

# Rapportering af utilsigtede hændelser i primærsektoren

- Arbejdsgruppens rapport

Januar 2006

# INDHOLDSFORTEGNELSE

---

<b>1. ARBEJDSGRUPPENS ANBEFALINGER.....</b>	<b>2</b>
<b>2. ARBEJDSGRUPPENS OPGAVER.....</b>	<b>4</b>
2.1 Arbejdsgruppens medlemmer .....	4
<b>3. BAGGRUND.....</b>	<b>5</b>
3.1 Anbefalinger 2003 fra arbejdsgruppen "patientsikkerhed i primærsektoren" .....	5
3.2 Definition af primærsektoren i relation til patientsikkerhed (2003) .....	5
3.3 Lov om patientsikkerhed / Formål med loven .....	6
3.4 Patientsikkerhed i primærsektoren ifølge den nye sundhedslov og kommende bekendtgørelse.....	6
<b>4. RESULTATER OG ANBEFALINGER.....</b>	<b>7</b>
4.1 Kendertegn for primærsektoren .....	7
4.2 Fejl og utilsigtede hændelser i primærsektoren .....	8
4.3 Hvad skal rapporteres? .....	9
4.4 Hvem skal rapportere? .....	10
4.5 Hvem skal der rapporteres til? .....	10
<i>Baggrund.....</i>	<i>10</i>
<i>Perspektivet i det nuværende system - DPSD .....</i>	<i>11</i>
4.6 Hvordan skal der rapporteres? .....	12
<b>5. LEDELSENS ROLLE.....</b>	<b>14</b>
5.1 Det systemiske perspektiv – læringskulturen .....	14
<b>6. EKSEMPLER PÅ IGANGVÆRENDE PATIENTSIKKERHEDSPROJEKTER I KOMMUNER... 15</b>	
<b>BILAG.....</b>	<b>16</b>
<b>BILAG 1 LITTERATURLISTE .....</b>	<b>17</b>

# 1. ARBEJDSGRUPPENS ANBEFALINGER

---

Nedenfor ses arbejdsgruppens anbefalinger, som er et resultat af gruppens arbejde med og drøftelser af problemstillingerne beskrevet i denne rapport's kapitel 2. Der er i arbejdsgruppen konsensus om at anbefale:

- Arbejdsgruppen anbefaler, at et rapporteringssystem for primærsektoren bør ligge tæt op af det, der anvendes i sygehussektoren, således at der kan udtrages fælles læring.
- Det anbefales, at hændelseskategorierne for primærsektor bør være identiske med de hændelse kategorier der anvendes i sygehussektoren. Mindre modifikationer kan dog være påkrævet
- En sundhedsperson, der bliver involveret i en fejl eller utilsigtet hændelse, eller bliver opmærksom på en, har pligt til rapportering. Inden for ældreplejen bør alle faggrupper, der er involveret i pleje- og praksishjælp være omfattet af rapporteringspligten.
- Det anbefales, at integrationen af nye (fag-)grupper i Dansk Patient Sikkerheds Database [D1]afprøves via pilottest/brugertest, således at der kan ske justeringer af måden rapportering, analyse og feedback forløber på, inden en endelig og fuld integration.
- Man bør uddannes lokale patientsikkerhedsnøglepersoner, der ved behov kan bistå det berørte personale i rapporteringen. Ligesom patientsikkerhedsnøglepersonen kan medvirke i det opfølgende analysearbejde.
- Amternes/H:S's erfaringer med DPSD inddrages når Sundhedsstyrelsen påbegynder en udvidelse og tilpasning af DPSD til andre (fag-) grupper
- Det anbefales, at der etableres en patientsikkerhedsorganisation som kan varetage tilsvarende opgaver, som patientsikkerhedsorganisationerne på sygehusene. Den vigtigste læring foregår lokalt. Der bør således udarbejdes patient(borger)-sikkerhedsstrategier på institutions og lokalt plan - analogt til erfaringerne fra sygehussektoren.
- Der bør tages stilling til, hvordan der kan etableres omsorgsforanstaltninger i.f.t personalet i primærsektoren som har været observeret eller været udsat for en utilsigtet hændelse.
- Tekniske løsninger skal nøje overvejes inden ibrugtagning af systemet, således at man får de oplysninger og informationer der skal bruges samtidig med, at data fremstår på en overskuelig og anvendelig måde
- Der bør i første omgang udvælges et begrænset indsatsområde som pilottestes/brugertestes og evalueres inden egentlig ibrugtagelse.

