede hændelser i meget høj eller i høj grad fungerer efter hensigten (se bilag 3 tabel 22 og tabel 65).
- (5) **Manglende incitamentsstrukturer.** Der er en generel opbakning til arbejdet med patientsikkerhed, men det er samtidig den gode vilje og ønsket om at lære, der driver værket. Dette burde være og kan også siges at være fyldestgørende. Det kan dog konstateres, at der ikke er særlig økonomiske eller karrieremæssige fordele ved at arbejde med patientsikkerhed. Arbejdet med patientsikkerhed som eksempelvis patientsikkerhedsansvarlig er et arbejde, der tager tid fra almindelige "driftsopgaver" og derfor skal prioriteres af den enkelte. De manglende incitamentsstrukturer kan virke som barrierer for arbejdet med patientsikkerhed.

- (6) **Faglig stolthed, personligt nederlag, "angiveri"**. Casestudierne peger på, at disse mentale barrierer ikke er udbredt, men dog eksisterende. Alle de interviewede kunne give eksempler på utilsigtede hændelser, som ikke var blevet indrapporteret på grund af at den enkelte (en kollega!) følte sig krænket på sin faglighed eller ikke ville indrømme en fejl. Samtidig kan det være svært for en kollega at opfordre en anden kollega til at indrapportere en utilsigtet hændelse: "Man vil helst ikke angive hinanden". Det er Rambøll Managements vurdering, at disse barrierer ikke synes at være markant udbredt, men de er eksisterende og reelle barrierer.

3.3 Patienters kendskab til utilsigtede hændelser

Patienters kendskab til det centrale rapporteringssystem er ikke en forudsætning for, at rapporteringer kan foretages, og at der kan følges op på indrapporteringerne. Hvis det besluttet at udvide ordningen så den også omfatter patienter, er det dog vigtigt at kende, hvilket informationsniveau gruppen har på nuværende tidspunkt. Det er skal understreges, at sundhedspersonerne ikke har en pligt til at informere om, at en hændelse er indrapporteret.

Sundhedspersonalets holdning til, om patienterne altid bør informeres ved indrapportering, er delt. Som det fremgår af Tabel 13, er der en lille overvægt af sundhedspersoner, der mener, at patienter altid bør informeres ved indrapportering af en utilsigtet hændelse.

Tabel 13 – Andel af sundhedspersoner der mener, at patienter altid bør informeres om en indrapporteret utilsigtet hændelse

Mener du, at patienter altid bør informeres om en indrapporteret utilsigtet hændelse?	Ja	Nej	Ved ikke	N
Læger	47 %	41 %	12 %	450
Sygeplejersker	41 %	36 %	23 %	543

Tabel 14 viser, at hvis man ser på, hvor ofte sundhedspersonerne rent faktisk informerer patienten, så er det væsentligt færre, der altid informerer patienten. Imidlertid informeres patienten "af og til" i ca. en tredjedel af tilfældene. Patienterne har derfor et kendskab til indrapporteringen af utilsigtede hændelser.

Tabel 14 – Andel af sundhedspersoner der informerer patienten om en indrapporteret utilsigtet hændelse

Informerer du patienten, hvis du indrapporterer en utilsigtet hændelse?	Altid	Af og til	Aldrig	Ved ikke	N
Læger	35 %	34 %	9 %	22 %	450
Sygeplejersker	23 %	33 %	21 %	23 %	543

Som beskrevet er sundhedspersonerne ikke forpligtet til at informere patienten om, at der er indrapporteret en hændelse. Det ovenstående skal derfor bruges til at vurdere patienternes kendskab til indrapporteringen. I lyset af dette er det Rambøll Managements vurdering at sundhedspersonerne i høj grad informerer patienterne om at en utilsigtet hændelse indrapporteres.

3.4 Opfølgningen på utilsigtede hændelser og ændring af praksis¹⁷

Det kan på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen blandt sundhedspersonalet konstateres, at der er en forholdsvis høj andel af respondenterne, som vurderer, at en mangelfuld opfølgning er årsag til, at utilsigtet hændelse ikke bliver indrapporteret. Mellem 15 og 31 % (se også Tabel 9 og Tabel 10) vurderer således, at en mangelfuld opfølgning på de utilsigtede hændelser er en af de primære årsager for sundhedspersonalet til at undlade at indrapportere en utilsigtet hændelse.

Der er ligeledes en vis andel af respondenterne, som vurderer, at opfølgningen på utilsigtede hændelser ikke fungerer efter hensigten.

Tabel 15 – Fungerer opfølgning efter hensigten

I hvilken grad er du enig i, at opfølgningen på indrapporterede hændelser fungerer efter hensigten	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Ved ikke	N
Læger	21 %	34 %	17 %	29 %	862
Sygeplejersker	23 %	33 %	16 %	28 %	1158
Risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige	37 %	48 %	12 %	4 %	222

Note: Kategorierne i meget høj og i høj grad er slået sammen, og kategorierne i ringe grad og slet ikke er ligeledes slået sammen. Dette er gjort for at få et tydeligere billede af respondenternes vurderinger.

Som det fremgår det af Tabel 15 er der mellem 12 og 17 % af respondenterne som vurderer, at opfølgningen på utilsigtede hændelser i ringe grad eller slet ikke fungerer efter hensigten. Dertil kommer, at den største andel af respondenterne kun vurderer, at opfølgningen i nogen grad fungerer.

På den ene side peger besvarelsene på, at opfølgningen på utilsigtede hændelser fungerer. Der er ikke en markant høj andel, som vurderer, at en mangelfuld opfølgning på utilsigtet hændelse udgør en barriere og der er heller ikke en markant høj andel, som vurderer, at opfølgning ikke fungerer efter hensigten. På den anden side peger besvarelsene dog samtidig på, at der er et forbedringspotentiale, idet vurderingen af opfølgningen på utilsigtede hændelser ikke er entydig positiv.

Casestudierne understøtter denne konklusion. Samtlige interviewede peger på, at der er et behov for at styrke opfølgningen lokalt/regionalt. Dette handler om 4 forhold:

- (1) Der er et behov for at melde bedre tilbage til de personer, der indrapporterer. Normalt får alle en tilbagemelding, men de interviewede fremhæver også, at dette ikke sker i alle tilfælde, enten fordi det vurderes at være mindre vigtigt eller der ikke er tid.
- (2) Der er et behov for at melde mere generelt tilbage til afdelingerne og formidle en viden om resultaterne af indrapportering og eventuelle tendenser.
- (3) Der er et behov for at sprede viden på tværs af afdelinger. Sundhedspersonalet efterspørger viden om utilsigtede hændelser i andre afdelinger: er der bestemte tendenser, kan man lære af andre afdelinger, har de ændret praksis etc.

¹⁷ I dette afsnit vil vi behandle opfølgningen på utilsigtede hændelser lokalt og regionalt, men den nationale opfølgning behandles i kapitel 4.

- (4) Der er et behov for at sprede viden på tværs af sygehuse i amtet. Dette handler ligeledes om viden om bestemte tendenser, læring fra andre sygehuse, ændrede praksisser eller procedurer.

Hverken spørgeskemaundersøgelsen eller casestudierne peger på, at der er et markant problem med manglende opfølgning på utilsigtede hændelser. Der bliver fulgt op i langt de fleste tilfælde, men det er samtidig i forhold til opfølgningen, at patientsikkerhedsordningen fungerer mindre godt. Ca. 35 % af lægerne og sygeplejerskerne peger således også på, at patientsikkerhedsordningen kunne forbedres ved at sikre bedre læring på tværs af specialer og sygehuse.

Nogle amter har allerede sat fokus på at styrke opfølgningen eksempelvis i forhold til at styrke videndeling og læring på tværs af sygehuse. I Fyns Amt afholdes der regionsmøder, der har til formål at sikre videndeling og metodeudvikling. Vurderingen i Fyns Amt er, at der først i de senere år er kommet fuld fokus på læringsaspektet. Dette har i de første år handlet meget om at få sundhedspersonalet til at indrapportere.

Det er Rambøll Managements vurdering, at hvis der skal sættes øget fokus på opfølgningen på utilsigtede hændelser, skal der også foretages en strategisk og ressourcemæssig prioritering af patientsikkerhed. Dette gælder særligt i forhold til spredning på tværs af afdelinger og på tværs af sygehuse. Der skal være en ledelsesmæssig vilje til at iværksætte videndeling på tværs af afdelinger og sygehuse samtidig med, at det vil koste ekstra ressourcer til analyse, opsamling, møder etc.

3.4.1 Ændringer i praksis

Casestudierne peger på, at indrapporteringerne fører til ændringer i praksis. Dette kan være i form af nye procedurer, tekniske forbedringer etc. I spørgeskemaundersøgelsen blandt risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige har vi spurgt til, om indrapporteringer af utilsigtede hændelser fører til ændringer. Ikke overraskende angiver alle risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige, at det fører til ændringer. Spørges sundhedspersonalet kan det konstateres, at ca. 70 % af de hændelser som personalet har været involveret i fører til ændringer i praksis.

Tabel 16 – Utilsigtede hændelsers betydning for ændring af praksis

Har indrapporteringen af de utilsigtede hændelser, som du har været involveret i, medført ændringer i afdelingen?	Læger	Sygeplejersker
Ja, uformelle ændringer i den daglige praksis	20 %	26 %
Ja, formelle ændringer i procedurer eller praksis	39 %	34 %
Ja, ændringer i sikkerhedsprocedurer omkring brug af udstyr	19 %	16 %
Ja, ændringer i sikkerhedsprocedurer omkring brug af medicin	23 %	25 %
Nej	29 %	33 %
Ved ikke	8 %	8 %
N:	311	431

Note: Procenten summerer ikke til 100, da det har været muligt at angive flere svar.

Som det fremgår af Tabel 16 er det ca. 30 % af rapporterne på de utilsigtede hændelser, der *ikke* medfører ændringer i praksis. Dette er ikke nødven-

digvis et udtryk for, at der ikke bliver fulgt op, men det kan også være et udtryk for, at der ikke var behov for ændringer i praksis. Det er dog sandsynligvis kun et mindre antal af indrapporterede hændelser, hvor der ikke er behov for ændringer i praksis. Som det også fremgår af tabellen har ændringer hyppigere en mere formel karakter i form af formelle ændringer af procedurer eller praksis.

Tabel 17 – Opfølgning på utilsigtede hændelser i form af instrukser, vejledning og råd

Har du modtaget instrukser, vejledninger eller gode råd baseret på baggrund af indrapporteringer af utilsigtede hændelser?	Læger	Sygeplejersker
Ja	61 %	72 %
Nej	32 %	24 %
Ved ikke	7 %	4 %
N:	195	269

Hovedparten af sundhedspersonalet, der har modtaget en opfølgning i form af instrukser, vejledninger eller gode råd på baggrund af indrapporteringen af de utilsigtede hændelser. Dog er det samtidig mellem 24 og 32 % som ikke har modtaget en konkret opfølgning på indrapporteringen af de utilsigtede hændelser, hvilket understøtter konklusionen om, at der er et behov for at styrke opfølgningen på de utilsigtede hændelser.

