

RISØ



Risø-R-1369(DA)

# **Rekommandationer for rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse**

## **Hovedrapport fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse**

**Niels Hermann, Henning Boje Andersen, Thomas Schiøler,  
Marlene Dyrlov Madsen, Doris Østergaard**

**DSI Institut for Sundhedsvæsen  
Forskningscenter Risø  
Dansk Institut for Medicinsk Simulation**

**Forskningscenter Risø, Roskilde  
September 2002**

# Rekommandationer for rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse

Hovedrapport fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse

Niels Hermann, DSI Institut for Sundhedsvæsen  
Henning Boje Andersen, Forskningscenter Risø  
Thomas Schiøler, DSI Institut for Sundhedsvæsen  
Marlene Dyrlov Madsen, Forskningscenter Risø  
Doris Østergaard, Dansk Institut for Medicinsk Simulation

## Abstrakt

Denne publikation udgør hovedrapporten fra et projekt udført 2001-02 for Indenrigs- og Sundhedsministeriet om *krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse* og indeholder anbefalinger for hvorledes et system til rapportering af og læring fra utilsigtede hændelser på sygehuse kan tilrettelægges. Anbefalingerne er udarbejdet på grundlag af en gennemgang af internationale erfaringer med registreringssystemer, interviews med og en omfattende spørgeskemaundersøgelse blandt sygeplejersker og læger.

Projektgruppens anbefalinger omfatter følgende:

- at der indføres et ubetinget fortroligt system for rapportering utilsigtede hændelser således at den rapporterendes identiteten ikke videregives af afdelingen
- at der skelnes principielt og i praksis mellem disciplinære og lærende funktioner af rapportering
- at afdelingsnavn ikke videregives i statistikker over indrapporterede hændelser
- at det for personale skal være obligatorisk at indberette hændelser af givne generisk definerede typer
- at personalet herudover skal opmuntres til at rapportere kritiske hændelser ud fra et skøn
- at rapportering om hændelser sker lokalt nær 'hændelsen' med mulighed for dialog og feedback til den enkelte medens data videregives i anonymiseret form til et nationalt registreringssystem

Anbefalingerne vedrører herudover målsætninger for hvorledes støtte af sikkerhedsorienteret læring og etablering af en tryk rapporteringskultur kan sikres.

Projektet er finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, og projektet har modtaget bidrag fra Sundhedsforvaltningen i Københavns Amt.

Projektgruppen bag projekt om *krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse* består af:

DSI Institut for Sundhedsvæsen  
Overlæge Niels Hermann, speciallæge Thomas Schiøler og læge Henriette Lipczak  
[www.dsi.dk](http://www.dsi.dk)

Forskningscenter Risø  
Forskningsprogrammet Sikkerhed, Pålidelighed og Menneskelige Faktorer  
Seniorforsker Henning Boje Andersen og forskningsassistent Marlene Dyrlov Madsen  
[www.risoe.dk/sys/spm](http://www.risoe.dk/sys/spm)

Dansk Institut for Medicinsk Simulation, Amtssygehuset i Herlev  
Overlæge Doris Østergaard  
[www.herlevsimulator.dk](http://www.herlevsimulator.dk)

i samarbejde med

Enheden for Brugerundersøgelser for Københavns Amt,  
v./Center for Sygdomsforebyggelse, Amtssygehuset i Glostrup  
Afdelingsleder cand.oecon. Morten Freil  
[www.efb.kbhamt.dk](http://www.efb.kbhamt.dk)

Projektets rapporter kan hentes i elektronisk format på nedennævnte adresser

Fokusgruppeinterviews med læger og sygeplejersker om fejl og utilsigtede hændelser på sygehuse.  
Delrapport I fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse  
<http://www.risoe.dk/rispubl/SYS/ris-r-1366.pdf>

Spørgeskemaundersøgelse af lægers og sygeplejerskers holdninger til rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. Delrapport II fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse  
<http://www.risoe.dk/rispubl/SYS/ris-r-1367.pdf> [fra medio 2003]

Oversigt over internationale erfaringer med rapporteringssystemer. Delrapport III fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse  
<http://www.risoe.dk/rispubl/SYS/ris-r-1368.pdf>

Rekommandationer for rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. Hovedrapport fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse  
<http://www.risoe.dk/rispubl/SYS/ris-r-1369.pdf>



# Indholdsfortegnelse

<b>FORORD</b> .....	<b>6</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>8</b>
SAMLEDE REKOMMANDATIONER .....	8
<b>INDLEDNING</b> .....	<b>11</b>
SIKKERHEDSKULTUR .....	12
TERMINOLOGI.....	14
<b>REKOMMANDATIONER FOR RETNINGSLINIER FOR PROCEDURER VED RAPPORTERING</b> .....	<b>15</b>
1    GRADER AF ÅBENHED OM DEN RAPPORTERENDES IDENTITET .....	15
<i>Erfaringer fra medicinsk litteratur og andre sektorer</i> .....	16
<i>Spørgeskemaundersøgelsen</i> .....	17
<i>Diskussion</i> .....	17
<i>Rekommandation 1:</i> .....	19
2    KRITERIER FOR RAPPORTERING: - HVILKE HÆNDELSER - OBLIGATORISK ELLER FRIVILLIGT .....	19
<i>Erfaringer fra medicinsk litteratur og andre sektorer</i> .....	20
<i>Spørgeskemaundersøgelsen</i> .....	20
<i>Diskussion</i> .....	20
<i>Rekommandation 2:</i> .....	20
3    MODTAGELSE AF RAPPORTERING OM HÆNDELSER OG TILBAGEMELDING .....	21
<i>Erfaringer fra medicinsk litteratur og andre sektorer</i> .....	21
<i>Spørgeskemaundersøgelsen</i> .....	21
<i>Diskussion</i> .....	22
<i>Rekommandation 3:</i> .....	23
<b>REKOMMANDATIONER FOR PRAKSIS VED RAPPORTERING</b> .....	<b>24</b>
4    BARRIERER FOR SUNDHEDSPERSONALET MOD AT RAPPORTERE HÆNDELSER.....	24
<i>Erfaringer fra medicinsk litteratur og andre sektorer</i> .....	25
<i>Spørgeskemaundersøgelsen</i> .....	25
<i>Diskussion</i> .....	26
<i>Rekommandation 4:</i> .....	26
5    REAKTIONER OVERFOR PERSONALE INVOLVERET I EN UTILSIGTET HÆNDELSE .....	27
<i>Erfaringer fra medicinsk litteratur og andre sektorer</i> .....	27
<i>Spørgeskemaundersøgelsen</i> .....	27
<i>Diskussion</i> .....	28
<i>Rekommandation 5:</i> .....	29
6    GRUNDE TIL UTILSIGTEDE HÆNDELSER OG OMFANGET AF EFTERFØLGENDE LÆRING .....	29
<i>Erfaringer fra medicinsk litteratur og andre sektorer</i> .....	29
<i>Spørgeskemaundersøgelsen</i> .....	29
<i>Diskussion</i> .....	30
<i>Rekommandation 6:</i> .....	30
7    PATIENTER - PERSONALET'S OPFATTELSE AF HVAD PATIENTER FORVENTER OG ØNSKER I RELATION TIL HÆNDELSER.....	30
<i>Erfaringer fra medicinsk litteratur og andre sektorer</i> .....	31
<i>Spørgeskemaundersøgelsen</i> .....	31
<i>Diskussion</i> .....	31
<i>Rekommandation 7:</i> .....	31
<b>AFSLUTNING</b> .....	<b>32</b>
<b>BILAG: UNDERSØGELSENS SPØRGESKEMA</b> .....	<b>33</b>

## Forord

Udenlandske undersøgelser har indikeret, at næsten hver tiende indlagte patient kommer ud for en skadevoldende hændelse under indlæggelsen, og en nylig dansk undersøgelse har vist, at forekomsten af sådanne hændelser ligger på et tilsvarende niveau her i landet<sup>1</sup>. Det er på denne baggrund erkendt, at der er et betydeligt behov for at intensivere arbejdet med patientsikkerhed. En væsentlig betingelse for at kunne øge patientsikkerheden er, at der drages lære af lægers og sygeplejerskers erfaringer fra hændelser, hvor patienter er blevet skadet eller bragt i fare for at blive skadet. Da der ikke fandtes dokumenteret viden om sundhedspersonales holdninger til rapportering og registrering af hændelser, tog projektgruppen initiativ til projektet om *krav til et registreringsystem for utilsigtede hændelser på sygehuse*.