- Man bør tænke analyse, feedback (formidling) med fra starten. Hvordan skal analysen foregå og hvordan og i hvilken form skal der gives feedback.
- Ledelsesforankring skal understøttes og sikres
- Erfaringer fra projekter i primærsektoren bør inddrages og tages til efterretning i det videre arbejde.

## 2. ARBEJDSGRUPPENS OPGAVER

---

Selskabets Bestyrelse har med vedtagelse af Arbejdsprogram 2005 besluttet, at der skal nedsættes en arbejdsgruppe til at fremme arbejdet med patientsikkerhed i primærsektoren. Opgaven skal ses i forlængelse af Bestyrelsens anbefaling om, at Lov om patientsikkerhed også bør omfatte primærsektoren. Selskabet har tidligere haft nedsat en arbejdsgruppe vedr. patientsikkerhed i primærsektoren.

Konkret skal arbejdsgruppen overveje og beskrive følgende:

- Hvordan kan der etableres et system for indrapportering af utilsigtede hændelser i primærsektoren til Dansk Patient-Sikkerheds-Database? Herunder hvilke typer af hændelser vil det være hensigtsmæssigt at rapportere.
- Besvarelsen vil danne grundlag for Bestyrelsens drøftelser af, hvilke anbefalinger Selskabet har til den kommende revision af Lov om patientsikkerhed/Sundhedsloven.

Arbejdsgruppen kan desuden arbejde for:

- Igangsættelse af et kommunalt forsøgsprojekt, hvor udvalgte kommuner arbejder med at registrere deres utilsigtede hændelser.

### 2.1 Arbejdsgruppens medlemmer

Ida Brønden Berg, Dansk Sygeplejeråd (formand for arbejdsgruppen)  
Susanne Richter, Dansk Sygeplejeråd  
Martin Bagger Brandt, Amtsrådsforeningen  
Ane Børsting, Apotekerforeningen  
Lea Groth-Andersen, FOA – Fag og Arbejde  
Torben Krogh Kjeldgaard, Århus Kommune (KL)  
Aase Nissen, Københavns Amt  
Lars Kofoed, Kræftens Bekæmpelse  
Marie Gravengaard, KISS-projektet, Åbenrå  
Niels Knuth Federspiel, Dansk Selskab for Patientsikkerhed (praktikant)  
Bodil Bjerg, Dansk Selskab for Patientsikkerhed

### 3. BAGGRUND

---

Det er nødvendigt, at primærsektoren arbejder systematisk med at forbedre både patientsikkerhed og kvalitet. En af kommunalreformens vigtigste formål er at understøtte samarbejde, sammenhæng og kvalitet. Hidtil har fokus i patientsikkerhedsarbejdet ligget på sekundærsektoren, men for at et sammenhængende sundhedsvæsen skal være troværdigt og fungere, skal primærsektoren omfattes af de samme mål for patientsikkerhed.

Kommunalreformen flytter flere sundhedsopgaver til kommunerne. Når kommunerne skal være en integreret del af det samlede sundhedsvæsen, kræver det, at der i højere grad er en større sammenhæng i patientforløbene og samme niveau for patientsikkerhed og kvalitet.

#### **3.1 Anbefalinger 2003 fra arbejdsgruppen "patientsikkerhed i primærsektoren"**

Dansk Selskab for Patientsikkerheds bestyrelse, tilsluttede sig i 2003 en arbejdsgruppes anbefalinger, vedrørende patientsikkerhed i primærsektoren.

Anbefalingerne var følgende:

Rapporteringssystem og håndtering af utilsigtede hændelser og nærfejl.

- At der i rapporteringen af og bearbejdelsen af utilsigtede hændelser lægges vægt på læringsperspektivet frem for at personificere den utilsigtede hændelse.
- At de forskellige faggrupper arbejder med både egen og fælles kultur, således at læringsperspektivet bliver det dominerende i arbejdet med at forebygge utilsigtede hændelser.
- At den nationale gruppe for behandlingen af utilsigtede hændelser bliver den samme for både primær og sekundær sektor.
- At den nationale gruppe sammensættes repræsentativt af deltagere fra de forskellige faggrupper i primær og sekundær sektor.

#### **3.2 Definition af primærsektoren i relation til patientsikkerhed (2003)**

Ved primærsektoren forstås i denne sammenhæng de dele af sundhedsvæsenet og socialvæsenet, der er patientens primære kontakt ved sygdom eller som samarbejder på lavest mulige omsorgsniveau med patientens primære kontakt, d.v.s. almen praksis, speciallægepraksis, hjemmesygeplejen, sundhedsplejen, fysioterapi, kiropraktor og apoteket.