Spørgsmålet er, hvilken effekt ændringerne af praksis har haft. Sundhedspersonalet og risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige vurderer i langt overvejende grad, at ændringerne også bidrager til at undgå lignende hændelser i fremtiden.

Tabel 18 – Bidrager ændringer i praksis til forebyggelse af utilsigtede hændelser

Har ændringerne af praksis bidraget til at undgå lignende hændelser?	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Ved ikke	N
Læger	26 %	44 %	6 %	24 %	195
Sygeplejersker	39 %	45 %	3 %	13 %	269
Risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige	26 %	51 %	4 %	17 %	214

Som det fremgår af tabellen vurderer mellem 70 og 84 % af respondenterne, at ændringerne af praksis i høj grad eller nogen grad har bidraget til at undgå lignende hændelser. Der er næsten ingen som vurderer, at ændringerne ikke har været med til at forebygge lignende hændelser.

Det er ligeledes generelt vurderingen fra sundhedspersonalet og risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige, at patientsikkerhedsordningen og systemet medvirker til at forebygge fejl.

Tabel 19 – Medvirker patientsikkerhedsordningen til at forebygge fejl

I hvilken grad mener du generelt, at systemet med indberetning af utilsigtede hændelser medvirker til forebyggelse af fejl og anden kvalitetsudvikling – Forebyggelse af fejl	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Ved ikke	N
Læger	36 %	45 %	15 %	4 %	862
Sygeplejersker	39 %	45 %	12 %	4 %	1158
Risikomanager/patientsikkerhedsansvarlighed	50 %	42 %	6 %	1 %	222

Det er således mellem 81 og 84 % af lægerne og sygeplejerskerne som vurderer, at patientsikkerhedssystemet i høj grad eller nogen grad er med til at forebygge fejl. Der er dog stadigvæk mellem 12-15 % som vurderer, at systemet kun i ringe grad er medvirkende til at forebygge fejl. Risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige er klart de mest positive.

Der er en endnu mere positiv vurdering af, om patientsikkerhedssystemet medvirker til kvalitetsudvikling.

Tabel 20 – Medvirker patientsikkerhedsordningen til kvalitetsudvikling

I hvilken grad mener du generelt, at systemet med indberetning af utilsigtede hændelser medvirker til forebyggelse af fejl og anden kvalitetsudvikling – Kvalitetsudvikling	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Ved ikke	N
Læger	41 %	40 %	14 %	4 %	862
Sygeplejersker	45 %	41 %	9 %	5 %	1158
Risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige	51 %	42 %	5 %	1 %	222

Det er således tæt på halvdelen (mellem 41 og 45 %) som vurderer, at patientsikkerhedssystemet i høj grad er medvirkende til kvalitetsudvikling. Lægerne er mindre positive end sygeplejerskerne, men dog stadig i langt overvejende grad positive. Også i forhold til kvalitetsudviklingen er risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige mere positive i deres vurdering af patientsikkerhedssystemets betydning. Derudover vurderer mellem 40 og 41 %, at patientsikkerhedsordningen i nogen grad medvirker til kvalitetsudvikling.

Det er overordnet Rambøll Managements vurdering, at opfølgningen på utilsigtede hændelser fungerer i praksis og at indrapporteringerne også fører til ændringer i praksis. Der er en udbredt opfattelse blandt sundhedspersonerne, at patientsikkerhedsordningen medvirker til forebygge utilsigtede hændelser og fejl samt understøtter kvalitetsudvikling. Dog peger evalueringen også på, at opfølgningen på utilsigtede hændelser kan styrkes. Det er særligt i forhold til læringsaspektet i de enkelte afdelinger, på tværs af afdelinger og på tværs af sygehuse i amtet.

3.4.2 Kerneårsagsanalyser og aggregerede analyser

En måde at følge op på utilsigtede hændelser er en dybtgående analyse af hændelsen og hændelsesforløbet. Der findes forskellige metoder til at analysere til utilsigtede hændelser, men i de 3 amter anvendes en kerneårsagsanalyse¹⁸. I telefoninterviewene med amternes ansvarlige for arbejdet med

¹⁸ Når der foretages en kerneårsagsanalyse, sammensættes der typisk et tværfagligt team, der i samarbejde med risikomanager forsøger at afdække de grundlæggende årsager, der kan være til, at en utilsigtet hændelse har fundet sted. Der spørges hele tiden til årsagerne til en given hændelse, indtil man har fundet frem til kerneårsagen.

patientsikkerhed fremgår det også, at kerneårsagsanalysen er langt den mest udbredt. Der gennemføres ligeledes aggregerede kerneårsagsanalyser over flere hændelser af samme karakter. Den aggregerede analyse benyttes, hvis der er/eller forventes en stor hyppighed af utilsigtede hændelser inden for det givne felt.

Det er forskelligt, hvor lang tid det tager at foretage en kerneårsagsanalyse. I H:S har man opsat et mål om, at en kerneårsagsanalyse skal gennemføres inden for 14 dage¹⁹, hvor det i de andre amter tager længere tid. Medarbejderne i H:S fremhæver, at det er kerneårsagsanalyserne, der er de mest anvendelige i arbejdet med patientsikkerhedsordningen. Det er analysen, som skaber anledning til forandring og læring.

På Århus Sygehuse foretages der kerneårsagsanalyser, når der er tale om en scoring på 3, og der skal samtidig være mulighed for læring. De vælger at lave analyserne samlet af større problemstillinger. Der er ekstreme enkeltstående episoder, hvor der gennemføres kerneårsagsanalyser. Det er dog ikke på alle score 3-hændelser, der gennemføres en kerneårsagsanalyse. Det er ressourcemæssigt omkostningsfuldt at gennemføre en sådan analyse og derfor har man prioriteret sådan, at der skal være et klart læringsperspektiv, hvis en kerneårsagsanalyse skal gennemføres.

I Fyns Amt har man uddannet bestemte proceskonsulenter, der sammen med den amtslige risikomanager indgår i kerneårsagsanalyser og aggregerede kerneårsagsanalyser. Disse har alle gennemgået kursus i patientsikkerhed og risikostyring. I Fyns Amt er der imidlertid kun gennemført få aggregerede analyser på amtsligt niveau, men man har et ønske om at styrke denne funktion. Tidligere har man foretaget små aggregerede analyser lokalt.

Formålet er at opnå læring og derved hindre, at hændelsen sker igen. En kerneårsagsanalyse vil altid munde ud i konkrete initiativer. En kerneårsagsanalyse er en omfattende proces og iværksættes derfor kun, når der har været tale om hændelser, der har voldt alvorlig skade på patienter. Dette vil være hændelser som har scoret 3 ud fra SAC-scoren. Se eksempelvis "Patientsikkerhed i H:S – Handleplan II".

¹⁹ Patientsikkerhed i H:S Handleplan II.

4. Det centrale rapporteringssystemets funktion

I dette kapitel analyseres og evalueres, hvordan det centrale rapporteringssystem for patientsikkerhed fungerer.

I kapitlet vil følgende hovedspørgsmål for evalueringen blive besvaret: Fungerer det centrale rapporteringssystem efter hensigten? Derudover vil følgende delspørgsmål blive besvaret:

- Hvordan fungerer DPSD?
- Er det de rigtige kategorier, der opereres med i DPSD?
- Følges der tilstrækkeligt op på de indrapporterede utilsigtede hændelser?
- Lever udmeldinger fra SST op til hensigten i loven?
- Hvordan er kvaliteten og oplysningsgrundlaget i det materiale, som amterne/H:S indberetter til SST?
- I hvilket omfang videresendes resultater til lokale analyser?
- Lever patientsikkerhedsordningen og systemet op til internationale anbefalinger, som udstukket af WHO og vedtaget i EU?

Spørgsmålene besvares ved at benytte resultater fra spørgeskemaundersøgelsen og casestudier foretaget i forbindelse med evalueringen. Derudover indgår telefoninterview foretaget med risikomanagers i amter og H:S samt andre interview, herunder interview med Sundhedsstyrelsen.

4.1 Dansk PatientSikkerhedsDatabase

Den nationale opsamling og videndeling inden for patientsikkerhed bygger i høj grad på Sundhedsstyrelsens DPSD. Siden 1. januar 2004 har det været muligt for sundhedspersoner at rapportere elektronisk til Sundhedsstyrelsen. Databasen er oprettet som en direkte konsekvens af, at det i lov om patientsikkerhed er præciseret, at Sundhedsstyrelsen skal modtage indrapporteringerne og oprette et nationalt register for utilsigtede hændelser²⁰.

Evalueringen er foretaget ud fra to centrale krav til databasen:

- **Brugervenlighed** DPSD er et arbejdsredskab for Sundhedsstyrelsen, amter/H:S og sundhedspersonerne, derfor skal brugerne let kunne bruge basen i dagligdagen, så det ikke forhindrer indrapportering.
- **Relevant opbygning** Opbygningen af DPSD skal sikre, at sundhedspersonerne kan videregive de nødvendige oplysninger til sundhedsstyrelsen, og viden skal efterfølgende kunne deles effektivt.

Evalueringen viser, at DPSD lever op til minimumskravet om brugervenlighed og væsentligst i forhold til loven, er etableret mulighed for indrapportering af utilsigtede hændelser i en central database. Det er Rambøll Managements vurdering, at DPSD igennem hele perioden og for alle brugere ikke fuldt ud lever op til kravene om brugervenlighed og relevant opbygning. Interviews og spørgeskemaundersøgelser viser dog også, at der er sket klare forbedringer siden databasen blev taget i brug. Det gælder både for brugervenligheden og opbygningen.

²⁰ Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet, Lov nr. 429 af 10. juni 2003, § 4.

4.1.1 Brug af databasen

Brugen af databasen kan vurderes ud fra tre kriterier:

- Hvor meget bliver databasen brugt til indrapportering?
- Er brugerne velinformeret om databasen?
- Bruges alle funktioner i databasen?

Som det tidligere er beskrevet i afsnit 3.2, er der indrapporteret mange hændelser til DPSD siden indførelsen af ordningen. Der er således sket stigning i antallet af indrapporteringer på 100 % fra 2004 til 2005²¹. Alle rapporter indrapporteres i sidste ende via DPSD²². Der er derfor ingen tvivl om, at databasen bliver brugt – og at den bliver brugt i stigende grad. Det er dog praksis i flere amter/H:S, at der ikke indrapporteres direkte i DPSD. Derimod sendes indrapporteringen i papirform til f.eks. en patientsikkerhedsansvarlig, der derefter indtaster indrapporteringen i DPSD. Derfor er det ikke i alle amter/H:S, hvor sundhedspersonerne selv foretager den primære indrapportering i DPSD.