Projektets hovedformål var at udarbejde rekommandationer for et system til rapportering og læring af fejl, utilsigtede hændelser og 'nærved'-hændelser i sygehusvæsenet og at udforme disse rekommandationer på baggrund af internationale erfaringer samt interviews med og en omfattende spørgeskemaundersøgelse blandt sygeplejersker og læger. I rapporterne fra projektet anvendes betegnelsen *hændelse* som samlebegreb for utilsigtede hændelser og fejl.

Projektet er gennemført i perioden august 2001 - juni 2002, og projektets hovedresultater bliver fremlagt i projektets fire rapporter, medens detailresultater fra spørgeskemaundersøgelsen vil blive søgt publiceret i danske og udenlandske videnskabelige tidsskrifter. Rapporterne er i første række udarbejdet som afrapportering til opdragsgiverne, Sundhedsministeriet og Sundhedsforvaltningen i Københavns Amt, og offentliggøres hermed, idet resultaterne kan være af interesse for en bredere skare af interessenter inden for sundhedsvæsenet.

Den første del af projektet omfattede fokusgruppeinterviews med læger og sygeplejersker om fejl og utilsigtede hændelser på sygehuse. Disse interviews blev gennemført i august 2001 som forberedelse til projektets anden del, spørgeskemaundersøgelsen. Undersøgelsen omfatter svar fra godt 2000 sygeplejersker og læger på sygehusene i Frederiksborg, Københavns, Ringkøbing og Roskilde amter, og den kortlægger sygeplejerskers og lægers holdninger til et registrerings- og tilbagemeldingssystem og til personalets og afdelingers håndtering af hændelser samt respondenters syn på mulige barrierer under nugældende forhold. Endvidere er der i projektets tredje del udarbejdet en oversigt over internationale erfaringer med rapporteringssystemer, medens projektgruppens rekommandationer er blevet udarbejdet i projektets fjerde og afsluttende del.

Projektets rapporter omfatter - udover nærværende hovedrapport – følgende delrapporter:

Delrapport I: Fokusgruppeinterviews med læger og sygeplejersker om fejl og utilsigtede hændelser på sygehuse

Delrapport II: Spørgeskemaundersøgelse af lægers og sygeplejerskers holdninger til rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse

Delrapport III: Oversigt over internationale erfaringer med rapporteringssystemer

Projektets rapporter er tilgængelige i elektronisk format på DSIs og Risøs hjemmesider, men dog således, at Delrapport II først vil være tilgængelig i foråret 2003.

---

<sup>1</sup> Schiøler T, Lipczak HL, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A, Svenning AR, Frølich A. Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse – en retrospektiv gennemgang af journaler. Ugeskrift for Læger 2001; 163(38): 5370-5378.

Efter projektgruppens udarbejdelse af udkast til rekommandationer blev der afholdt en workshop i april 2002, hvor udkastet blev fremlagt. Formålet med workshoppen var at lade rekommandationerne blive genstand for en drøftelse blandt en bredere kreds af interesserede og sagkyndige. Der deltog repræsentanter fra patientorganisationer, amterne og H:S, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Dansk Sygeplejeråd, Lægeforeningen, Sundhedskartellet / FOA, praktiserende læger mfl. Drøftelserne på workshoppen har bidraget til at kvalificere rekommandationerne, og projektgruppen ønsker hermed at takke deltagerne for deres konstruktive bidrag.

Projektgruppen har mødt megen positiv interesse og velvilje i forbindelse med gennemførelsen af projektet og ønsker hermed at rette en tak til dem, der lod sig interviewe, til de mange, der besvarede spørgeskemaet, og til de medarbejdere på sygehusene og i de fire amters forvaltninger, der velvilligt bistod med den tekniske gennemførelse af projektet.

Projektet er blevet finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Sundhedsforvaltningen i Københavns Amt. Endvidere har projektet nydt gavn af medfinansiering fra DSI Institut for Sundhedsvæsen og Forskningscenter Risø. Derudover har Sundhedsstyrelsen og Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt bidraget til indholdet i projektet, sidstnævnte tillige med skanning og databehandling af spørgeskemaerne.

*København og Roskilde  
September 2002*

## Resumé

Projektet havde til formål at udarbejde anbefalinger for, hvorledes et system til rapportering af og læring fra utilsigtede hændelser på sygehuse tilrettelægges ud fra viden om personalets holdninger og vurderinger, samt ud fra en oversigt over den internationale litteratur om rapporteringssystemer. Der blev foretaget fokusgruppeinterviews som grundlag for en efterfølgende spørgeskemaundersøgelse omfattende svar fra mere end 2000 læger og sygeplejersker i fire amter. Personalets besvarelser udgjorde, sammen med litteraturen om internationale erfaringer med rapporteringssystemer, baggrund for udarbejdelse af anbefalinger, der både vil kunne anvendes på sygehusene og i den primære sundhedstjeneste. Anbefalingerne vedrører grader af åbenhed om identiteten af den der rapporterer og dennes afdeling, kriterier for hvilke hændelser, der skal rapporteres, om rapportering skal være frivillig eller obligatorisk, hvem og hvortil der rapporteres, hvorfra der ønskes tilbagemelding, hvorledes der bør reageres overfor personale involveret i en utilsigtet hændelse samt, på et overordnet og generelt niveau, organisatoriske målsætninger med henblik på at støtte afdelinger og personalet i at opbygge en åben og tillidsfuld rapporteringskultur i hvilken læring kan sikres.

### Samlede rekommandationer

På baggrund af den internationale litteratur, resultater fra spørgeskemaundersøgelsen samt diskussioner på projektets workshop fremlægger projektgruppen nedenstående rekommandationer for arbejdet med etablering af et rapporteringssystem for utilsigtede hændelser og patientsikkerhed på sygehuse. Det vil bemærkes at flere af rekommandationerne indeholder gentagelser af fælles komponenter. Det skyldes at de forskellige problemstillinger – beskrevet i afsnittene 1 til 7 i rapportens hovedafsnit efter dette resumé - indeholder forskellige præmisser, som i flere tilfælde leder frem til samme rekommandation.

Rekommandation 1:

#### **Grader af åbenhed om den rapporterendes og afdelingens identitet**

- Indførelse af et *ubetinget fortroligt system*, således at der skelnes skarpt mellem disciplinære og lærende rapporteringsfunktioner. Dette system kan forventes at bidrage med en højere grad af åben atmosfære om hændelser og fejl med deraf følgende større mulighed for læring.
- At afdelingsnavnet *ikke* viderebringes i statistikker over indrapporterede hændelser af hensyn til at reducere risiko for "gabestokseffekt" for afdelinger, der søger at fremme rapportering.