### 3.3 Lov om patientsikkerhed / Formål med loven

Loven om patientsikkerhed blev vedtaget i juni 2003. Loven er enestående i verden i forhold til at forebygge fejl i sundhedsvæsenet og har betydet, at der 1. januar 2004 blev indført et rapporteringssystem, der gav sundhedspersonalet på sygehusene pligt til at rapportere fejl og utilsigtede hændelser og sygehusejerne pligt til at handle og Sundhedsstyrelsen pligt til at formidle erfaringer

Rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser har til formål at indsamle, analysere og formidle viden om årsager til risikosituationer. Systemet kan både forholde sig til menneskelige og tekniske fejl samt til organisatoriske forhold, der påvirker forekomsten af utilsigtede hændelser i forbindelse med behandling eller ophold på sygehus.

### 3.4 Patientsikkerhed i primærsektoren ifølge den nye sundhedslov og kommende bekendtgørelse

Som led i den kommende strukturreform, vil der den 1. januar 2007 træde en ny sundhedslov i kraft. Lov om patientsikkerhed er gjort til en integreret del af den nye sundhedslov, og i forbindelse med denne integration er den tilføjet et antal bestemmelser ift. den hidtidig lov om patientsikkerhed. I bemærkninger til den nye sundhedslovs kapitel 61, § 199-2003, som omhandler patientsikkerhed, er der ske yderligere præcisering af, at der *ikke* kan gives *aktindsigt* i oplysningerne i rapporteringsordningen og reglerne om indsigt i henhold til persondataloven, kan ikke finde anvendelse ift. dette rapporteringssystem. Ligeledes præciseres det i bemærkningerne, at der er tale om et læring og vejledningssystem, der "*alene indsamler og videregiver oplysninger med henblik på at udføre statistiske og videnskabelige undersøgelser til brug for udarbejdelse af generelle retningslinier og vejledninger mv. af væsentlig samfundsmæssig betydning*"

## 4. RESULTATER OG ANBEFALINGER

---

### 4.1 Kendertegn for primærsektoren

Et af argumenterne for ikke, i første omgang, at inkludere primærsektoren i patientsikkerhedsloven i 2003, var bl.a., at sundhedsvæsenet i kommunerne er komplekst og organiseret meget forskelligt.

I primærsektoren er alle personale og faggrupper inden for det danske sundhedsvæsen repræsenteret. Sektoren er kendetegnet ved, at de mange samarbejdsparter har meget forskellig ansættelsesform og faglig baggrund. Nogle er kommunalt ansatte ( f.eks.plejepersonale) og andre ansatte i private virksomheder ( f.eks. private udbydere af sundhedsydelser, praktiserende læger, speciallæger, fysioterapeuter m.fl.). Alle aktørerne er fælles om at skulle levere sundhedsydelser i det kommunale sundhedsvæsen, men opgaver og mål kan være forskellige i og med, at nogle aktører fungerer og konkurrerer under markedsvilkår.

Primærsektoren kendetegnes også ved, at en del arbejde foregår i patienternes eget hjem, og er alenearbejde på den måde, at der sjældent er en kollega at sparre med. Kollegaen er der heller ikke til at korrigere eller være opmærksom på handlinger, den enkelte selv overser. For at rapportere skal sundhedspersonen være klar over, at der er sket eller ved at ske en fejl eller utilsigtet hændelse. Uddannelse, oplæring, kvalitets- og sikkerhedsbevidsthed har stor betydning for patientsikkerheden. Åbenhed og dialog bør prioriteres højt for at fremme den ønskede læringskultur.

I primærsektoren er der mange forskellige faggrupper, med stor spredning i uddannelsesniveau. I visse faggrupper kan begrænsede læse- og skrivefærdigheder være et forhold, der skal medtænkes i etableringen af et rapporteringssystem for fejl og nærfejl. Der ud over skal der i rapporteringssystemet tages højde at der er store lokale forskelle i brug og adgang til IT.

I etableringen af et indrapporteringssystem i primærsektoren er det vigtigt at få meldt ud til alle parter, at systemet er et ikke sanktionerende system. Det anbefales endvidere, at der i lighed med rapporteringssystemet for sekundærsektoren, er mulighed for at rapportere fortroligt eller anonymt. Opmærksomheden skal dog rettes mod, at den anonyme rapportering er til hinder for læring. Efter en succesfuld implementering af rapporteringssystemet i sygehussektoren, kan det virke som en selvfølge, at indrapportering ikke medfører sanktioner. Ved etablering af et system i primærsektoren skal der bruges megen energi og opmærksomhed på at få meldt dette budskab klart ud på ny.