Spørgeskemaundersøgelsen giver mulighed for at se nærmere på navnlig risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige informationsniveau om DPSD. Som det fremgår af Tabel 21 viser spørgeskemaundersøgelsen blandt risikomanagere/patientsikkerhedsansvarlige, at 52 % af risikomanagere/patientsikkerhedsansvarlige i amter/H:S føler, at de er blevet informeret i høj grad eller meget høj grad.

Tabel 21 – Andel af risikomanagere/patientsikkerhedsansvarlige, der vurderer, at de er blevet godt informeret om Dansk Patient Sikkerheds Database

I hvilken grad vurderer du, at du er godt informeret om Dansk Patient Sikkerheds Database?	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Ved ikke	N:
Risikomanagere/patientsikkerhedsansvarlige	52 %	37 %	11 %	1 %	222

Note: Kategorierne i meget høj og i høj grad og i ringe grad og slet ikke er blevet lagt sammen for at give en tydeligere billede.

Over halvdelen af risikomanagerne/patientsikkerhedsansvarlige føler sig således godt informeret, men der er stadig en relativ høj andel på 48 %, der kun i nogen grad, i ringe grad eller slet ikke oplever, at de er blevet informeret. Det kan diskuteres om, at "glasset er halvt fyldt eller halvt tomt", men det skal tages i betragtning, at respondenterne er risikomanagere/patientsikkerhedsansvarlige, der har patientsikkerhed og DPSD som et hovedarbejdsområde. Flere angiver ved de gennemførte telefoninterviews, at de føler, at de selv primært har måttet indhente information og lære DPSD at kende gennem afprøvning af systemet. Konsekvensen vurderes af denne gruppe at være, at opstarten har haft betydning for den kvalitet, indrapporteringerne har fået, da selvoplæringen har givet en forskellig brug af DPSD og tolkning af begreberne.

Vurderingen af ringe grad af information om DPSD hos risikomanagerne er dog ikke udtryk for manglende kendskab til DPSD. Af interviewene med risikomanagerne fremgår det, at de fleste har opbygget et indgående kendskab

²¹ "Årsrapport 2005 DPSD (Dansk Patient-Sikkerheds-Database) – En udredning fra Sundhedsstyrelsen", Sundhedsstyrelsen, februar 2006.

²² Det er vigtigt at være opmærksom på, at der i nogle amter som eksempelvis Århus Amt sker en direkte indrapportering i DPSD, mens der andre steder som eksempelvis H:S sker en første indrapportering i et eget system. Efterfølgende behandles rapporterne og overføres herefter til DPSD.

til databasen, og har en holdning til databasens gode og dårlige sider. Derudover kan det konstateres i interviewene, at selv om risikomanagerne efterspørger mere information fra amterne/H:S og Sundhedsstyrelsen om DPSD, så er tilbagemeldingen, at informationen er blevet bedre efterhånden. Rambøll Management vurderer derfor, at resultaterne i Tabel 21 særligt skal tolkes i lyset af oplevelserne ved introduktionen af DPSD.

Evalueringen skal også afklare, hvordan DPSD bruges. De gennemførte interviews med navnlig risikomanagerne har klart vist, at der er meget forskellig brug af databasen imellem de enkelte amter/H:S.

Den forskellige brug kan illustreres ved at vise, hvorledes den mest omfattende brug af DPSD ville forløbe:

1. Sundhedspersonen rapporterer en hændelse i direkte i DPSD
2. Hændelsen sagsbehandles på amtsligt niveau ved benyttelse af værktøjerne i DPSD
3. Den færdigt-sagsbehandlede rapport sendes til DPSD
4. På amtsligt niveau genereres vha. værktøjerne i DPSD analyser og statistik.

For alle trin bortset fra trin 3 viser praksis hos sygehusejerne, at man ofte ikke bruger DPSD fuldt ud. Der er således flere eksempler på, hvordan DPSD ikke bruges i alle trin. For de enkelte trin kan nævnes:

- Sundhedspersonerne udfylder papirark, der videresendes til den patientsikkerhedsansvarlige eller nærmeste leder (trin 1)
- Sagen behandles færdig igennem dialog vha. amtets eget mailsystem, og det er kun ved endelig rapportering, at DPSD benyttes (trin 2)
- Rapporterne indtastes i eget statistikprogram eller database, hvor analyserne og statistikken genereres (trin 4).

Det er derfor langt fra alle funktionerne i DPSD, der benyttes af amterne/H:S. Det er dog vigtigt at understrege, at det ikke er et krav i lovgivningen, at amter og H:S skal bruge alle funktioner i DPSD. Der kan være forskellige årsager til, at der samtidig med DPSD arbejdes med flere systemer for patientsikkerhed, men det er Rambøll Managements vurdering, at det ikke er hensigtsmæssigt at have flere forskellige systemer for patientsikkerhed. Der bør derfor arbejdes på at etablere ét system til håndtering af utilsigtede hændelser og patientsikkerhed.

4.1.2 *Opbygning og funktionalitet*

DPSD er den primære måde, data om utilsigtede hændelser kommunikerer fra amter/H:S til Sundhedsstyrelsen. Da de videre analyser i Sundhedsstyrelsen hviler på disse data, er det afgørende, at amter/H:S præcist kan indrapportere den utilsigtede hændelse. Det stiller krav til funktionalitet og opbygning.

Den generelle opfattelse af systemet, som den fremgår af interviewene, er at DPSD har mange gode funktioner og fungerer udmærket til selve indrapporteringen af hændelser. Den lette adgang til DPSD via internettet er en stor fordel, da man altid kan indrapportere hændelser, så længe man har adgang til en computer forbundet til internettet. Ulemperne ved systemet er:

- af teknisk karakter, der behandles i afsnit 4.1.3,
- omhandler kategoriseringen
- eller er problemer, der ikke er knyttet direkte til indrapportering af hændelserne.

Af problemer, der ikke er knyttet direkte til hændelserne, bliver den manglende fleksibilitet i DPSD pointeret. Manglende fleksibilitet kommer til udtryk ved mulighederne for at analysere data og at søge i data.

1. Respondenterne savner særligt mulighed for kunne analysere og præsentere de indrapporterede data på flere forskellige måder, end DPSD tillader. Som allerede beskrevet, så medfører det, at der flere steder er oprettet egne registreringsystemer lokalt, der skal supplere DPSD. Det giver en del dobbeltarbejde, da data både skal indtastes i eget system og derefter i DPSD. I interviewene med risikomanagerne peger de på, at årsagen er, at data skal indgå i den lokale ledelsesinformation. Der er derfor et ønske om, at data kan tilpasses til de specifikke og forskelligartede behov, der er.
2. Ønsket om at kunne finde egne specifikke data medfører også, at risikomanagerne efterspørger en bedre mulighed for at kunne søge i indrapporteringerne. I DPSD er siden introduktionen indført en søgemekanisme for indrapporteringer. For nogle af risikomanagerens vedkommende er der tale om, at de ikke kender til funktionen, mens andre mener, at den skal forbedres.

Med hensyn til det mere indholdsmæssige i indrapporteringerne er i det efterfølgende fokuseret på de kategorier, der kategoriserer de utilsigtede hændelser. Det er fx kategorier, der kategoriserer hændelsen mht. om den hører under er "medicinering", "Operativ/invasiv indgreb" eller "Anden hændelse af alvorlig karakter". Fokuseringen på netop kategoriseringen er valgt, da kategoriseringen er afgørende for den videre bearbejdning af materialet.

Telefoninterviewene med risikomanagers, casestudierne og spørgeskemaundersøgelsen peger på, at den allerede gennemførte forbedring af kategoriseringen af hændelserne har hjulpet meget, men at udviklingen af kategorierne skal fortsætte. Kommentarerne til kategoriseringen præciseres nedenfor.

Tabel 22 viser respondenternes vurdering af, om svarkategorierne i DPSD giver mulighed for fyldestgørende indrapportering. To tendenser er værd af fremhæve:

1. Læger og sygeplejersker er lige tilfredse/utilfredse med kategorierne.
2. En relativt stor andel af risikomanagere/patientsikkerhedsansvarlige og sundhedspersoner vurderer, at kategorierne kun i nogen grad eller ringe grad er fyldestgørende.

Tabel 22 – Andel af sundhedspersoner og risikomanagere/patientsikkerhedsansvarlige der vurderer, at svarkategorierne i DPSD giver mulighed for fyldestgørende indrapportering

I hvilken grad vurderer du, at svarkategorierne i Dansk Patient Sikkerhedsdatabase giver mulighed for en fyldestgørende indrapportering?	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Ved ikke	N
Læger	29 %	19 %	4 %	48 %	862
Sygeplejersker	35 %	20 %	3 %	42 %	1158
Risikomanagere/patientsikkerhedsansvarlige	42 %	29 %	9 %	21 %	222

Note: Kategorierne i meget høj og i høj grad og i ringe grad og slet ikke er blevet lagt sammen for at give en tydeligere billede.

I henhold til den første tendens kunne en bekymring have været, at læger og sygeplejersker i forskelligt omfang ville finde svarkategorierne fyldestgørende. En forskellig holdning til kategorierne kunne medføre, at en faggruppes indrapporteringer i højere grad ville kunne opfanges af DPSD. Imidlertid er begge faggrupper er lige tilfredse/utilfredse med kategorierne, hvilket indikerer, at databasen favner bredt.

For det andet viser den generelle vurdering af kategorierne, at ca. 40 % af risikomanagerne/patientsikkerhedsansvarlige mod ca. 30 % af sundhedspersonalet, oplever, at svarkategorierne i høj grad er fyldestgørende. Det betyder imidlertid også, at en relativt stor andel kun i nogen grad eller ringe grad oplever, at kategorierne er fyldestgørende. Den store mængde af "ved ikke" for sundhedspersonalet kan forklares ved, at det ikke er alle sundhedspersoner, der har prøvet at indrapportere en hændelse generelt, og at indrapporteringen ikke altid sker til DPSD.

Risikomanagerne/patientsikkerhedsansvarlige kvalitetschecker rapporter, kategoriserer og indhenter yderligere information lokalt, hvis det er nødvendigt. Rambøll Management vurderer derfor, at det er særligt kritisk, at en så relativt stor andel af netop denne gruppe i nogen, i ringe grad eller slet ikke, mener, at kategorierne er fyldestgørende.

Interviews og åbne svarkategorier har afdækket de forbehold, respondenterne har ved svarkategorierne. To forbedringsmuligheder til kategorierne er blevet fremhævet:

- **Metodisk** Fra respondenter nævnes det fx, at ikke alle svarkategorierne er gensidigt udelukkende, og at det er svært at opdele i medvirkende årsager.
- **Nuancering og udvidelse** Det fremhæves, at hændelseskategorier kunne være mere præcise.