Rekommandation 2:

#### **Kriterier for rapportering: - hvilke hændelser - obligatorisk eller frivilligt**

- Rapportering af hændelser ved anvendelse af modellen "Obligatorisk plus skøn", idet det anbefales, at der udarbejdes en liste over hændelsestyper, som *bør / skal* indberettes. Her bør typer af hændelser være beskrevet på et generisk og udetaljeret niveau (f.eks. "faldulykke").
- Den obligatoriske listes omfang anbefales i en startfase at være begrænset, og gerne med mulighed for at de enkelte lægelige specialer kan vælge at tilføje specialespecifikke emner, ud over de der er obligatoriske for alle specialer. Ligeledes kan en fælles liste (f.eks. national eller amtlig) suppleres lokalt efter andre kriterier end specialer.

- Derudover anbefales en skønsmæssig rapportering af utilsigtede hændelser, som ud fra en uformel og gerne umiddelbar betragtning *måske* kunne have været undgået, og som personalet finder væsentlige.

Rekommandation 3:

***Modtagelse af rapportering om hændelser og tilbagemelding***

- Personer fra sundhedspersonalets egne faggrupper modtager rapportering om hændelser lokalt - så nær 'kilden' som muligt - (afdeling/sygehus) med samtidig feedback og derfra rapporteres videre til et amtsligt / nationalt ubetinget fortroligt system.
- Udformningen af formatet for rapporteringen bør tilrettelægges så tæt på eksisterende allerede anvendte dokumentationsformater for ikke at indføre unødigt dobbeltarbejde, og idet der tages hensyn til at fælles national klassifikation af hændelser og årsager vil fremme udveksling af information, fælles læring samt identifikation af trends og årsagsmønstre
- Rapporteringen bør organiseres således at der gives hurtig og umiddelbar tilbagemelding, både lokalt til den rapporterende og senere centralt fra.

Rekommandation 4:

***Barrierer for sundhedspersonalet mod at rapportere hændelser***

- At sygehusejere sikrer at de enkelte afdelinger arbejder med nedbrydning af de interne barrierer - dvs. at der sættes ind med en holdningsbearbejdning, der fremmer en forståelse for, at det er legitimt og vigtigt at fremkomme med information om hændelser, at etablere let adgang til rapportering med hurtig tilbagemelding, at skabe tillid til hændelsesrapportering, at fastholde og synliggøre rapporteringens positive effekt bl.a. ved at lederne går forrest og udviser støtte og engagement, og samlet at udvikle de lokale sikkerhedskulturer.
- At eksterne barrierer reduceres – dvs. at der bl.a. sikres en meget klar adskillelse imellem disciplinære og sanktionerende instanser i forhold til rapporterings- / tilbagemeldingssystemer der har "fra-hændelse-til-læring" som hovedformål.

Rekommandation 5:

***Reaktioner overfor personale involveret i en utilsigtet hændelse***

- At ledelser er forpligtet til klart og tydeligt at give udtryk for opbakning og støtte til personalet i forbindelse med rapportering af hændelser.
- At der ubetinget afstås fra disciplinære tiltag i forbindelse med rapportering af hændelser, og at der overfor medarbejdere foretages både en principiel og konkret tydelig sondring mellem systemer til rapportering og læring på den ene side og disciplinære systemer på den anden.

Rekommandation 6:

**Støtte af læring**

- At sygehusejere sikrer at afdelingerne prioriterer læring fra utilsigtede hændelser højt som led i udviklingen af en patientsikkerhedskultur i sundhedssektoren.
- At det sikres at de enkelte afdelinger mhp. læring bliver vejledt og informeret i forbindelse med rapporteringssystemet; dvs. vejledes om hvorledes, der aktivt kan arbejdes med den praksis, der omfatter håndteringen af utilsigtede hændelser i forbindelse med rapportering, analysemetoder, tilbagemelding, opfølgende uddannelsesinitiativer og hændelsesførebbyggende ændringer i organisationen.
- At der udarbejdes en lokal og central / nationalt sammenhængende målsætning for patientsikkerhed ifølge hvilken etablering af rapporteringssystem for utilsigtede hændelser ikke står alene, men opstilles som een af komponenterne i udviklingen af patientsikkerheden.

Rekommandation 7:

**Patienter**

- At der ved etableringen af et rapporteringssystem for utilsigtede hændelser gøres en indsats for at kortlægge og tage hensyn til patienters og andre interessenters ønsker og krav i det omfang det fremmer og er foreneligt med det overordnede patientsikkerhedsformål.
- At patienters opfattelse af og syn på patientsikkerhed inddrages aktivt og tidligt i den videre udvikling af området.

# Indledning

I Danmark er forekomsten af fejl og utilsigtede hændelser for nylig blevet dokumenteret og det blev fundet at næsten hver 10. sygehusindlagte patient var kommet ud for en skadevoldende hændelse (reference fodnote 1). Knap halvdelen af hændelserne blev vurderet at kunne undgås ved forebyggelse. Dette er på linje med situationen i andre lande.

Skaden på patienten er det centrale; den skal umiddelbart håndteres. Dernæst bør der forebygges mod gentagelse. Hændelser kan også indebære en betydelig belastning for de involverede medarbejdere, og der kan være behov for forskellige støttende initiativer i efterforløbet.

Den nødvendige forebyggende indsats må være baseret på indsamlet information om hændelserne, deres karakter, hyppighed og årsager. Derfor vil kvaliteten og relevansen af den indsamlede information blive en afgørende del af grundlaget for en systematisk indsats i forbedring af patientsikkerheden. Tilrettelæggelsen af et system til indsamling af denne dokumentation bør finde sted på en hensigtsmæssig måde, så personalet er motiveret for at medvirke, og således at både patienter og personale kan se, at der drages nytte af hændelsen, og læring finder sted ud fra den opnåede viden.

En meget afgørende problemstilling ved håndtering af hændelser og fejl i sikkerhedskritiske sektorer er spørgsmålet om man kan indsamle information om hændelser for at kunne lære af dem; eller om personalet dækker over hændelser for at undgå at pådrage sig sanktioner ved at have været involveret.

Sundhedssektoren er en sikkerhedskritisk sektor som f.eks. også atomkraftindustri og luftfart. I modsætning til sundhedssektoren har man indenfor luftfart i en årrække arbejdet meget aktivt med rapportering af hændelser for at sikre udvikling af lærende systemer. I luftfart har man typisk fastholdt en skarp adskillelse mellem, på den ene side rapporterings- og lærings-system opretholdt af hensyn til sikkerhed, og på den anden side de regulerende og kontrollerende myndigheder.

I sundhedssektoren er de disciplinære systemer veletablerede og fungerende. Lovgivning og cirkulærebestemmelser regulerer området. De centrale sundhedsmyndigheder har en aktiv rolle i sikring af at love og bestemmelser efterleves. Den indberetning der foretages i relation hertil, har ikke som mål at tilsikre lokal læring ud fra hændelser og fejl, men derimod at relevante retslige og klagebehandlende initiativer kan iværksættes. Tilgangen af informationer til et sådant rapporteringssystem er ikke motiveret ud fra hensyn til læring og forbedring, men alene sikring af efterlevelsen af love og regler.