Et særligt forhold der ligeledes bør fokuseres på er, hvordan der sikres omsorg for såvel den patient, der har været udsat for en utilsigtet hændelse, som for den sundhedsperson der har været involveret i en utilsigtet hændelse. På sygehusene er der normalt flere personer til stede, som kan drage omsorg for de involverede personer, mens dette ikke altid vil være tilfældet i primærsektoren. Det er velkendt, at information og omsorg for alle parter hjælper til et bedre efterforløb, og der kan være særlige foranstaltninger, der skal iværksættes af både lovgivningsmæssig (klagesystem, patientforsikring el. lign) eller personlig karakter (psykologbistand, kollegastøtte el. lign.). Der bør derfor tages stilling til, hvordan der kan etableres

omsorgsforanstaltninger i primærsektoren både i en akut fase inden for et kort tidsrum efter en utilsigtet hændelse med alvorlige eller potentielt alvorlige konsekvenser og i et evt. længere efterforløb med analyse og bearbejdning af hændelsen.

I sekundærsektoren ses mange rapporteringer som et udtryk for høj bevidsthed om fejl og utilsigtede hændelser og signalerer vilje til at lære og forbedre. Skal samme positive ånd rodfæstes i primærsektoren fordrer det en holdnings- og kulturændring, ikke blot hos opdragsholdere, personale og ledere i primærsektor, men også hos brugere, presse, interesseorganisationer m.fl. Læren om, at mange rapporterede fejl og utilsigtede hændelser er udtryk for en stærk patientsikkerheds- og kvalitetskultur, er et vigtigt budskab at få spredt på alle niveauer.

Der bør rettes særligt fokus på at sikre en udbygning af dokumenteret systematiske kvalitetsudviklingsarbejde i primærsektor. Erfaringerne viser, at en høj kvalitets – og sikkerhedskultur udgør et væsentligt fundament for et succesfuldt arbejde med fejl og nærfejl. Skal målsætningen om sikre patientforløb af en ensartet høj kvalitet udmøntes i praksis, er øget fokusering på både kvalitetsudvikling og patientsikkerhed i primærsektoren en nødvendighed.

## 4.2 Fejl og utilsigtede hændelser i primærsektoren

I november 1999 blev sikkerhedsproblemer dokumenteret i sundhedssektoren i USA.

I år 2000 blev der offentliggjort en række større udenlandske undersøgelser fra USA og Australien, af forekomsten af utilsigtede hændelser, og herved blev området alment kendt i Danmark.

En dansk undersøgelse i sekundærsektoren blev offentliggjort i september 2001 og viste, at 9 % af alle patienter, der udskrives fra danske hospitaler, har været udsat for en skade som følge af en utilsigtet hændelse. Undersøgelsen viste også, at den danske sekundærsektor har et sammenligneligt antal fejl og utilsigtede hændelser som andre vestlige lande.

Der er på nuværende tidspunkt meget begrænset viden om karakteren og omfanget af utilsigtede hændelser i primærsektoren.

I Aabenraa Kommune har man arbejdet med utilsigtede hændelser siden 2003. Kommunen blev som den første danske kommune akkrediteret i år 2004. Erfaringerne fra Aabenraa indikerer følgende centrale områder for utilsigtede hændelser:

- Medicineringsfejl
- Fald
- Sektorovergange.

Det vurderes, at sektorovergange indeholder betydelige risici for forekomster af fejl og nærfejl.

Hvis vi overfører erfaringerne fra undersøgelserne i sekundærsektoren, og konkluderer at andres erfaringer kan overføres til danske forhold, kan viden fra en

svensk undersøgelse fra 2003, vedrørende personalets opfattelse af potentielle risici for patienternes sikkerhed i primærsektoren, bruges. Den svenske undersøgelse identificerede 7 problemområder:

- Overførsel af informationer
- Koordineret pleje og behandling
- Samarbejde og ansvarsfordeling
- Lægemiddelhåndtering
- Dokumentation og journalføring
- Kompetence og kompetenceudvikling
- Arbejdsbelastning og arbejdsmiljø.