Derudover er det afdækket, at respondenterne har forskellig holdning til, hvorledes svarkategorierne i DPSD skal opbygges. Flere respondenter fremhæver, at det er en fordel, at der er betydelig mulighed i DPSD for at beskrive hændelsen vha. tekst. Netop denne mulighed opleves af andre som tidskrævende og unødvendig. Det er Rambøll Managements vurdering, at andelen af navnlig risikomanagere/patientsikkerhedsansvarlige, der angiver, at de kun i nogen eller i ringe grad mener, kategorierne er fyldestgørende, er for høj. Men interviewene viser samtidig, at det ikke er muligt at tilfredsstille alle behov til kategoriseringerne. Der bør derfor arbejdes på at forbedre DPSDs funktionalitet, men samtidig må det også erkendes, at ikke alle vil kunne få deres ønsker til systemet opfyldt. Som det uddybnes i afsnit 4.2, så er der fordele og ulemper ved henholdsvis fri tekst og lukkede svarmuligheder.

Respondenterne fremhæver, at svarkategorierne er blevet bedre siden DPSD blev introduceret. Særligt er muligheden for at give mere præcise svar mht. hændelseskategorierne betegnet som en styrkelse.

Derudover er der ikke nogen respondenter, der er kommet med forslag til grundlæggende anderledes kategoriseringer. I stedet er det, der efterspørges en nuancering og præcisering af kategorierne frem for et grundlæggende nyt system.

4.1.3 Tekniske problemer

Nærværende evaluering omfatter ikke en evaluering af DPSD som et it-system, men de tekniske problemer inddraget i det omfang det påvirker amternes og H:S' mulighed for at indsende rapporter om utilsigtede hændelser til Sundhedsstyrelsen, som det er krævet af loven.

Det er overordnet set Rambøll Managements vurdering, at tekniske problemer ikke er en hindring for indrapportering af utilsigtede hændelser. Det bekræftes af, at sundhedspersonerne og risikomanagere/patientsikkerhedsansvarlige ikke anfører de tekniske problemer som en væsentlig barriere for indrapportering, som det fremgår af Tabel 23. Dette betyder dog ikke, at DPSD teknisk har fungeret optimalt.

Tabel 23 – Andel af sundhedspersoner, der angiver, at tekniske problemer har været den primære grund til, at nogle af de utilsigtede hændelser ikke blev indrapporteret?

Hvad vurderer du, er de primære grunde til, at utilsigtede hændelser ikke bliver indrapporteret?	Andelen der angiver at tekniske problemer var den primære årsag til manglende indrapportering	N
Læger	2 %	103
Sygeplejersker	5 %	134
Risikomanagere/patient-sikkerhedsansvarlige	7 %	147

Det er opfattelsen blandt respondenterne, at DPSD ikke har fungeret optimalt, når det gælder den tekniske del af DPSD. Alle de interviewede risikomanagere nævner, at der har været tekniske problemer ved brug af DPSD. De tekniske problemer omhandler navnlig brugen af systemet til statistik og analyse. Respondenter har fremhævet følgende elementer:

- **Responstid.** DPSD opfattes som langsomt i brug ved både indrapportering og den efterfølgende analyse af data.
- **Tilpasning til egen organisation.** Oversigten over sygehuse og afdelinger i DPSD er ikke up-to-date.
- **Manglende support og undervisning.** Flere efterlyser en decideret help-desk til DPSD og muligheden for mere undervisning i brug af systemet.
- **Kompatibilitet med eget it-system.** Enkelte amter/H:S har oplevet, at DPSD ikke er kompatibelt med egne it-systemer, som fx Lotus Notes.

For flere af amterne og H:S har de tekniske problemer været en stærkt medvirkende årsag til, at man har etableret egne indrapporteringssystemer. Det er Rambøll Managements vurdering, at hvis man ønsker, at flere skal bruge alle funktionerne i DPSD, så skal de resterende tekniske problemer løses.

4.2 Rapportering til Sundhedsstyrelsen

For at de indrapporterede hændelser skal kunne bruges til forbedring af patientsikkerheden, skal de være så præcise, at der kan tages handling på baggrund af dem. For at undersøge kvaliteten af indrapporteringerne har Rambøll Management gennemgået anonymiserede eksempler på indrapporteringer med caseamter mhp. at vurdere, hvilken information, der bliver tilføjet eller fjernet fra sundhedspersonens indrapportering til endelig indrapportering i DPSD. Derudover er brugerne af indrapporteringerne i Sundheds-

styrelsen interviewet samt risikomanagere, der står for indrapporteringen til Sundhedsstyrelsen.

Det er Rambøll Managements vurdering, at indrapporteringerne til Sundhedsstyrelsen er værdifulde i arbejdet med at forbedre patientsikkerheden. Indrapporteringerne er benyttet til at udarbejde Sundhedsstyrelsens rapporter om utilsigtede hændelser, og indrapporteringer har givet anledning til konkrete opfølgende handlinger, fx inden for lægemiddelområdet. Det er dog erfaringen fra arbejdet med *nogle* af indrapporteringerne til Sundhedsstyrelsen, at indrapporteringerne ofte kan være svære at benytte til forbedring af patientsikkerheden. Fra både risikomanagere og Sundhedsstyrelsen anføres, at der indtil nu har været fokus på indrapporteringernes kvantitet, men at der fremover skal skabes større fokus på indrapporteringernes kvalitet.

Årsagerne til at *nogle* indrapporteringer kan være svære at bruge, er:

- Manglende præcision i indrapporteringen
- Kategorisering efter indrapportering

Den største årsag til, at nogle indrapporteringer ikke kan bruges til konkret opfølgning er, at indrapporteringerne ofte er upræcise mht. tidsangivelse for hændelse, omstændighederne omkring hændelsen og årsagerne til hændelserne. Fx nævnes i et interview, at der ofte bare står "fald" i mange af rapporterne. I sådanne tilfælde er det nødvendigt med information om baggrunde og årsager. I DPSD er der mulighed for at beskrive dette, men det benyttes ofte ikke. Ved det efterfølgende arbejde med indrapporteringen er det svært at bruge en sådan indrapportering til generel vejledning.

For så vidt angår kategoriseringen efter sundhedspersonens indrapportering, konstateres i interviewene med både risikomanagere og Sundhedsstyrelsen, at ved indrapporteringen til Sundhedsstyrelsen er to hensyn centrale:

1. For det første skal indrapporteringen give mulighed for, at sundhedspersonen kan give en beskrivelse af den utilsigtede hændelse, som vedkommende selv kan genkende og lære af hændelsen. Det kræver, at der er åbne svarmuligheder.
2. For det andet skal sikres, at sundhedspersonen videregiver tilstrækkelig præcis information til, at erfaringerne fra den utilsigtede hændelse kan generaliseres. Det kræver ofte, at sundhedspersonen tager stilling til foruddefinerede kategorier.

Ved indrapportering af en utilsigtet hændelse er prioriteret, at den enkelte sundhedsperson kan beskrive hændelsen vha. fritekstfelter. Da det ikke er sundhedspersonen selv, der skal foretage den mere præcise kategorisering, så skal kategoriseringen foretages efterfølgende af fx risikomanagere/patientsikkerhedsansvarlige. Det giver af og til problemer med præcisionen i indrapporteringen, da sundhedspersonen ikke er tvunget til at tage stilling til bestemte kategorier. Derudover fremhæves det, at den valgte metode mht. hvem der skal foretage kategoriseringen, medfører et stort ressourcetræk på de patientsikkerhedsansvarlige i amter/H:S og Sundhedsstyrelsen.

Rambøll Management vurderer, at der er fordele og ulemper ved prioritering af hvert hensyn, men kan i nærværende evaluering ikke konkludere, om der i det nuværende system er den rigtige vægtning. Det kan imidlertid konstateres, at for indrapporteringen til Sundhedsstyrelsen giver nuværende vægtning risiko for, at nogle indrapporteringer ikke er anvendelige.

4.3 Sundhedsstyrelsens opfølgning

Ifølge lovgivningen på patientsikkerhedsområdet er det Sundhedsstyrelsens opgave, at vejlede sundhedsvæsenet om patientsikkerhed på baggrund af bl.a. indrapporteringerne fra amter/H:S.

Hensigten med afsnit 4.4. er primært at analysere og vurdere den måde, Sundhedsstyrelsen har varetaget opgaven "vejlede sundhedsvæsenet om patientsikkerhed". Det gøres ved indledningsvis i afsnit 4.4.1. at beskrive typerne, mængden og kendskabet til opfølgningen fra Sundhedsstyrelsen, og derefter vil indholdet i opfølgningen blive vurderet i afsnit 4.4.2.

4.3.1 Opfølgning

Sundhedsstyrelsen har udgivet forskellige typer materiale, der følger op på indrapporteringer fra amter/H:S. Sundhedsstyrelsen har både benyttet indrapporteringer, der er indrapporteret elektronisk via DPSD, men derudover er rapporterne baseret på øvrigt materiale og dialog med amter/H:S.

Det er Rambøll Managements vurdering, at der er bredt kendskab til Sundhedsstyrelsens opfølgning, og at opfølgningen bruges i amter/H:S til det lokale arbejde med patientsikkerhed. Mængden af opfølgning levede i starten ikke op til modtagernes forventning, men udviklingen i antal udgivelser og aktiviteter viser, at der er sket en klar forbedring.

De forskellige typer opfølgning er pr. d.d.:

- Årsrapporter, der gør status for udviklingen i antal indrapporterede hændelser, og præsenterer Sundhedsstyrelsens aktiviteter inden for patientsikkerhed.
- Temarapporter, hvor et enkelt emne behandles grundigt over ca. 30 sider. Der er udgivet to temarapporter.
- Nyhedsbreve, der giver en opdatering mht. antallet og typen af indrapporteringer samt fx informerer om nye vejledninger. Der er udgivet 9 nyhedsbreve.
- OBS-meldinger, fra DPSD, der er korte meddelelser baseret på indrapporteringer. Der er udgivet 8 OBS-meddelelser. Et eksempel på en titel for en OBS-meddelelse er: "Manglende eller forkert samling af Rubens balloner".
- Undervisning og generel information om patientsikkerhedsområdet.
- Vejledningen "De fem trin". En vejledning til sikring mod forvekslinger ved kirurgiske indgreb.
-

Derudover samarbejdes med øvrige institutioner om opfølgning, herunder er et tæt samarbejde med Lægemiddelstyrelsen om opfølgning på indrapporteringerne.

Hvilket kendskab har sundhedspersonalet til opfølgningen fra Sundhedsstyrelsen? Som det fremgår af Tabel 24, har 68 % af sundhedspersonalet kendskab til, at de har modtaget opfølgning på baggrund af indrapportering af utilsigtede hændelser.

Tabel 24 – Angivelse af, om sundhedspersoner har modtaget opfølgning i form af instrukser, vejledninger eller gode råd.