Sundhedssektoren har ikke etableret et lærende system, der kan sikre at det relativt høje antal utilsigtede hændelser kan blive reduceret gennem forebyggelse. Forudsætningen for at et lærende system kan fungere er personalets medvirken. Personalets vilje til at gå ind i det hændelsesforebyggende arbejde er afgørende. Det er vist i andre sektorer, at der er en direkte sammenhæng mellem praksis overfor personalet i forbindelse med hændelser og dets medvirken i f.eks. rapportering af en hændelse.

Dette er baggrunden for nærværende projekt, som har til formål at fremlægge bidrag til grundlaget for udvikling og opbygning af et lærende system, et system der ikke møder modvilje hos personalet, og som personalet ser som et positivt instrument i forbedringen af sikkerheden for patienterne.

## Sikkerhedskultur

Når man specificerer kravene til et rapporteringssystem på såvel lokalt som centralt niveau er det vigtigt, at man ikke kun fokuserer på *procedurer*, men også på den *praksis* som systemet skal fungere i. Det er derfor nyttigt, at søge kravene til et rapporteringssystem defineret i lyset af både den sikkerhedskultur, man søger fremmet, og de overordnede visioner, værdier og prioriteringer som begrunder indsatsen bag rapportering.

I litteraturen om sikkerhedskultur beskriver man undertiden i en kort form de tre hovedelementer i en given organisations sikkerhedskultur<sup>2</sup>:

- Overordnede antagelser og værdier (ofte implicite og "tavse"): Mål, visioner og langsigtede prioriteringer [Philosophy, Policy].
- De eksplicite konventioner, "regelværket": retningslinier for procedurer og bestemmelser for udførelse, [Procedures].
- Praksis – handle-mønstre, vaner, rutiner, "sikkerhedsklima", opfattelser og holdninger blandt ansatte, ledelsens engagement [Practices].

Inden for luftfart har man anvendt en slogan-agtig opsummering af denne opdeling, idet man refererer til de fire P'er: organisationens "Philosophy" refererer til målsætninger for hvordan organisationen vil drive sin virksomhed; dens "Policy" betegner de overordnede retningslinier for at omsætte målsætninger til operationelle regler – f.eks. retningslinier for hvilke områder der skal være faste og måske centrale regler for og hvilke der skal være lokale bestemmelser for; medens "Procedures" beskriver det regelværk, som anviser hvilke handlinger der skal udføres under hvilke omstændigheder. Nederst, men vigtigst, er "Practices", som til syvende og sidst bestemmer kvaliteten af systemets ydelser. Praksis er typisk reguleret af retningslinier og procedurer, men er kun delvis bestemt herved. Det er velkendt, at samme organisation kan have underafdelinger (f.eks. flytyper inden for et og samme luftfartsselskab) hvor alt er ens på regelniveau og arbejdsopgaver, men alligevel kan afdelinger adskille sig væsentligt med hensyn til sikkerhedspraksis. Studier i transportsektoren har vist at lokal sikkerhedskultur og praksis hænger sammen med uhelds- og ulykkesfrekvensen.

Inspireret af denne opdeling inden for sikkerhedsstyring, er der i nedenstående figur afbildet de to former for rekommandationer, som er indeholdt i denne rapport: Rekommandationerne er opdelt efter a) procedurer / regler og b) praksis ved rapportering. Sondringen er ikke skarp, men kan være nyttig til at strukturere det samlede sæt af krav.

---

<sup>2</sup> A. Degani et al, "Philosophy, policies, procedures and practices: the four 'p's of flight deck operations," *Aviation Psychology in Practice*, Johnston et al (eds.), (Hant, England: Avebury Technical, 1994).

Philosophy Policy	Visioner    Værdier    Prioriteringer		
	<b>Rapporteringssystemet</b>		Patienten
Procedurer	<b>IND - Indsamling af erfaringer</b>	<b>UD - Udnyttelse af indsamlet erfaring</b>	
	1. <i>Registrering</i> (centralt og lokalt)  Tilbage melding Årsagsanalyse	2. <i>Statistik og Disseminering</i> (centralt, lokalt) Analyse, Trends, Indsatsområder, Kampagner	
Praksis	3. <i>Rapporteringskulturen</i> – hvordan handler vi her hvis vi kommer ud for en utilsigtet hændelse?	4. <i>Læringskulturen</i> – hvordan lærer vi af egne og af andres hændelser?	Lokal praksis

Begrebet "rapporteringssystem" kan referere såvel snævert som bredt. I den snævre forstand refererer begrebet til det regelsystem, der sættes op såvel centralt som lokalt, dvs. i første række til kvadrant 1 og dele af kvadrant 2. For at kunne etablere og udvikle et rationelt og tillidvækkende rapporteringssystem er det imidlertid nødvendigt at fastlægge bestemmelser på procedure-niveauet, som stimulerer og tilskynder til såvel læring, kollega- og patientomsorg samt til etablering og videreudvikling af en stærk rapporterings- og læringskultur. Derfor lader et rationelt, effektivt og tillidvækkende rapporteringssystem sig kun etablere ved at inddrage såvel rapporterings- som læringskultur. Det er nødvendigt at tage patienten og de patientrelaterede aspekter med som tredje søjle. Her ligger den særlige udfordring for sundhedssektoren – at integrere patienter på en optimal måde.

De to følgende kapitler, der lægger op til denne rapports rekommandationer, er struktureret efter ovenstående model, idet det første primært vedrører *procedurer*, medens det andet vedrører *praksis*. I hvert kapitel præsenteres afsnit opdelt efter emne, der hver leder frem til et sæt rekommandationer.

Endelig skal nævnes endnu et aspekt som har en væsentlig betydning for et rapporteringssystems succes. Det omfatter den grad af parathed og modenhed som en given organisation (amt, sygehus, afdeling) kan mønstre på et givet tidspunkt. Der er to grundideer bag dette. Den ene er, at en organisations optimale valg af kvalitetsstyringsmodel afhænger af hvilke styringsprocesser organisationen råder over, og dermed hvilken grad af "modenhed" der karakteriserer organisationen. Den anden grundide er, at organisationer typisk udvikler sig gennem samme progression i deres evne til at udnytte flere og flere typer processer til regulering af kvalitet (sikkerhed).

Dette begreb er i nyere tid blevet diskuteret under betegnelsen 'Safety Culture Maturity Model'<sup>3</sup>. Begrebet stammer fra kvalitetsstyring af udviklingsprojekter inden for software og er siden omformet som styringsmodel for store komplekse - typisk sikkerhedskritiske teknologi-udviklingsprojekter (bl.a. brobygning). Denne styringsmodel indeholder en struktureret måde, hvorpå det kan vurderes om en given organisation råder over processer som er: definerede, styrede, målte, kontrollerede og effektive.

Begreberne om modenhedsgrader af en sikkerhedskultur og de tilhørende uformelle "modeller", kan især være nyttige under netop introduktionen af et sikkerhedsstyringsystem inden for uensartede organisationer og afdelinger. Disse begreber og modeller indikerer, at uanset nødvendigheden af et fælles regelsæt for registrering og disseminering, må man forvente at forskellige sygehuse og afdelinger vil opnå den mest optimale sikkerhedsstyring, hvis de opmuntres og støttes i at udvikle egne - og derfor muligvis meget forskellige - lokale bestemmelser og praksisunderstøttende tiltag inden for de fælles procedureregler.