### 4.3 Hvad skal rapporteres?

Primo 2006 tages nedenstående hændelseskategorier i anvendelse i sygehussektoren:

1. **Medicineringsfejl**  
En medicineringsfejl defineres som en afvigelse fra den proces, som sikrer patienten den rette dosis af det rette lægemiddel på det rette tidspunkt og på den rette måde.
2. **Patientfald**  
En hændelse, hvorved en patient ufrivilligt befinder sig på gulvet eller andet lavere niveau med eller uden bevidsthedsstab.
3. **Selv mord/selv mordsforsøg**  
Selv mord er en handling med dødelig udgang og selvmordsforsøg en handling uden dødelig udgang, som en person med viden om eller forventning om et dødeligt udfald selv har foranstaltet og gennemført.
4. **Operativt/invasivt indgreb**  
Hermed menes hændelser relaterede til forberedelse, gennemførelse og opfølgning af operative indgreb og undersøgelsesprocedurer, som indebærer gennembrydning af hud eller slimhinder eller indførelse af apparatur gennem de naturlige legemsåbninger.
5. **Anæstesi**  
Klinisk betydende hændelse, hvor der er sket patientskade eller kunne være sket skade, og hvor der er risiko for gentagelse og potentiale for læring
6. **Forveksling/fejlkommunikation**  
Hermed menes hændelser relateret til ombytning af kliniske prøver eller produkter, samt hændelser, hvor skriftlig eller elektronisk svar på prøver og kliniske undersøgelser ombyttes. Samtidig skal hændelser med forkerte papirer i forkerte journaler, forkerte labels på prøvesvar og forkert markering af røntgenbilleder henføres til denne gruppe.
7. **Kontinuitetsbrud**  
Hændelser, der opstår, når patienter overflyttes enten fra en afdeling til en anden eller fra et hospital til et andet, eller hvor der på andre måder fremkommer et væsentligt kontinuitetsbrud.

## 8. Hjertestop / uventet dødsfald

Herved forstås hjertestop eller pludselig død hos en patient, hvor dette ikke var forventet.

## 9. Øvrige

Med henblik på at få et samlet billede af fejl og utilsigtede hændelser i hele sundhedsvæsenet, anbefales det, at primærsektoren tager udgangspunkt i de samme 9 hændelseskategorier med de nødvendige modifikationer.

### 4.4 Hvem skal rapportere?

Alle sundhedspersoner i primærsektoren, der enten selv handler under autorisation, handler selvstændigt som social- og sundhedsassistenterne, eller under udelegeret ansvar heraf, bør være omfattet af rapporteringspligten. Alle sundhedspersoner der er involveret i en fejl eller utilsigtet hændelse eller bliver opmærksom på en utilsigtet hændelse skal rapportere. Inden for ældreplejen bør alle faggrupper, der er involveret i pleje- og praksishjælp være omfattet af rapporteringsloven.

I henhold til Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet, er en sundhedsperson forpligtet til at rapportere fejl og utilsigtede hændelser. Ved sundhedspersoner forstås:

#### § 2.

*Stk. 2. Ved sundhedspersoner forstås i denne lov personer, der er autoriseret i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.*

*Stk. 3. Ved behandling forstås i denne lov undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og sundhedsfaglige forebyggelsestiltag over for den enkelte patient.*

I vejledningen til bekendtgørelsen understreges det, at rapporteringspligten også omfatter ikke-autoriseret sundhedspersonale, som fx. social - og sundhedsassistenter, plejere, sygehjælpere og uuddannet plejepersonale. Arbejdsgruppen anbefaler derfor følgende udvidelse af teksten:

***”Alle (sundheds-)personer i kommunernes social- og sundhedsvæsen, der arbejder med visiterende, plejende, behandlende, forebyggende, sundhedsfremmende og med udførende opgaver, er omfattet af indberetningspligten.”***

Det er nødvendigt at uddanne lokale patientsikkerhedsnøglepersoner, der ved behov kan bistå det berørte personale i rapportering. Ligesom patientsikkerhedsnøglepersonen kan medvirke i det opfølgende analysearbejde.

### 4.5 Hvem skal der rapporteres til?

#### Baggrund

Gennem knap to år har Sundhedsstyrelsen (SST) drevet et elektronisk indberetningssystem for utilsigtede hændelser – Dansk Patient Sikkerheds Database (DPSD). Systemet er i første omgang tiltænkt anvendelse i sygehussektoren. Det er

målet på sigt at gøre systemet bredt tilgængeligt for hele sundhedsvæsenet, både for sundhedspersonalet og for patienter og pårørende.