Har du modtaget instrukser, vejledninger eller gode råd baseret på baggrund af indrapportering af utilsigtede hændelser?	Ja	Nej	Ved ikke	N
Læger	61 %	32 %	7 %	195
Sygeplejersker	72 %	24 %	4 %	269
Samlet	68 %	27 %	5 %	464

I bilag 3 (tabel 19 og tabel 62) er specificeret, hvor stor en andel af denne opfølgning, respondenterne har modtaget fra Sundhedsstyrelsen, amtet, sygehuset, afdelingen eller faglige tidsskrifter. Hovedresultaterne er, at:

- 80 % af sundhedspersonerne har modtaget ca. 80 % af opfølgningen fra afdelingen
- Samlet set har ca. 10 % af sundhedspersonerne viden om at have modtaget opfølgning i form af instrukser, vejledning eller råd fra Sundhedsstyrelsen.
- Ca. 6 % af sundhedspersonerne har modtaget opfølgning fra amtet.

Som det fremgår af i bilag 3 (tabel 19 og tabel 62) kan det bekræftes, at den primære opfølgning sker lokalt, men at der er et vist kendskab til Sundhedsstyrelsens opfølgning. Særligt skal det bemærkes, at der er flere, der har modtaget opfølgning fra Sundhedsstyrelsen end amtet.

Selv om sundhedspersonerne ikke angiver, at det er Sundhedsstyrelsen, der er kilde til opfølgningen, kan en del af opfølgningen fra de øvrige kilder være bearbejdet materiale fra Sundhedsstyrelsen. I interviewene med risikomanagerne fremgår, at materialet fra Sundhedsstyrelsen bruges i amter/H:S. Alle de interviewede risikomanagere angav, at de læste rapporterne fra Sundhedsstyrelsen, når de udkom. Materialet blev ofte benyttet i det videre arbejde i amtet/H:S. Det kan fx være, at et amt benytter en OBS-meddelelse fra Sundhedsstyrelsen til at ændre en vejledning, der gælder i det pågældende amt. Tallene bør derfor betragtes som minimumstal for kendskabet til at have modtaget opfølgning fra Sundhedsstyrelsen.

Der har i interviewene med både sundhedspersoner og risikomanagere været en oplevelse af, at det har taget lang tid, før Sundhedsstyrelsens opfølgninger begyndte at have et rimeligt omfang. Siden starten på indrapporteringerne i 2004 er opfølgningsaktiviteterne fra Sundhedsstyrelsen blevet flere og mere omfattende. Som eksempel kan nævnes, at den første temarapport udkom i december 2005, og den er blevet fulgt op af den næste temarapport i maj 2006. Interviewpersonerne har lagt mærke til denne udvikling og påpeger alle, at der er sket en positiv udvikling, hvor omfanget af opfølgning fra Sundhedsstyrelsens side i højere grad lever op til forventningerne. Der er dog et udbredt ønske om, at opfølgningen intensiveres og, at der sker en løbende opfølgning og tilbagemelding fra Sundhedsstyrelsens side.

4.3.2 *Vurdering af Sundhedsstyrelsens udmeldinger*

I det ovenstående er fokuseret på mængden og typen af opfølgning fra Sundhedsstyrelsen. I dette afsnit analyseres vurderingen af indholdet i opfølgningen. Rambøll Management har ikke foretaget en selvstændig vurdering af det sundhedsfaglige indhold i opfølgningen. Afsnittet er derfor baseret

på, hvordan de primære modtagere og brugere af opfølgningen vurderer den.

Som det er tilfældet for mange af de øvrige elementer i den centrale rapporteringsfunktion, har respondenternes vurdering af indholdet i Sundhedsstyrelsens udmeldinger ændret sig igennem perioden fra 1. januar 2004 til dags dato.

Den overordnede vurdering fra respondenternes side er, at Sundhedsstyrelsens opfølgning har bevæget sig fra udelukkende at være en opgørelse af antal til indrapporteringer til at være mere handlingsorienterede og med mere sundhedsfagligt indhold. Man ønsker dog, at Sundhedsstyrelsen fortsætter udviklingen med at styrke det handlingsorienterede og øge kvaliteten af det sundhedsfaglige indhold.

Respondenterne lægger en selvstændig vægt på vigtigheden af, at de kan se, at indrapporteringerne bliver brugt af Sundhedsstyrelsen. Det er ikke bare en motiverende faktor for sundhedspersonalet i forhold til indrapportering, som det er blevet beskrevet tidligere. Det er motiverende, fordi sundhedspersonalet kan se, at indrapporteringerne bliver brugt til noget. Opfølgningen fra Sundhedsstyrelsen fremhæves også som vigtig, fordi mange af de indrapporterede utilsigtede hændelser af sundhedspersonalet vurderes til at være så vigtige, at der skal findes en løsning på nationalt niveau. Dette synspunkt er baseret på, at sundhedspersonerne har en faglig interesse i opfølgningen. Derfor er der en stærk faglig interesse i opfølgningen fra Sundhedsstyrelsen.

For opfølgningen betyder det, at sundhedspersoner og risikomanagere/patientsikkerhedsansvarlige i høj grad er positive ift., at der kommer markant opfølgning fra Sundhedsstyrelsen.

De forskellige typer opfølgning har forskelligt omfang og fokusområde. Respondenterne fremhæver ikke mindst, at opfølgningen er varierende mht., hvor handlingsorienterede de er, og hvor hurtigt de meldes ud. For navnlig sundhedspersonalet er det vigtigt, at opfølgningen er så handlingsorienteret og hurtig som muligt. Derfor efterspørges også flere tilbagemeldinger af de handlingsorienterede opfølgninger, som fx OBS-meddelelser, hvor der er et enkelt budskab, der meldes hurtigt ud. Det er ikke overraskende, at der efterspørges flere handlingsrettede opfølgninger fra sundhedspersoner, der i en travl hverdag skal tage beslutninger.

En respondent formulerer problemstillingen i en vurdering af rapporten om medicin håndtering, at den i høj grad var en optælling af hændelser. Når det er en optælling af hændelser, så bliver opfølgningen af en karakter, hvor niveauet på indrapporteringer sammenholdes med hinanden inden for forskellige fagområder eller geografiske enheder. Dermed bliver det svært at bruge rapporten til at drage konklusioner.

Imidlertid skal ønsket sammenholdes med, hvordan sundhedspersonerne og risikomanagere/patientsikkerhedsansvarlige ser Sundhedsstyrelsens rolle i opfølgningen på indrapporteringerne. Sundhedsstyrelsen tildeles af alle de interviewede en helt central rolle i opfølgningsprocessen. Det forventes, at Sundhedsstyrelsen varetager følgende funktioner i forhold opfølgningen:

- Sikrer, at Sundhedsstyrelsen integrerer patientsikkerhed i de øvrige arbejdsområder, Sundhedsstyrelsen har ansvar for.
- Kan foretage mere grundlæggende analyser i kraft af adgang til nationale data og ekspertise.

- Er i stand til hurtigt at gøre opmærksom på aktuelle problemer inden for patientsikkerhed.
- Sikrer en national eller regional koordinering af tiltag inden for patientsikkerhed.

Den hurtige og handlingsorienterede opfølgning, som fx OBS-meddelelserne er derfor kun én af de funktioner, som respondenter forventer, at Sundhedsstyrelsen varetager. Det er derfor Rambøll Managements vurdering, at der ikke ønskes en nedprioritering af de mere omfattende rapporter om enkeltområder, men derimod, at der ønskes flere af de mere handlingsorienterede opfølgninger.

Det er derudover vigtigt at sætte de forbehold, der har været over for opfølgningen i perspektiv. 8 respondenter omtaler fx den nyligt udgivne rapport om selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse²³. Af disse respondenter er der kun én, der omtaler den i sammenhæng med, at den kunne forbedres indholdsmæssigt. Når respondenterne omtaler udmeldingerne generelt, er holdningen hos respondenterne, der behandler emnet, at udmeldingerne fra Sundhedsstyrelsen har fået en højere kvalitet.

Det er Rambøll Managements vurdering, at udmeldingerne har ændret sig til i stigende grad at være relevante for modtagerne. Udmeldingerne fokuserer i højere grad mod nyttige erfaringer og anbefalede handlinger for sundhedsvæsenets personale.

Er der en tilstrækkelig positiv udvikling i udmeldingerne fra Sundhedsstyrelsen? Der er ingen tvivl om, at der efterspørges flere og mere dybdegående udmeldinger. Imidlertid skal tre forhold inddrages:

- **Tilgængelige ressourcer i Sundhedsstyrelsen**
Sundhedsstyrelsen har haft begrænsede ressourcer til rådighed til at udarbejde udmeldingerne til sundhedsvæsenet. Tager man antallet af indrapporteringer i betragtning samt de ressourcer, der er brugt til etablering af DPSD, så er antallet udmeldinger forventeligt. Siden ultimo 2005 er tilført flere ressourcer til varetagelsen af området i Sundhedsstyrelsen.
- **Tid fra introduktion**
Det centrale rapporteringssystem blev introduceret 1. januar 2004. Det må forventes, at der skal en tidsperiode til, før analyse og sikre anbefalinger kan sendes til sundhedsvæsenet.
- **Kvalitet af indrapporteringer**
Sundhedsstyrelsens udmeldinger hviler på indrapporteringerne fra amter/H:S. Som beskrevet under afsnit 4.2, kan kvaliteten af indrapporteringerne forbedres. Kvaliteten af indrapporteringerne sætter grænser for kvaliteten af udmeldingerne.

Disse tre forhold gør, at Rambøll Management vurderer, at udmeldingerne ud fra de givne ressourcer og tid siden introduktionen er på et forventeligt niveau. Samtidig peger evalueringen på, at der er et stærkt behov for at styrke opfølgning og tilbagemeldingerne fra Sundhedsstyrelsen.

²³ Temarapport 2006: Selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse, maj 2006, Sundhedsstyrelsen.

4.4 Rapporteringssystemet set i forhold til internationale anbefalinger

I 2005 udgav WHO "Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning – from information to action". Publikationen indeholder anbefalinger til, hvorledes et rapporteringssystem i sundhedsvæsenet kan opbygges og fungere med henblik på at forbedre patientsikkerheden. Anbefalingerne fra WHO er udarbejdet på baggrund af en litteraturgennemgang, en undersøgelse fra en række lande vedr. eksisterende rapporteringssystemer.

WHO har udover anbefalingerne en beskrivelse af gode eksempler fra de forskellige lande. I vurderingen af om det danske rapporteringssystem lever op til anbefalingerne, har Rambøll Management foretaget en todelt analyse.

- For det første er vurderet om det danske rapporteringssystem lever op til anbefalingerne ud fra en minimumsbetragtning. Det vil sige, at efterlevelsen muligvis kunne have været bedre, men at minimumstærsklen for at leve op til anbefalingen fra WHO er vurderet til at være opfyldt.
- For det andet er vurderet, om der er elementer fra WHO rapporten, der med fordel kan inddrages i det fremtidige arbejde med patientsikkerhed i Danmark.