## Terminologi

I denne rapportes tekst anvendes *hændelse* som samlebegreb for fejl, utilsigtede hændelser og 'nærved hændelser'. I spørgeskemaet og i dette projekt har følgende terminologi været anvendt:

"Et rapporterings- og tilbagemeldingssystem modtager indberetninger om såvel 'utilsigtede hændelser' som 'fejl' og tilbagemelder, så der kan læres af det skete. Ved en *utilsigtet hændelse* forstås en begivenhed der påfører patienten en skade eller indebærer en risiko for skade, og hvor skaden ikke skyldes patientens underliggende sygdom. *Utilsigtede hændelser* dækker både komplikationer og fejl. Ved *fejl* forstås en mangelfuld gennemførelse af en plan eller valg af forkert plan til at opnå et bestemt mål."

<sup>3</sup> Flemming, M, Safety Culture Maturity Model, 2001, [www.hse.gov.uk/research/otopdf/2000/oto00049.pdf](http://www.hse.gov.uk/research/otopdf/2000/oto00049.pdf), verificeret 2002.06.13.

# Rekommandationer for retningslinier for procedurer ved rapportering

## Afsnit 1 - 3

I forbindelse med rapportering har tre centrale emner i retningslinierne for procedurer betydning for, hvorvidt der kan opnås informationer der kan anvendes til læring.

- *Grader af åbenhed om den rapporterendes identitet*
- *Kriterier for rapportering af en hændelse - frivillig eller obligatorisk*
- *Modtagelse af og tilbagemelding om hændelser*

I de tre efterfølgende afsnit er konklusionerne fra de internationale erfaringer indenfor det medicinske såvel som andre domæner først resumeret, derefter følger resultater fra spørgeskemaundersøgelsen. Uddybende forklaringer og referenceangivelser fremgår af delrapporter med hhv. litteraturoversigt og data fra spørgeskemaundersøgelsen.

### 1 Grader af åbenhed om den rapporterendes identitet

Problemstillingen vedrører graden af anonymitet eller åbenhed i relation til den rapporterendes identitet, dvs. om det skal være åbent eller skjult over for offentlighed og/eller tilsynsmyndigheder m.m. hvem der var involveret i hændelsen og indgiver rapport. Anonymitet og fortrolighed ved rapporteringen har betydning for personalets villighed til at oplyse om en utilsigtet hændelse eller fejl, og dermed for muligheden for at der efterfølgende kan ske en læring.

En afledt problemstilling vedrører åbenhed om hvilken afdeling den rapporterende person tilhører.

Der findes tre valgmuligheder inden for spektret *grader af åbenhed om den rapporterendes identitet*:

- *Anonym rapportering*,  
som tilsigter at den rapporterendes identitet er skjult for enhver.
- *[Ubetinget] fortrolig rapportering*,  
hvor den rapporterendes identitet ikke videregives fra den begrænsede personkreds, der modtager rapporten. Disse personer kan give den rapporterende feedback, opfølgning og støtte, når det er nødvendigt. Den snævre personkreds kan være personer udpeget i afdelingen, på sygehuset, i amtet eller mere centralt.
- *Betinget fortrolig rapportering*,  
hvor systemet tilsigter almindelig fortrolig rapportering og feedback mm. som ovenfor, men dog med den begrænsning at den rapporterendes identitet videregives til embedslæge eller andre myndigheder i tilfælde af hændelser der falder inden for lov- eller cirkulærebelagte emner.

Uanset hvilken grad af åbenhed der vælges, vil det være muligt at lade rapporter - i en "anonymiseret" form - tilgå et organ (placeret på sygehus, amtligt eller nationalt), der kan fo-

retage aggregerede statistiske analyser mv. og formidle informationer tilbage til alle relevante afdelinger.

Offentlighedens eller myndighedernes mulige kendskab til hvilke afdelinger de enkelte rapporter kommer fra, giver mulighed for valg mellem i det mindste tre former, inden for det spektrum der kan betegnes som *grader af åbenhed om afdelingens identitet*:

- Offentlighed og myndigheder *ingen kendskab*
- Offentlighed og myndigheder *kendskab*
- Offentlighed *ingen kendskab*; myndigheder *kendskab*

### **Erfaringer fra medicinsk litteratur og andre sektorer**

Ud fra gennemgangen af den medicinske litteratur er det ikke muligt at dokumentere, hvilken af de tre ovennævnte modeller for den rapporterendes identitet, der vil have den største effekt for patientsikkerheden. Denne manglende dokumentation for effekt skyldes at der ikke foreligger publicerede undersøgelser, der belyser dette spørgsmål. Derimod foreligger der fra Norge og Sverige, undersøgelser der viser at anonymitet og ubetinget fortrolighed fremmer villigheden til at rapportere, og endvidere at mængden af rapporter stiger ved indførelse af anonymitet.

En del medicinske og ikke-medicinske eksperter i sikkerhedsstyring fremfører det synspunkt at det er væsentligt at kunne interviewe kilden for at indhente supplerende oplysninger om en hændelse, dvs. at kvaliteten af udredninger og anbefalinger bedst sikres gennem et fortroligt system.

De samme erfaringer gør sig også gældende indenfor andre sektorer, først og fremmest fra luftfartsindustrien. Selv om anonymitet muligvis øger mængden af rapporter, er det velkendt at fortrolige systemer giver mulighed for høj detailrigdom og højere kvalitet af de indrapporterede data.

Det største og mest omtalte rapporteringssystem inden for luftfart, ASRS (Aviation Safety Reporting System som modtager mere end 30.000 rapporter om året hvoraf ca. 7000 bliver udredt), er et af de mest kendte eksempler på et *betinget fortroligt* system. Velinformerede iagttagere og deltagere har angivet, at det i nogen grad har været udslagsgivende for valget af *betinget fortrolighed*, at myndigheder og luftfartsindustrien fik gennemført krav om at grove fejl, der involverer kriminelle handlinger, skulle kunne retsforfølges eller på anden vis følges af sanktioner. Der gives dog begrænset amnesti ved aktiv indrapportering (retten til amnesti kan kun påberåbes én gang hvert femte år).

Generelt er valget af et betinget, frem for et ubetinget fortroligt system, blevet begrundet med et hensyn til hvad der opfattes som befolkningens retsfølelse. Denne opfattelse er baseret på en forestilling om at muligheden for at sanktionere gavner patientsikkerheden. Der findes ingen evidens i litteraturen, hverken i den medicinske eller den ikke-medicinske litteratur for at sanktioner og offentliggørelse af kvalitetsdata øger sikkerheden.

Der har været en del debat om åbenhed om afdelingens identitet i ikke-specialiserede medicinske tidsskrifter angående ulemper ved at offentliggøre "league tables" [dvs. i stil med ranglister over fodboldklubbers placering inden for en klubliga] over navngivne afdelingers komplikationsrater. I litteraturen er fremført det synspunkt, at et straffrit system kan føre til faldende ansvarlighed og til en stigning i antallet af fejl. Undersøgelser i USA om henvisende lægers og deres patienters anvendelse af informationerne i "league tables", har vist at ind-

holdet af informationerne har meget ringe indflydelse på beslutningen om hvor patienten henvises til. Undersøgelserne viser dog også at offentliggørelse af komplikationsrater påvirker aktivitetsbetalte udbydere af sundhedsydelser, således at patienter med komplicerede sygdomme afvises af udbyderne.