### **Perspektivet i det nuværende system - DPSD**

DPSD er et indberetningssystem af ganske store dimensioner, som dels skal håndtere store mængder data og dels genererer tilsvarende analyser af disse data og forestå feedback i indberetningsføddekæden. Dimensionerne af systemet er vigtigt at holde sig for øje, når man overvejer, hvordan kommende (fag-) grupper kan integreres i brugen af DPSD. I den forbindelse må det klart anbefales, at der bygges videre på de modeller og erfaringer, som allerede foreligger.

Følgende tre niveauer skal medtænkes:

- Den enkelte institution/flere lokale institutioner
- Den pågældende kommune/flere kommuner/lokale område – evt. i samarbejde med regionsniveauet
- Sundhedsstyrelsen eller anden offentlig myndighed.

Alle hændelser skal, uanset hyppighed og alvor, rapporteres. Dette giver mulighed for at opdage tendenser på landsplan, som er 'usynlige' på lokalt niveau, og forholdsregler og initiativer over for alvorlige hændelser ét sted kan hurtigt blive formidlet kvalificeret videre til andre.

Via de statiske moduler som allerede findes i DPSD er der mulighed for at køre udtræk, der viser antallet og karakteren af registrerede hændelser. Disse udtræk kan foregå på kommunalt/lokalt niveau eller evt. institutionsniveau, og kan bruges til lokale/regionale initiativer.

Hvilken plads det kommunale/lokale (i evt. samarbejde med det regionale) skal have er fortsat uafklaret. Erfaringerne fra sygehussektorens brug af DPSD viser, at det amtslige/regionale niveau spiller en vigtig rolle som koordinerede funktion ift. driften og udviklingen i arbejdet med fejl og utilsigtede hændelser. Kommunerne/det lokale kan påtænkes en rolle analogt til den amterne varetager i det nuværende system.

Opgavefordelingen kunne indeholde følgende overordnede punkter:

- Institution – nærmeste leder/ områdeleder
- Lokalt
- DPSD (Sundhedsstyrelsen).

*AD Institution:* De utilsigtede hændelser rapporteres og analyseres lokalt og danner baggrund for lokal analyse/læring.

*AD Lokalt:* Afhængigt af størrelsen af det pågældende sundhedsområde, skal der 'lokalt' ske en institutionel/fagligt/kommunalt samarbejde, der mellem flere institutioner, fagpersoner eller kommunale service områder bearbejder de rapporterede hændelser. Den lokale organisering er dels afhængig af sundhedsområdet størrelse og dels afhængig af, hvordan 'kvalitetsarbejdet' i øvrigt er organiseret.

*AD DPSD:* Alle hændelser, indtastet i DPSD, sendes til styrelsens database, således at det bliver muligt at generere større, nationale opgørelser, analyser og læring.

I forbindelse med varetagelsen af rapporteringerne fra primærsektoren er det vigtigt, at der etableres et system, som kan varetage opgaver tilsvarende, som patientsikkerhedsorganisationerne på sygehusene. Den vigtigste læring foregår lokalt. Der bør således udarbejdes patient(borger)- sikkerhedsstrategier på institutions -og lokalt plan - analogt til erfaringerne fra sygehussektoren.

## 4.6 Hvordan skal der rapporteres?

Arbejdsgruppen anbefaler, at rapportering af utilsigtede hændelser i primærsektoren skal ske i relation til Dansk Patient Sikkerhed Database (DPSD.) På grund af de anførte særlige kendetegne ved primærsektoren, bør der ske en tilpasning og modificering af DPSD, som tager højde for sektorens særlige forhold. Ligesom problematikken omkring manglende adgang til IT og begrænsede skrive og læsekundskaber skal medtænkes.

Den nuværende version af DPSD består af en indrapporteringsdel og en sags-/analysedel. Det vurderes at begge dele, ved mindre modificering og tilpasning, uden større problemer kan gøres anvendelig for nye (fag-) grupper. Udfordringen består i dels at finde frem til det relevante indhold som systemet skal modificeres omkring, og dels finde frem til den organisering, som skal analysere de data, som systemet kommer til at indeholde.

En lære fra sygehusenes brug af DPSD er, at nye versioner af DPSD skal brugertestes inden de tages i bred anvendelse/drift.

- Arbejdsgruppen anbefaler, at amternes/H:S's erfaringer med DPSD inddrages når Sundhedsstyrelsen påbegynder en udvidelse og tilpasning af DPSD til andre (fag-) grupper.
- Arbejdsgruppen anbefaler, at et rapporteringssystem for primærsektoren bør ligge tæt op af det, der anvendes i sygehussektoren. Det anbefales, at hændelseskategorierne for primærsektor bør være tilnærmelsesvis identiske med de hændelseskategorier, der anvendes i sygehussektoren. Mindre modifikationer kan dog være påkrævet.