I den endelige vurdering af om rapporteringssystemet lever op til anbefalingerne, er lagt vægt på den første vurdering. Det er gjort ud fra den betragtning, at WHO anbefalingerne er overordnede anbefalinger, der giver betydeligt rum for at tolke, hvor tærsklen for efterlevelse af anbefalingerne er. Derfor er valgt at lægge vægt på minimumsbetragtningen, da der er større sikkerhed for, hvad WHO som minimum anbefaler. I det nedenstående er dog også nævnt, hvilke elementer WHO fremhæver til overvejelse i det fremtidige arbejde, hvor det er relevant. Derudover har EU-Kommissionen i 2006 udarbejdet mere uddybende anbefalinger af det fremtidige arbejde med patientsikkerhed²⁴. Disse anbefalinger er meget detaljerede og det er ikke muligt ud fra det foreliggende datagrundlag at vurdere i hvilken udstrækning, at den danske patientsikkerhedsordning lever op til EU-Kommissionens anbefalinger. Vi vil derfor primært basere vores vurdering på WHO's anbefalinger og vil herudover supplere med tiltag, der kan iværksættes for i højere grad at tilgodese nogle af EU-Kommissionens anbefalinger.

I Tabel 25 er WHO-anbefalingerne har vi citeret anbefalingerne, hovedpointen ved anbefalingerne og Rambøll Managements vurdering af det danske rapporteringssystems overholdelse af anbefalinger.

Det er Rambøll Managements vurdering, at rapporteringssystemet samlet set lever op til anbefalingerne fra WHO. På to punkter: "Uafhængigt af personer, der kan straffe" og "Forebyggende strategier skal ud hurtigt" er det dog vurderingen, at systemet kun delvist lever op til anbefalingerne. For de to sidste punkter er det dog vigtigt at understrege, at formelt – i forhold til regler og lovgivning – lever systemet i overvejende grad op til de to anbefalinger.

²⁴ Se også EU-Commission "Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care", maj 2006.

Tabel 25 - Oversigten over WHO-anbefalinger og Rambøll Managements vurdering af, hvorvidt det danske rapporteringssystem lever op til anbefalingerne

Hovedpointe	WHO-anbefaling	Positiv vurdering	Negativ vurdering	Samlet vurdering	Vurdering af forbedringsområder på baggrund af EU beslutning og WHO
1. Patientsikkerhed som formål gennem identifikation af systemfaktorer	<i>Adverse event reporting and learning systems should have as their main objective the improvement of patient safety through the identification of errors and hazards which may warrant further analysis and investigation in order to identify underlying systems factors.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Det er klart målet på alle niveauer og i lovgivningen at forbedre patientsikkerheden og styrke læringen. ▪ Indrapportering er tilrettelagt, fx kategorierne, således, at fokus er på systemfaktor. ▪ Opfølgning i amter/H:S og Sundhedsstyrelsen omhandler ikke personfejl. 		Systemet lever op til anbefalingerne.	<p>EU-Kommissionen anbefaler, at der udvikles indikatorer, der kan identificere patientsikkerhedsproblemer, evaluere effektiviteten af interventioner og give mulighed for sammenligning.</p> <p>EU-Kommissionen anbefaler, at der jævnligt gennemføres undersøgelser af patientsikkerhedskulturen i sundhedsvæsenet. Hensigten er at underbygge den lærende kultur, og forudsætter en opfølgning på undersøgelserne. Der foretages allerede sådanne undersøgelser i Danmark, men omfanget kan udvides.</p>
2. Klarhed om rapporteringssystemet	<p><i>When designing adverse event reporting and learning systems, the responsible parties should clearly set out:</i></p> <p><i>the objectives of the system who should report what gets reported mechanisms for receiving reports and managing the data sources of expertise for analysis the response to reports methods for classifying and making sense of reported events ways to disseminate findings technical infrastructure and data security.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lov om patientsikkerhed udstikker klart den overordnede ansvarsfordeling mellem Sundhedsstyrelsen, amter/H:S og sundhedspersonerne. ▪ Der er standardiserede metoder til behandling af rapporter, herunder særligt SAC-score. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Begrebet "utilsigtet hændelse" er ikke klart for alle. I nogen grad opstår der tvivl om, hvad der er en utilsigtet hændelse, og hvornår den skal indrapporteres. ▪ Usikkerheden kan udgøre en risiko for, at ikke alle hændelser synliggøres. 	<p>Systemet lever op til anbefalingerne, da tvivlen om definition af utilsigtet hændelse som hovedregel ikke afholder sundhedspersonerne fra at indrapportere.</p> <p>Det kan overvejes om definitionen af utilsigtede hændelser skal præciseres.</p> <p>Det er Rambøll Managements vurdering, at patientsikkerhedsordningen bør udvides til primærsektoren, patienter og pårørende også i Danmark.</p>	<p>EU-Kommissionen nævner som mulig kilde til udvidelse af systemet, at patienter og pårørende samt primærsektoren med fordel kan inddrages i rapporteringssystemet.</p>

Hovedpointe	WHO-anbefaling	Positiv vurdering	Negativ vurdering	Samlet vurdering	Vurdering af forbedringsområder på baggrund af EU beslutning og WHO
3. Sundhedspersoner skal opfordres til at rapportere	<i>Health-care workers and organizations should be encouraged to report a wide range of safety information and events.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der udbydes kurser og efteruddannelse i arbejdet med patientsikkerhed. ▪ Der er ledelsesmæssigt fokus på patientsikkerhed, og patientsikkerhed er i overvejende grad ledelsesmæssigt forankret på de enkelte afdelinger. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manglende tid og ressourcer til at indrapportere udgør en markant barriere for indrapportering. 	Systemet lever op til anbefalingerne, da der ikke er tvivl om, at sundhedspersonerne opfordres til at indrapportere. Herunder også at loven klart angiver, at det er en pligt for sundhedspersonerne. Det kan dog for nogen være en udfordring at finde tid til det. Der bør arbejdes på at håndtere den tidsmæssige barriere.	
4. Ingen repressalier	<i>Health-care workers who report adverse events, near misses and other safety concerns should not be punished as a result of reporting.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Størstedelen af sundhedspersonalet har tiltro til systemet. ▪ 63 % af sundhedspersonalet angiver, at de i meget høj eller i høj grad har tillid til, at indrapporteringer bliver behandlet med fortrolighed. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Til trods for at evalueringen viser, at der er tiltro til systemet, så er der stadig ca. 15-18 %, som angiver, at frygt for sanktioner afholder sundhedspersonalet fra at indrapportere. 	Systemet lever op til anbefalingerne, da der ikke er muligheder for sanktioner. I evalueringen er der heller ikke fundet eksempler på repressalier ved indrapportering. Der bør dog arbejdes på at synliggøre, at patientsikkerhedsordningen er sanktionsfri.	
5. Uafhængigt af personer, der kan straffe	<i>Reporting systems should be independent of any authority with power to punish the reporter.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sundhedspersoner kan ikke straffes på baggrund af indrapporteringer. ▪ Indrapporteringerne kan ikke bruges ved patientklager, og tilsynsmyndigheden (Sundhedsstyrelsen) kan ikke identificere den enkelte sundhedsperson. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indrapporteringerne fra sundhedspersonerne sendes til den nærmeste leder, og det kan i praksis være svært at bevare anonymiteten og opfattelsen af sanktionsfriheden. 	Systemet lever delvist op til anbefalingerne, da uafhængigheden <i>i praksis</i> kan være svær at bevare i fx en lille sygehusafdeling. Formelt set er der dog ikke tvivl om, at modtagerne af indrapporteringerne ikke må straffe sundhedspersonerne på baggrund af indrapporteringerne.	

Hovedpointe	WHO-anbefaling	Positiv vurdering	Negativ vurdering	Samlet vurdering	Vurdering af forbedringsområder på baggrund af EU beslutning og WHO
6. Identitet af sundhedspersoner der indrapporterer, skal ikke almindeligvis kunne videregives til tredjepart.	<i>The identities of reporters should not normally be disclosed to third parties.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Systemet giver mulighed for at sundhedspersonerne kan indrapportere anonymt. Identiteten på sundhedspersonen er kun tilgængelig inden for personens egen organisation. 		Systemet lever op til anbefalingerne.	
7. Rapporter skal analyseres i rette tid	<i>Reported events should be analysed in a timely way.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Der er opsat målsætninger for sagsbehandling af analyse af indrapporteringerne. Sagsbehandlingen på nationalt niveau og hos amter/H:S sker oftest inden for den aftalte tidsramme. 	<ul style="list-style-type: none"> Der er eksempler på, at sagsbehandlingen tager længere tid, end det er hensigtsmæssigt. 	Systemet lever op til anbefalingerne, da hovedreglen er, at sagsbehandlingen forløber efter målsætningerne. Der bør dog arbejdes på at forhindre en for lang sagsbehandling.	
8. Analyser skal ske af kvalificeret personale	<i>Reported events should be analysed by experts who understand the clinical circumstances and care processes involved and who are trained to recognize underlying systems causes.</i>	<ul style="list-style-type: none"> På både nationalt niveau og hos amter/H:S sker analysen af medarbejdere med sundhedsfaglig baggrund, og der er uddannet nøglepersoner med særlig viden om patientsikkerhed. Lægemiddelstyrelsen vurderer løbende de indrapporterede hændelser. 		Systemet lever op til anbefalingerne.	<p>EU-Kommissionen anbefaler, at andre informationskilder end rapporteringssystemet inddrages i højere grad, der kan supplere de eksisterende data som f.eks. fokusgrupper, journalgennemgang, kliniske databaser og analyse af patientklager.</p> <p>EU-Kommissionen anbefaler, at der udvikles en egentlig strategi for forskning og udvikling af patientsikkerhedsområdet.</p> <p>EU-Kommissionen anbefaler i endnu højere grad at inddrage internationale erfaringer og sprede den viden, der er opbygget i det danske sundhedsvæsen.</p>