### **Spørgeskemaundersøgelsen**

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen viser at begge faggrupper foretrækker en fortrolig model. Omtrent halvdelen af lægerne og mere end to-tredjedele af sygeplejerskerne finder endog den anonyme model 'kun i mindre grad' eller 'slet ikke acceptabel'. Blandt de læger der tager stilling (det er kun 7% der markerer "ved ikke") vælger flertallet den ubetinget fortrolige model, medens omvendt flere sygeplejersker foretrækker en 'betinget fortrolig' end en 'ubetinget fortrolig model'. Det skal nævnes, at 31 pct. af lægerne 'slet ikke' eller kun 'i mindre grad' vil acceptere den betinget fortrolige model - en modstand som hos sygeplejerskerne er på 16%.

Holdningen til om afdelingens navn kan være kendt ved offentliggørelse af hændelser er knap så entydig. Om end et flertal er positive overfor at afdelingens navn kan videregives, udgør ved-ikke gruppen ca. ¼ af respondenterne.

### **Diskussion**

Den medicinske og ikke-medicinske litteratur indikerer at et fortroligt system (betinget eller ubetinget) giver den bedste kvalitet i data om utilsigtede hændelser. Dette er i overensstemmelse med sygeplejersker og lægers ønsker om et fortroligt system frem for et anonymt rapporteringssystem.

Den eneste fordel ved et anonymt system er at det angiveligt tilfredsstillende kravet blandt de potentielt rapporterende om beskyttelse mod at blive hængt ud eller blive til genstand for sanktioner. Ulempen er manglende muligheder for yderligere opklaring eller feedback og opfølgning overfor informanten. Imidlertid viser spørgeskemaundersøgelsen at det kun er et lille mindretal, der ønsker anonymitetens absolutte beskyttelse. Det spiller formentlig også en rolle at det er sjældent at en læge eller sygeplejerske er helt alene med patienten når der sker en hændelse, ofte vil et team af få eller flere kollegaer have været til stede og kende til forløbet.

Fordelen ved de to former for fortrolige systemer er at de forbedrer kvaliteten af udredninger, muliggør såvel debriefing (der er fremmede for læringskulturen) og eventuel krisehjælp til de ansatte inden for afdelingen i tilfælde af dramatiske utilsigtede hændelser, og at de modvirker lukketheden om hændelser og læring heraf.

Fordelen ved det betinget fortrolige system er (i) at det giver mulighed for at identificere personale, som gentagne gange har været involveret i klart undgåelige alvorlige hændelser, og (ii) at retsfølelsen i dele af patientbefolkningen formentlig vil kræve sanktioner i tilfælde hvor der sker grove og gentagne fejl. Der findes dog endnu ingen undersøgelser der dokumenterer, i hvilket omfang denne holdning er udbredt.

En markant fordel ved det ubetinget fortrolige system er at man kan opretholde en skarp adskillelse mellem rapporterings- og læringssystemet og den rapportering der foretages i relation til sundhedsmyndighederne og de retlige myndigheders system til indsamling af informationer.

Projektgruppen anbefaler at valget mellem anonymt, [ubetinget] fortroligt og betinget fortroligt system bør falde på et af de fortrolige systemer, idet et anonymt system ikke muliggør dialog med den rapporterende. Ud fra erfaringer fra litteraturen kan det anonyme system forudsiges ikke at ville tilvejebringe tilstrækkeligt informative rapporteringer. Endvidere viser spørgeskemaundersøgelsen en ringe tilslutning til og endog en forholdsvis stor modstand mod et anonymt system.

I afvejningen af grunde der taler for og imod det betinget og det ubetinget fortrolige system har projektgruppen taget i betragtning:

- at der er en modstand især blandt læger mod det betinget fortrolige system.
- at det er vigtigt at et rapporteringssystem ikke møder modstand fra starten af dets introduktion, hvorfor man må forvente at det ubetinget fortrolige system får en væsentlig bedre start blandt personalet.
- at det ubetinget fortrolige system derfor kan forventes at bidrage til en mere åben atmosfære lokalt om fejl med deraf større mulighed for læring.
- at det inden for andre brancher har vist sig afgørende at sondre principielt og skarpt mellem disciplinerende og lærende funktioner.
- at der allerede findes andre fungerende organisatoriske og myndighedsmekanismer, der kan opfange overtrædelser af love og bestemmelser.

I spørgsmålet om åbenhed eller offentliggørelse af afdelingens navn viser spørgeskemaundersøgelsen, at *et flertal* blandt de læger og sygeplejersker, som tager stilling, ønsker åbenhed om navnet. Ikke desto mindre vil projektgruppen på dette punkt anbefale at *følge mindretallets indstilling*, idet vi finder, at de følgende momenter vejer tungere.

En offentliggørelse af navne på afdelinger, hvor der er rapporteret muligvis spektakulære utilsigtede hændelser vil kunne give en "gabestokseffekt" - dvs. afdelingens navn vil blive fremhævet i pressen på en ufordelagtig måde. Denne effekt - eller blot frygten for at effekten kan komme - vil kunne skabe en modvilje mod rapportering og modvirke patientsikkerhedsbestræbelser.

Erfaringer fra det medicinske område i USA viser, at risikoen for offentliggørelse eller faktisk offentliggørelse af fejl og dårlig kvalitet, medfører at hospitalerne og sundhedspersonalet nedprioriterer behandlingen af patienter med svært kompliceret sygdom, til fordel for at opnå bedre succesrater på mindre komplicerede patienter. Resultatet er ikke at patientsikkerheden forbedres, men at højrisiko-patienter ikke modtager behandling eller kun modtager mindre risikobetonet behandling.

Erfaringer fra luftfart taler klart *imod* en offentliggørelse af navn på afdelingerne. Specielt de seneste erfaringer fra dansk luftfart viser betydningen af at anonymisere indberetninger over for pressen eller offentligheden. Den danske Lov om Luftfart blev revideret i efteråret 2000, og efterfølgende indførte Statens Luftfartsvæsen (SLV) i 2001 en obligatorisk rapportering af flyvesikkerhedsmæssige begivenheder med baggrund i denne revision af luftfartsloven. Bestemmelsen betyder (i) at når en begivenhed er indberetningspligtig, er indberetningen fortrolig og skal af SLV hemmeligholdes under strafansvar og (ii) at der vil gælde straffrihed for indberetteren på basis af indberetningen, i det omfang begivenheden er indberetningspligtig, selv om indberetter har overtrådt øvrige love eller bestemmelser.

De første erfaringer med indberetninger under det nye danske system er netop gjort op<sup>4</sup> og er meget positive for så vidt angår mængden og oplysningsværdien af indberetninger. Der er i løbet af det halve år, der er gået efter ikrafttræden af de nye bestemmelser om *hemmeligholdelse* af navn på indberetteren og dennes flyselskab (hvor dette er relevant), sket en øgning i antal indberetninger på ca. 75%, sammenlignet med perioden inden implementering af lovrevisionen. En vigtig del af baggrunden for revisionen af den danske lov om luftfart var netop ønsket om at undgå gabestokseffekten. Tidligere var der observeret et markant fald i antallet af rapporter fra luftfartsselskaber og deres piloter efter at et bestemt selskab var blevet hængt ud i dele af pressen på baggrund af indberetninger om kritiske hændelser.

### **Rekommandation 1:**

#### **Grader af åbenhed om den rapporterendes og afdelingens identitet**

- Indførelse af et *ubetinget fortroligt system*, således at der skelnes skarpt mellem disciplinerende og lærende rapporteringsfunktioner. Dette system kan forventes at bidrage med en højere grad af åben atmosfære om hændelser og fejl med deraf følgende større mulighed for læring.
- At afdelingsnavnet *ikke* viderebringes i statistikker over indrapporterede hændelser af hensyn til at reducere risiko for "gabestokseffekt" for afdelinger, der søger at fremme rapportering.