Erfaringer fra det eksisterende system danner baggrund for følgende konklusioner, som bør medtænkes ved fremtidig integration af primærsektoren med DPSD:

- Da der er tale om en meget stor database, bør forholdet mellem 'fritekst-felter' og 'validerede/løste -felter' afbalanceres, således at der dels tages højde for den store mængde data, som databasen vil indeholde på sigt, og dels tages højde for systematisk analyse og statistik udtræk.
- Der bør i første omgang udvælges et begrænset indsatsområde som pilottestes/brugertestes og evalueres inden egentlig ibrugtagelse.
- Man bør tænke analyse, feedback (formidling) med fra starten. Der bør udarbejdes et redskab til at prioritere analyse af hændelserne, der skal være en plan for, hvordan analysen skal foregå og hvordan og i hvilken form skal der gives feedback.

- Rapporteringssystemet skal være sammenligneligt med det rapporteringssystem, der er indført i sygehusvæsenet, således at der kan udtrages fælles læring.

## 5. LEDELSENS ROLLE

---

### 5.1 Det systemiske perspektiv – læringskulturen

Et system, der tager hånd om utilsigtede hændelser, har som målsætning at forebygge utilsigtede hændelser og skabe læring af de hændelser, som – desværre – finder sted. Disse målsætninger kan hægtes sammen til en kvalitetsudviklingscirkel, hvor hændelser giver læring gennem analyse, læring giver forbedring og forbedring giver bedre kvalitet og forebyggelse af hændelser. I dette perspektiv er et system for utilsigtede hændelser et læringssystem, hvor 'fejl' ikke ansues som personrelateret, men som 'system- og procedurefejl' - en organisation er perfekt indrettet til det resultat, den opnår.

For at disse tanker skal rodfæstes i en så kompleks og forskelligartet størrelse som primærsektoren er ledelsesopbakning essentielt. Uden ledelsesopbakning bliver det yderst vanskeligt at skabe ejerskab og opbakning i arbejdet med utilsigtede hændelser i primærsektoren.

Arbejdet med utilsigtede hændelser vil i nogle tilfælde fordrer en radikal kulturændring, hvor en åben læringskultur skal træde i stedet for traditioner for sanktionering. Der skal skabes en åben læringskultur, hvor fejl og utilsigtede hændelser ikke er et personligt anliggende forbundet med skyld og skam, men et udgangspunkt for at udbygge læring, viden, forebyggelse og kvalitetsforbedring.

Ledelsesforankringen skal medvirke til:

- At sikre, at fokus er på organisation, processer og systemer,.
- Via adfærd og gerninger at være rollemodel for godt patientsikkerhedsarbejde
- At prioritere patientsikkerhed og kvalitetsudvikling
- At sikre, at fejl, nær fejl og utilsigtede hændelser bliver rapporteret (jo flere rapporteringer jo bedre ledelse)
- At sikre, at rapporteringerne bliver analyseret, fulgt op, evalueret og at der bliver givet feedback til det implicerede personale.
- At ny viden, analyserne af fejl og utilsigtede hændelser, skaber synlige ændringer.

## 6. EKSEMPLER PÅ IGANGVÆRENDE PATIENTSIKKERHEDSPROJEKTER I KOMMUNER

---

Arbejdsgruppen har kendskab til igangværende og fremtidige projekter i kommunerne:

- Et igangværende projekt i Værløse har til formål, at udvikle og afprøve rammer og redskaber til dokumentering og indsamling af utilsigtede hændelser i forbindelse med lægemidler i primærsektoren. Desuden har projektet til formål, at identificere og implementere forslag til forbedring af samarbejde og kommunikation mellem apoteker, praktiserende læger og hjemmeplejen. Projektet løber fra juni 2005 - april 2006.
- I Århus kommune, 3. Magistratsafdeling, skal der implementeres et system til håndtering af utilsigtede hændelser, primært indenfor ældreområdet. Der er nedsat en arbejdsgruppe, der har til opgave at:
  - sikre afklaring af hvad utilsigtede hændelser dækker over i kommunalt regi
  - afklarer hvem der skal afrapportere, hvad der skal rapporteres, til hvem der skal rapporteres og hvordan der skal rapporteres i Magistratens 3. afdeling.
  - beskrive hvor og hvordan de indsamlede data skal håndteres med henblik på at sikre læring på forskellige niveauer i organisationen samt til eksterne samarbejdsparter.
  - udarbejde strategi for implementering og opbakning til systemet i organisationen
  - formulere krav til et IT-system, der kan opsamle indberetninger om utilsigtede hændelser i Mag 3