Hovedpointe	WHO-anbefaling	Positiv vurdering	Negativ vurdering	Samlet vurdering	Vurdering af forbedringsområder på baggrund af EU beslutning og WHO
9. Enheden der indsamler, skal kunne anbefale	<i>The entity that receives reports should be capable of making and disseminating recommendations. Participating organizations should agree to implement recommendations wherever possible.</i>	<ul style="list-style-type: none"> På både nationalt niveau og hos amter/H:S er der mulighed for at udsende anbefalinger og vejledninger, som modtagerne er forpligtet til at følge. 		Systemet lever op til anbefalingerne.	
10. Forebyggende strategier skal ud hurtig	<i>Recommendations for preventative strategies should be rapidly disseminated, especially when serious hazards are identified</i>	<ul style="list-style-type: none"> De fleste utilsigtede hændelser håndteres oftest umiddelbart i samarbejde mellem sundhedspersonen og nærmeste leder. På både nationalt niveau og hos amter/H:S er der et informationssystem i form af fx hjemmeside, der kan sprede information hurtigt. I kraft af at der benyttes en SAC-score, kan alvorlige utilsigtede hændelser identificeres. 	<ul style="list-style-type: none"> Mellem 10 og 16 % af sundhedspersonalet angiver, at manglende opfølgning er en årsag til, at de ikke indrapporterer en utilsigtet hændelse I patientsikkerhedssystemets første 1-2 år levede antallet af forebyggende strategier fra Sundhedsstyrelsen ikke op til brugernes forventninger. Det er ikke altid tilfældet på nationalt niveau og hos amter/H:S, at der er tilstrækkelige ressourcer til rådighed til at foretage dybtgående analyser. 	<p>Systemet lever delvist op til anbefalingerne, da manglende opfølgning opleves som et problem af sundhedspersonerne.</p> <p>Derudover er det en udfordring med de givne ressourcer at bevæge sig fra opfølgning i form af optælling af antal indrapporteringer til opfølgning i form af strategi til forebyggelse af den utilsigtede hændelse.</p> <p>Det er Rambøll Managements vurdering, at der bør anvendes mere avancerede analyseformer, f.eks. statistiske undersøgelser – herunder undersøgelse af kausalitet mellem forskellige faktorer i det danske patientsikkerhedssystem.</p>	<p>EU-Kommissionen nævner som supplerende eksempler, at man kan benytte mere omfattende analyseformer, f.eks. statistiske undersøgelser – herunder undersøgelse af kausalitet mellem forskellige faktorer.</p> <p>EU-Kommissionen anbefaler, at uddannelse i patientsikkerhed i endnu højere grad udbredes til sundhedsvæsenets organisationer samt at uddannelse af patienter og pårørende uddannes systematisk i patientsikkerhed.</p> <p>EU-Kommissionen anbefaler, at der i høj fokuseres på at sprede de gode historier. Det kan også være i en fortællende form, der går, at sundhedspersonerne kan genkende situationer og hændelser.</p>

5. Udvidelse af patientsikkerhedsordningen

I dette kapitel ser vi på en udvidelse af patientsikkerhedsordningen til at omfatte primærsektoren samt patienter og pårørende.

I kapitlet vil følgende spørgsmål blive behandlet.

- Hvordan primærsektoren kan inddrages i ordningen?
- Hvilke områder i primærsektoren som bør omfattes
- Hvorvidt udvidelsen skal ske på én gang eller etapevis?
- Hvorvidt udvidelsen i forhold til patienter og pårørende skal ske samtidig med at primærsektoren inddrages eller på et senere tidspunkt.

I besvarelsen af spørgsmålene vedr. primærsektor vil erfaringer fra pilotprojekterne i Aabenraa Kommune, Værløse Kommune og Århus Kommune blive inddraget. Derudover bygger kapitlet på casesygehuse i de 3 amter og fokusgrupper med patientorganisationer, faglige organisationer og lignende (se bilagsrapporten for de deltagende organisationer). Resultater fra spørgeskemaundersøgelserne indgår i mindre omfang.

5.1 Opbakning til udvidelse af ordning til primærsektoren

Ved vedtagelsen af patientsikkerhedsloven i 2003 blev det ikke fundet hensigtsmæssigt allerede fra systemets etablering at medtage primærsektoren. Dette var en følge af de særlige organisatoriske forhold, der gør sig gældende her, som ville vanskeliggøre en hurtig indførelse af rapporteringssystemet. Samtidig blev det dog gjort klart, at man bl.a. via evaluering af patientsikkerhedsordningen efterfølgende ville vurdere om og i givet fald hvordan ordningen kunne udvides til også at omfatte primærsektor.

Baseret på de gennemførte interviews med repræsentanter for pilotprojekterne, øvrige interessenter og de gennemførte casestudier er det Rambøll Managements opfattelse, at der er bred opbakning til en udvidelse af ordningen med primærsektor. Dette skal både ses i sammenhæng med de erfaringer, der er gjort i sekundærsektor samt ud fra en principiel opfattelse af, at hele sundhedsvæsenet bør være omfattet af ordningen.

De centrale argumenter omfatter bl.a.:

- I de fleste behandlingsforløb indgår både primær- og sekundærsektor, og det vurderes, at netop sektorovergange indeholder betydelige risici for forekomster af utilsigtede hændelser. En udvidelse vil således muliggøre, at der fokuseres på hele patientforløbet.
- Om end den konkrete viden om antallet af fejl i primærsektor er begrænset, er der ikke noget, der tyder på, at antallet af fejl og utilsigtede hændelser her er mindre end i sekundærsektor.

Emnet er også blevet berørt i spørgeskemaundersøgelsen, hvor der er spurgt til, om systemet med indrapportering kunne forbedres ved at udvide ordningen til primærsektor. For læger og sygeplejersker mener knap 25 %, at dette er tilfældet, mens det samme gør sig gældende for 37 % af de amtslige risikomanagers/patientsikkerhedsansvarlige.

Andelen kan synes lav sammenholdt med den utvetydige opbakning, som casestudier og interviews har vist, men dette kan måske skyldes, at respondenterne har svaret på, hvordan den eksisterende ordning kan forbedres og ikke direkte har taget stilling til, om en inddragelse af primærsektor er en god idé i sig selv. I forlængelse heraf kan svarene også afspejle en opfattelse af, at der er en række forhold ved den eksisterende ordning, der kan eller bør forbedres, inden der sker en udvidelse til primærsektor.

Samlet set er det Rambøll Managements vurdering, at der dels er en stor opbakning blandt sundhedspersoner og interessenter (patientorganisationer og faglige organisationer) til en udvidelse af ordningen og dels, at de hidtidige resultater fra ordningen klart indikerer, at der kan være nogle betydelige læringsmæssige fordele ved en udvidelse.

Læringspotentialet illustreres ikke kun af erfaringerne fra den eksisterende ordning i sekundærsektor, men også i de erfaringer, der er gjort i pilotprojekter i Aabenraa Kommune, Værløse Kommune og Århus Kommune, hvor perspektiverne i forhold til bl.a. almen praksis og hjemme- og ældreplejen er lovende, om end de konkrete læringsmæssige resultater endnu er begrænsede.

5.2 Inddragelse af primærsektor

I forbindelse med inddragelsen af primærsektor er der en række forhold der skal overvejes. Dette omfatter bl.a.:

- Hvilke områder der skal være omfattet
- Hvordan ordningen kan organiseres i forhold til indrapportering og opfølgning.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed har i arbejdsgruppen "Patientsikkerhed i primærsektoren 2005" behandlet og vurderet tilsvarende aspekter ved en udvidelse af ordningen. Det skal overordnet konstateres, at denne evaluering fund i det store og hele svarer til de betragtninger, der fremføres i arbejdsgruppens rapport. Ligeledes skal det konstateres, at evalueringen ikke har fundet forhold, der går imod de anbefalinger, som opstilles i arbejdsgruppens rapport.

5.2.1 Områder der bør omfattes af ordningen

Som tidligere nævnt synes der at være principiel opbakning blandt såvel sundhedspersoner som relevante interessenter til, at hele sundhedsvæsenet – og dermed hele primærsektor – bliver omfattet af ordningen om rapportering af utilsigtede hændelser.

Primærsektor er imidlertid kendetegnet ved et stort antal forskellige aktører med meget forskellige faglige og uddannelsesmæssige baggrunde, og det kan være vanskelig at lave en præcis afgrænsning. Bl.a. er der i forhold til det sociale område en række områder, der grænser op til og overlapper med sundhedsområdet og hvor det derfor er nødvendigt med en ret præcis definition.

I Dansk Selskab for Patientsikkerheds rapport peges der på, at der i primærsektoren bør rapporteres på de samme typer af hændelser som i sekundærsektor og dermed tage udgangspunkt i de 9 hændelseskategorier, der indgår i systemet. En række af de interessenter der har indgået i evalueringen peger ligeledes på at der bør være så stor overensstemmelse mellem ordningen i primær og sekundærsektor som muligt. Samtidig peger en række interviewpersoner samt ligeledes erfaringer fra de igangværende kommunale

projekter (særligt Aabenraa Kommune) på, at det særligt er i forhold til medicinering, overgange mellem sektorer samt fald, at der sker utilsigtede hændelser i primærsektor.

Af hensyn til at kunne foretage en glidende implementering, der vil kunne medvirke til at øge sandsynligheden for succes, kunne det derfor overvejes indledningsvist at fokusere på disse områder og aktører, der har særlig relevans i forhold hertil.

Som nævnt i indledningen vil det være nødvendigt at gøre sig overvejelser om rækkevidden af indrapporteringspligten, og herunder om brug af begrebet "sundhedsperson" er brugbart i denne sektor. I relation til fald vil det eksempelvis være relevant at inddrage kommunalt plejepersonale i kredsen af indrapporteringspligtige.

5.2.2 *Organisering*

En lang række interessenter fremhæver, at en ordning for indrapportering af utilsigtede hændelser i primærsektor bør ligge så tæt op ad den eksisterende ordning som muligt.

Det vurderes, at en stor grad af overensstemmelse dels gør det nemmere at implementere ordningen og dels – hvilket er det primære – er en forudsætning for, at kunne få et samlet billede af fejl og næved fejl i hele sundhedsvæsenet og skabe læring på tværs mellem sektorerne. Dette skal også ses i sammenhæng med, at overgange mellem sektorer netop vurderes at være et af de steder, hvor der sker en del fejl.

I forlængelse af ovenstående argumenteres der for, at ordningen bør have en struktur med lokale såvel som centrale rapporteringssystemer. Dvs. at der kan være et:

- lokalt niveau (de enkelte institutioner o.a.)
- kommunalt/regionalt niveau
- nationalt niveau (Sundhedsstyrelsen, DPSD).

Det skal her overvejes, om rapporteringen skal ske til det lokale niveau eller direkte til det kommunale/regionale niveau og med efterfølgende lokal opfølgning. Uanset opbygningen bør der finde en lokal opfølgning sted, da erfaringerne tydeligt viser, at den lokale opfølgning er den, der giver det største udbytte.

For kommunale enheder som hjemmepleje, sundhedspleje og ældrepleje vil disse enheder kunne udgøre et naturligt niveau for opfølgning, ligesom det i nogle tilfælde kan være hensigtsmæssigt at foretage den indledende rapportering til dette niveau. Dette er eksempelvis fremgangsmåden i Aabenraa Kommune, hvor den enkelte leder af de kommunale institutioner modtager rapporter vedr. utilsigtede hændelser.

Det er imidlertid vanskeligere i forhold til de private virksomheder, og her i særlig grad virksomheder med få ansatte, som fx hovedparten af de alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger. Der er her behov for overvejelser vedr. såvel rapportering som opfølgning. Det er nok mest oplagt, at den initiale rapportering foretages til en regional risikomanagerfunktion, der samtidig har overordnet ansvar for sagsbehandling og opfølgning. Dette er i princippet den model, der anvendes i det igangværende projekt i Værløse Kommune (hvor det dog er kommunalt organiseret), idet der rapporteres til en praksis-risiko-manager, der samler op på den indrapporterede viden og distribuerer den til de praktiserende læger, der medvirker i

projektet. Såfremt opgaven gives til de eksisterende regionale (amtslige) risikomanagers vil der være tale om en betydelig udvidelse af disses opgaver, hvilket vil kræve tilførsel af ekstra ressourcer.