## **2 Kriterier for rapportering: - hvilke hændelser - obligatorisk eller frivilligt**

Problemstillingen vedrører spørgsmålet om hvilke hændelser der skal rapporteres, og hvorvidt det skal være obligatorisk eller frivilligt at rapportere.

Til spørgeskemaundersøgelsen blev der skitseret fire modeller, der kombinerer de to dimensioner:

- *Kun obligatorisk:*  
Der skal være *en liste* over typer af hændelser, som er *obligatoriske* at rapportere.
- *Kun skøn:*  
Det skal være op til den enkelte læge eller sygeplejerske at skønne om en hændelse skal rapporteres.
- *Obligatorisk + skøn:*  
Der skal være *en liste* over typer af hændelser, som er *obligatoriske* at rapportere, og herudover skal det være op til den enkelte læge eller sygeplejerske at skønne om en hændelse skal rapporteres.
- *Skøn + vejledende:*  
Det skal være op til den enkelte læge eller sygeplejerske at skønne om en hændelse skal rapporteres, OG der skal være *en vejledende liste* over hændelser man gerne ser rapporteret.

---

<sup>4</sup> Se "Statens Luftfartsvæsen (SLV) rapport om indrapporterede flyvesikkerhedsmæssige begivenheder foretaget i overensstemmelse med Bestemmelser for Civil Luftfart, BL 8-10 i perioden august 2001-februar 2002. Kan downloades fra: <http://www.slv.dk/Flyvesikkerhed/Analyser&tendenser/Halvårsrapport%20BL%208-10.pdf> (verificeret 25/06/02). Den danske luftfartslov har med dens bestemmelser om streng og ubetinget konfidentialitet samt lovfæstet straffrihed vakt interesse internationalt, herunder i Eurocontrol og i ICARUS Committee of the Flight Safety Foundation.

For overskuelighedens skyld blev antallet af kombinationer begrænset i spørgeskemaet til de nævnte fire. Det er muligt at opstille flere kombinationer, f.eks. en liste over obligatoriske hændelser suppleret med en generisk liste over hændelser til støtte for de skøn der udøves. Mange hændelsestyper vil kunne oplistes. Australske undersøgelser har f.eks. anvendt en hændelsesklassifikation, der opererer med flere end 400 typer.

### ***Erfaringer fra medicinsk litteratur og andre sektorer***

Den medicinske litteratur giver ingen indikation af, hvorvidt en frivillig eller en obligatorisk rapporteringsmodel giver det bedste input til læring fra kritiske hændelser. Der er en tendens til at rene obligatoriske systemer er forbundet med sanktioner over for undladelse af rapportering, mens frivillige systemer ikke har sådanne sanktioner. Det er dog dokumenteret at frivillige systemer leder til en højere frekvens af rapporter.

Erfaringer fra luftfart er blandede. De fleste systemer er frivillige, men der er etableret en sikkerhedskultur, der traditionelt har understreget princippet om straffrihed ("no jeopardy"; "indemnity") og fortrolighed. Luftfartsselskaber (statsejede eller private) i vores del af verden har i de seneste to-tre årtier kunnet implementere velfungerende straffri og (formelt set) frivillige rapporteringssystemer. De bedste selskaber er blevet kendte for at fremhæve og offentligt rose og belønne piloter for at rapportere om egne fejl og hændelser. (Jævnfør ovenfor om revision af den danske luftfartslov).

### ***Spørgeskemaundersøgelsen***

Et stort flertal af respondenterne (to tredjedele) foretrækker en model bestående af en liste over hændelser det er obligatorisk at rapportere, i kombination med et skøn over hvad der yderligere kan rapporteres. Dog således at en fjerdedel foretrækker en vejledende snarere end en obligatorisk liste over hændelser, der ønskes rapporteret.

### ***Diskussion***

Såvel det rent skønsbaserede som det rent obligatoriske (efter en liste) system har fremtrædende ulemper. Det rent skønsbaserede har som den væsentligste ulempe, at det kan være vanskeligt at etablere en praksis uden retningslinier. Det rent obligatoriske system har som væsentligste ulempe at det nødvendigvis skal definere i detaljer, hvad der ønskes rapporteret. I forbindelse med en obligatorisk model opstår spørgsmålet, om det skal kunne indebære sanktioner at undlade at rapportere en hændelse på listen.

En obligatorisk liste kan f.eks. være ens for alle specialer. Det kan også være en begrænset fælles liste suppleret med specialespecifikke obligatoriske hændelser. Omfanget af den obligatoriske del kan diskuteres. Formålet er også i en startfase at lære personalet at anvende et rapporteringssystem, hvorfor det anbefales at begrænse omfanget af den obligatoriske rapportering.

### ***Rekommandation 2:***

#### ***Kriterier for rapportering: - hvilke hændelser - obligatorisk eller frivilligt***

- Rapportering af hændelser ved anvendelse af modellen "Obligatorisk plus skøn", idet det anbefales, at der udarbejdes en liste over hændelsestyper, som *bør / skal* indberettes. Her bør typer af hændelser være beskrevet på et generisk og udetaljeret niveau (f.eks. "faldulykke").

- Den obligatoriske listes omfang anbefales i en startfase at være begrænset, og gerne med mulighed for at de enkelte lægelige specialer kan vælge at tilføje specialespecifikke emner, ud over de der er obligatoriske for alle specialer. Ligeledes kan en fælles liste (f.eks. national eller amtslig) suppleres lokalt efter andre kriterier end specialer.
- Derudover anbefales en skønsmæssig rapportering af utilsigtede hændelser, som udfra en uformel og gerne umiddelbar betragtning *måske* kunne have været undgået og som personalet finder væsentlige.

### **3 Modtagelse af rapportering om hændelser og tilbagemelding**

Når en hændelse er indtruffet, og der efterfølgende skal ske en rapportering og senere en tilbagemelding, er der tre aspekter som har betydning for hvor godt informationen om hændelsen kan blive dokumenteret og derefter nyttiggjort. Hver især åbner de tre aspekter muligheder for forskellig udformning af procedurer og regler omkring funktionen af et rapporteringssystem:

- Organisation – hvem skal rapporteringen gå til og hvor er denne funktion placeret
- Dataregistrering / -håndtering – tilgængelighed og enkelhed i registreringsarbejdet
- Tilbagemelding og læring fra en hændelse – spredning af indsigten og læringen

I spørgeskemaundersøgelsen blev der fokuseret mest på det første og tredje aspekt og det andet blev kun kort berørt. De faser og aktiviteter der vedrører analyse af hændelser, som i forløbet ligger efter rapporteringen er indgivet/modtaget, og før der kan gives tilbagemelding eller rapporteres videre, er ikke søgt belyst i spørgeskemaundersøgelsen.

#### ***Erfaringer fra medicinsk litteratur og andre sektorer***

Rapporteringscompliance er både i sundhedsvæsenet og andre sektorer beskrevet som meget væsentlig for det samlede systems funktion. Alle tre ovennævnte aspekter har relation til compliance - villigheden til at rapportere en hændelse. Brugervenlighed i betydningen enkelhed og tilgængelighed har i andre sektorer vist sig at være afgørende for omfanget af rapporteringer. Australske opgørelser har vist at øget synlighed af systemet har betydning. En ledelsesmæssig opbakning med tilbagevendende opmærksomhed i afdelingen, bl.a. gennem regelmæssig opfølgning på indtrufne hændelser og systematisk orientering af nye medarbejdere, har betydelig effekt på rapporteringscompliance og sikkerhedskulturen i afdelingen. Hurtig tilbagemelding øger ligeledes compliance. De samme mekanismer er også kendt fra andre domæner.