Arbejdet påbegyndes november 2005

- I Aabenraa Kommune har man siden juli 2003 arbejdet med et system til håndtering af fejl, nærfejl og utilsigtede hændelser i hjemmeplejen, på plejecentre, på dagcentre og i hjælpemiddelområdet. På baggrund af struktureret håndtering af fejl og utilsigtede hændelser uddrages relevant læring og på baggrund heraf gennemføres relevante ændringer i arbejdsgange, forhold m.m. Utilsigtede hændelser og fejl registreres i forhold til flg. grupper af fejl: Medicinhåndtering, fald, sårinfektioner, tryksår, uheld/ulykker og "andet".

Erfaringer herfra viser at specielt medicinhåndtering og fald er to grupper med et meget stort antal fejl/utilsigtede hændelser. Men også fejl i forbindelse med udskrivelser og ændrede kommunikationsveje og arbejdsgange i forbindelse med indførelse af IT har vist sig at være væsentlige. Derfor indgår disse to områder i de grupper af fejl/utilsigtede hændelser, der som minimum skal registreres fra november 2005.

Arbejdsgruppen anbefaler, at erfaringer fra projekter i primærsektoren inddrages og tages til efterretning i det videre arbejde.

**BILAG**

---

## BILAG 1 LITTERATURLISTE

---

Københavns Amt

OPR1 – Rapportering af utilsigtede hændelser og nærhændelser  
Adm. vejledning for KBH. Amt, gældende fra 04.10.05

Københavns Amt

Rapportering af utilsigtede hændelser  
Adm. vejledning for KBH. Amt, Gældende fra 04.10.05

Københavns Amt

OPR2 – Analyse og læring af utilsigtede hændelser  
Adm. vejledning for KBH. Amt, Gældende fra 19.10.05

Københavns Amt

Analyse og læring af utilsigtede hændelser  
Adm. vejledning for KBH. Amt, Gældende fra 19.10.05

Københavns Amt

OPR3 – Proaktiv klinisk risikostyring  
Adm. vejledning for KBH. Amt, Gældende fra 19.10.05

Københavns Amt

OPR4 – Omsorg for patienten ved skade  
Adm. vejledning for KBH. Amt, Gældende fra 19.10.05

Københavns Amt

Omsorg for patienten ved utilsigtede hændelser  
Adm. vejledning for KBH. Amt, Gældende fra 19.10.05

Københavns Amt

OPR5 – Omsorg for personale, som bliver impliceret i utilsigtede hændelser  
Adm. vejledning for KBH. Amt, Gældende fra 04.10.05

Københavns Amt

Omsorg for personale, impliceret i utilsigtede hændelser  
Adm. vejledning for KBH. Amt, Gældende fra 04.10.05

Københavns Amt

OPR6 – Sikkerhedskultur  
Adm. vejledning for KBH. Amt, Gældende fra 19.10.05

Aabenraa Kommune

Risikostyring – Procedure: Fejl, nærfejl og utilsigtede hændelser  
2. udgave, maj 2005

Aabenraa Kommune

Risikostyring – Vejledning: Fejl, nærfejl og utilsigtede hændelser  
2. udgave, maj 2005

Aabenraa Kommune

Risikostyring – Bilag 1: Procedure: Fejl, nærfejl og utilsigtede hændelser: Scorematrixskema  
2. udgave, maj 2005

NHS

National Patient Safety Agency: De syv trin

<http://www.npsa.nhs.uk/display?contentId=4370>

- Step 1: Build a safety culture – create a culture that is open and fair
- Step 2: Lead and support your staff – establish a clear and strong focus on patient safety throughout your organisation
- Step 3: Integrate your risk management activity – develop systems and processes to manage your risks and identify and assess things that could go wrong
- Step 4: Promote reporting – ensure your staff can easily report incidents locally and nationally
- Step 5: Involve and communicate with patients and the public – develop ways to communicate openly with and listen to patients
- Step 6: Learn and share safety lessons – encourage staff to use root cause analysis and significant event auditing to learn how and why incidents happen
- Step 7: Implement solutions to prevent harm – embed lessons through changes to practice, processes or systems

[D1]