I relation til sagsbehandling og opfølgning i forhold til eksempelvis praktiserende læger og speciallæger kunne det endvidere overvejes, om der er behov for et led mellem den enkelte lægepraksis, speciallægepraksis mv. og de(n) regionale risikomanager(s). For praktiserende læger kunne det eksempelvis overvejes at involvere de lokale 12-mandsforeninger i opfølgning af hændelser. Det er dog spørgsmålet, om etableringen af sådanne ordninger ikke skal ligge på regionalt/lokalt niveau.

I forhold til det kommunale niveau er det væsentligt, at der sker en form for samarbejde og koordinering mellem de enkelte enheder. Dette kunne ske via en kommunal risikomanager-funktion, men som påpeget af Dansk Selskab for Patientsikkerhed vil den lokale organisering bl.a. være afhængig af sundhedsrådets størrelse og organiseringen af kvalitetsarbejdet i øvrigt. Erfaringer fra Aabenraa Kommune peger dog på, at der bør være en risikomanager, der har det overordnede ansvar.

I forhold til det nationale niveau synes det mest naturligt at have en organisering, der er helt parallel med den eksisterende for sekundærsektor og hvor det bliver muligt at lave aggregerede analyser på utilsigtede hændelser.

Med henblik på at skabe så stor en grad af overensstemmelse mellem den eksisterende ordning og ordningen efter en udvidelse til primærsektor synes det hensigtsmæssigt at basere indrapporteringen på den eksisterende DPSD, idet der dog vil være behov for visse justeringer i forhold til eks. hændelseskategorier.

5.2.3 *Udfordringer*

Selv om evalueringen peger på, at der dels er bred opbakning til en udvidelse af ordningen til primærsektor, at der vil være et stort læringsmæssigt potentiale ved en udvidelse af ordningen samt at sundhedspersonalet på sygehusene har taget godt imod den eksisterende ordning, er der en række betydelige udfordringer ved en udvidelse til primærsektor. Disse vedrører ikke mindst:

- Uddannelse
- Kultur/forankring
- Ressourcer.

Ved en udvidelse af ordningen til at omfatte primærsektor vil der være behov for en betydelig uddannelsesmæssig indsats af det personale, der forpligtes og forventes at indrapportere utilsigtede hændelser. Behovet for en sådan uddannelsesindsats vil stige, når eller hvis ordningen udvides til ikke kun at omfatte sundhedspersoner, men også eksempelvis uuddannet plejepersonale.

Ud over uddannelse og oplæring i selve anvendelsen af systemet er der i en række tilfælde behov for en betydelig kulturændring blandt organisationer og personale, såfremt ordningen skal forankres i alle dele af primærsektoren. Evalueringen peger på, at den ledelsesmæssige indsats og opbakning er afgørende for implementeringen af ordningen, og samtidig vil der være behov for et betydeligt oplysningsarbejde i forhold til tankegangen om et lærende og ikke-sanktionerende system. Det synes her vigtigt at bibeholde muligheden for anonym rapportering som i den eksisterende ordning.

Der er næppe tvivl om, at en udvidelse af ordningen til primærsektor eller dele heraf vil være ressourcetrækkende. Dette hænger ikke kun sammen med den initiale uddannelse og oplysning, men i høj grad også med den løbende drift. Evalueringen viser, at en løbende opfølgning er afgørende for at sikre tilstrækkelig læring samt fortsat indrapportering af utilsigtede hændelser. Denne opgave vil kræve en betydelig ressourcetilførsel på såvel lokalt som centralt niveau for at sikre tilstrækkeligt udbytte af ordningen. De ressourcemæssige udfordringer kunne tale for en etapevis udvidelse af ordningen til primærsektor, hvor det også vil være muligt gradvist at øge de støttefunktioner fra nationalt hold, der vil være nødvendige for at ordningen fungerer.

I det hele taget kunne de praktiske udfordringer med udvidelsen af ordningen tale for en etapevis udvidelse eller alternativt en udvidelse, hvor man indledningsvist fokuserer på særlige områder, idet man herved lettere vil kunne justere og tilpasse tilgangen og herunder DPSD.

5.3 Udvidelse til patienter og pårørende

Mens der synes at være meget stor opbakning til, at den nuværende ordning udvides til primærsektor, er holdningen i forhold til patienter og pårørende mere tvetydig.

På den ene side argumenteres der for, at en udvidelse til patienter og pårørende vil give en masse nye viden og utilsigtede hændelser, hvilket vil forøge læringen. Dette skal ses i sammenhæng med den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse viser, at 18 % oplever, at der har været fejl i forbindelse med indlæggelsesforløbet²⁵.

Samtidig kan man argumentere for, at patienterne reelt er de eneste der har et overblik over hele behandlingsforløbet, herunder sektorskift, hvorfor det er oplagt, at deres oplevelser skal indgå, ved at de får mulighed for at rapportere.

På den anden side udtrykkes der også bekymring ved en udvidelse til patienter og pårørende. En patientorganisation så således en principiel risiko ved at udvide ordningen, idet der blev argumenteret for, at dette kunne fjerne en del af ansvaret for sundhedspersonalet og at det ville påvirke antallet af indrapporteringer fra dem. Det skal dog bemærkes, at man på trods af dette mente, at patienter skulle have mulighed for at rapportere, hvilket da også synes at være den generelle holdning blandt patientforeningerne.

Andre af adspurgte interessenter, herunder patientorganisationer og sundhedspersonale, udtrykker bekymring for, om en udvidelse vil føre til mange irrelevante indrapporteringer, hvilket vil være meget ressourcetrækkende, uden at der kommer et fagligt udbytte ud af det.

Der udtrykkes også tvivl om, hvorvidt patienter vil være i stand til at adskille et system med rapportering af utilsigtede hændelser med det eksisterende klagesystem. Omvendt kan det konstateres, at man i England har indført en sådan ordning, hvor denne problematik tilsyneladende kan håndteres. Bl.a. ved at det på hjemmesiden, hvor man skal rapportere klart, angives, at hvis man ønsker at klage over sin behandling, skal man henvende sig andetsteds.

²⁵ Patienters oplevelser på landets sygehuse 2004, Enheden for Brugerundersøgelser, Københavns Amt, februar 2005.

Den lidt større skepsis over for en udvidelse til patienter og pårørende afspejler sig også i spørgeskemaundersøgelserne, hvor omkring 26 % af risikomanagerne/patientsikkerhedsansvarlige, 24 % af sygeplejerskerne og kun 11 % af lægerne mener, systemet kunne forbedres ved at udvide ordningen til patienter og pårørende. Som anført i forbindelse med en udvidelse til primærsektor skal det relativt lave antal positive tilkendegivelser ses i sammenhæng med spørgsmålsformuleringen, hvor respondenterne reelt har svaret på, hvordan den eksisterende ordning kan forbedres, og ikke direkte har taget stilling til, om en inddragelse af patienter og pårørende er en god idé i sig selv.

5.3.1 Centrale udfordringer

Såfremt en udvidelse til patienter og pårørende gennemføres, er der en række centrale udfordringer, der skal overvejes. Indledningsvist skal det bemærkes, at evalueringens fund i overvejende grad falder i tråd med de anbefalinger og betragtninger, Dansk Selskab for Patientsikkerhed er kommet med på baggrund af den nedsatte arbejdsgruppe vedrørende patientrapportering.

Som ovenfor nævnt ligger der en betydelig opgave i at informere patienterne om forskellen mellem indrapportering af utilsigtede hændelser og egentlige klager. Det bliver her centralt, at budskabet om læring og sanktionsfrihed bliver fremhævet.

Ligeledes ligger der en betydelig opgave i at klæde patienterne på til at indrapportere hændelser. I sekundærsektor kunne det overvejes at ansætte og inddrage patientvejledere til dette arbejde. Dansk Selskab for Patientsikkerhed anbefaler i deres rapport om emnet, at der indarbejdes en praksis, hvor patienten inden udskrivning spørges, om der er oplevelser, der bør rapporteres, ligesom det anbefales, at der udvikles muligheder for fælles patient- rapportering mellem patienter og sundhedspersoner. Begge forslag kunne bidrage til systemet, men vil nok have størst betydning i forhold til sekundærsektor, mens det er mere kompliceret, såfremt ordningen udvides til primærsektor.

I forhold til den konkrete indrapportering er det Rambøll Managements vurdering, at denne primært bør være elektronisk af hensyn til systematik og ressourceforbrug.

Ved at inddrage patientvejledere ville man samtidig kunne assistere patienterne med rapportering, og det kunne overvejes at etablere telefonisk support, hvor patienter kunne henvende sig og få hjælp til rapportering.

Det skal også overvejes, hvilken information patienter skal have om deres egen sag. Det synes mest oplagt at udelukke muligheden for aktindsigt af hensyn til det ikke-sanktionerende element. Samtidig kunne der dog gives mulighed for patienterne til at følge status på deres sag, idet en sådan information vil kunne bidrage til at øge antallet af rapporteringer. Evt. kunne denne information, som foreslået af Dansk Selskab for Patientsikkerhed i arbejdsgruppens rapport, begrænses til information om, at rapportering er modtaget samt generel information om, hvordan rapporten behandles.

Evalueringen tyder på, at der også vil være behov for grundig information af sundhedspersonalet, såfremt patienter får mulighed for at rapportere. Erfaringer peger således på, at det kan være svært at acceptere, at patienternes hændelser bliver accepteret som en hændelse, hvis der fx er tale om en bagatel (for sent mad), ligesom frygt for aktindsigt og klager kan spille ind.

I tråd med betragtningerne vedr. primærsektor, synes det oplagt at lave et system, der indeholder både lokal og central rapportering og med opfølgning på begge niveauer. Såfremt patientrapportering udvides til også at omfatte primærsektor ligger der imidlertid en udfordring i at sikre videndeling på tværs; særligt i de situationer, hvor hændelser sker i forbindelse med sektorskift, og hvor den enkelte patient ikke nødvendigvis har overblik over, hvor hændelsen har fundet sted.

5.3.2 *Udvidelse samtidig med primær sektor?*

Det er på baggrund af evalueringen Rambøll Managements vurdering, at patienters og pårørendes muligheder for at rapportere på sigt, bør følge sundhedspersonalets muligheder. Dvs. at såfremt primærsektor inddrages for sundhedspersonalet, bør primærsektor ligeledes inddrages i forhold til patienter og pårørende.

Der er dog næppe tvivl om, at det vil være ressourcemæssigt krævende at udvide ordningen til patienter og pårørende. Set i sammenhæng med de udfordringer der vil være forbundet med en udvidelse af den eksisterende ordning til primærsektor, er det derfor Rambøll Managements vurdering, at en udvidelse til patienter og pårørende mest hensigtsmæssigt bør komme efter en udvidelse til primærsektor.

Vurderingen afhænger dog af de tidsmæssige perspektiver for en udvidelse til primærsektor. Hvis det tænkes, at en sådan udvidelse skal foretages inden for en periode på 3-5 år, er det ikke urealistisk også at inddrage patienter og pårørende i denne periode.