#### ***Spørgeskemaundersøgelsen***

Villigheden til at rapportere afhænger bl.a. af hvem og hvor der skal rapporteres til. Blandt lægerne finder 90 pct. og blandt sygeplejerskerne  $\frac{3}{4}$  det væsentligt, at det er en kollega der modtager information om en hændelse. Ligeledes foretrækker begge faggrupper at modtageren er tæt på i dagligdagen – dvs. gerne en person i afdelingen eller på eget sygehus. Personalet foretrækker samtidig, at det enten er til lederen af afdelingen eller en dertil udnævnt person, men der er forskel idet en markant større andel af sygeplejerskerne ønsker at det er

lederen, der har denne opgave. Andre finder at det kan være en person på sygehuset eller udenfor.

Betydningen af tilgængelighed og om det er 'besværligt at rapportere' har større vægt blandt sygeplejerskerne end lægerne.

Lægerne udtrykker større enighed end sygeplejerskerne i 'at lysten til at rapportere vil være større, hvis erfaringerne udnyttes på andre afdelinger og ikke kun på min egen'. Det skal ses i sammenhæng med at 67% af lægerne mener at afdelingen er god til at diskutere hændelser på konference. Samtidig giver flertallet af begge personalegrupper udtryk for at afdelingsledelsen har krav på en orientering, hvis der har været en hændelse.

## **Diskussion**

### *Organisation – hvem skal rapporteringen gå til og hvor er denne funktion placeret*

Både læger og sygeplejersker tilkendegiver at de foretrækker at rapportere til en fagfælle. Dette kan hænge sammen med en forventning om at detaljerne omkring en hændelse i så fald vil blive bedre forstået. En fagkyndig vil kunne udnytte sit kliniske kendskab (i modsætning til administrativt/ forvaltningsuddannet personale), vil kunne stille opklarende spørgsmål, give umiddelbar feedback og yde informanten hjælp til at udforme beskrivelsen af hændelsen mest hensigtsmæssigt.

Rapporteringen kan finde sted til en person internt i afdelingen, på sygehuset eller f.eks. til en amtslig instans, hvorfra informationer vil kunne gå videre til en central national funktion eller direkte til en ekstern instans. Det kan f.eks. være til en landsdækkende funktion, som det kendes fra de mange landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser og fra rapportering af diagnoser og behandlinger til Landspatientregistret (LPR) i Sundhedsstyrelsen, eller lokalt hvor indberetningspligtige sygdomme rapporteres til embedslægeinstitutionerne. Markeringen hos begge faggrupper af at rapporteringen helst sker 'tæt på' kan muligvis tages som udtryk for et ønske om at kendskab og tillid til modtageren har stor betydning. En 'organisatorisk afstand' mellem den rapporterende og den umiddelbare modtager, kan have betydning både for omfanget og karakteren af den information, der vil blive rapporteret og ikke mindst på den umiddelbare tilbagemelding. Hos både læger og sygeplejersker er det opfattelsen at ledelsen har krav på orientering. Denne opfattelse er for de to grupper til sammen mere end dobbelt så høj i procent, som ønsket om at det er ledelsen, der modtager en egentlig rapportering. Holdningen til at tale om hændelser i afdelingen og den generelle vilje til at orientere ledelsen, kan også forventes at have betydning for kvaliteten og nytten af rapporteringssystemet.

### *Dataregistrering og - håndtering – Betydning af tilgængelighed og enkelhed i registreringsarbejdet*

Etablering af endnu et system, der skal fødes med data fra klinisk arbejde, risikerer at komme i konkurrence om opmærksomheden fra personalet. Hvis det skal lykkes at udvikle en praksis, hvor hændelser bliver rapporteret og nyttiggjorte, vil det forudsætte at det tilrettelægges hensigtsmæssigt i forhold til allerede eksisterende forpligtelser til dokumentation. Optimalt vil det naturligvis være at data om en hændelse, der skal noteres i forskellige systemer har et så fælles format i disse systemer som muligt. Det kan blive sandsynligt at en hændelse både skal omtales i patientens sygejournal, dokumenteres et patientregistreringssystem, evt. i registreringen til LPR f.eks. en operationskomplikation, og samtidig i flere kliniske kvalitetsdatabaser. Kommer dertil et nyt system oven i til rapportering af hændelser, kan denne "registreringstrængsel" næsten kun føre til at kvaliteten af dokumentationen vil blive svingende i alle systemerne. Der kan opstå en modvilje ved at skulle registrere de samme informationer flere gange i hvert sit system.

Er rapporteringen kun til lokalt brug, er der ikke nødvendigvis de samme formkrav, som hvis informationen skal kunne anvendes bredt amtsligt eller på landsplan. Det vedrører både systematisering – klassificering af informationerne, anonymisering af involverede personer og afdelinger / sygehuse. Enkelhed og fælles krav (format) til beskrivelse af en hændelse må forventes at øge mængden, anvendeligheden og udvekslingen af informationerne.

*Tilbage melding og læring fra en hændelse – spredning af indsigten samt læringen til og fra andre*

Udformningen af tilbage meldingerne og hastigheden hvormed de kommer tilbage, må forventes at have betydning for personalet. Hvis personalet løbende ser effekten af at de selv og andre rapporterer, og at information om en hændelse bliver brugt til læring på andre afdelinger i landet, vil det formentlig have en positiv virkning.

Nyttiggørelsen eller læringen fra en hændelse vil også afhænge af behandling af informationen og organisering af tilbage meldingen. Reaktionen og tilbage meldingen på hændelserne lokalt og centralt kan forventes at have stor betydning for det personale, der har været ude for en hændelse.

Det er en velkendt at holdningen til registrering af data blandt sygehuspersonale hænger sammen med om det opfattes som meningsfuldt i betydningen ”kan vi bruge det til noget her på sygehuset”. Samtidig fremmer det motivationen for at rapportere, hvis man ved at information om hændelsen også vil blive brugt på andre sygehuse i landet.

**Rekommandation 3:**

***Modtagelse af rapportering om hændelser og tilbage melding***

- Personer fra sundhedspersonalets egne faggrupper modtager rapportering om hændelser lokalt - så nær 'kilden' som muligt - (afdeling/sygehus) med samtidig feedback og derfra rapporteres videre til et amtsligt / nationalt ubetinget fortroligt system.
- Udformningen af formatet for rapporteringen bør tilrettelægges så tæt på eksisterende allerede anvendte dokumentationsformater for ikke at indføre unødigt dobbeltarbejde, Fælles national klassifikation af hændelser og årsager vil fremme udveksling af information og fælles læring.
- Rapporteringen bør organiseres således at der gives hurtig og umiddelbar tilbage melding, både lokalt til den rapporterende og senere eventuelt fra centrale instanser.

# Rekommandationer for praksis ved rapportering

## Afsnit 4 – 7

Her beskrives aspekter ved *praksis* i forbindelse med håndteringen af utilsigtede hændelser. Udfoldelsen af praksis er udtryk for den lokale sikkerhedskultur. Hvordan dette sker er helt afgørende for om et rapporteringssystem vil kunne opfylde sin målsætning. En praksis kan fungere i nær tilknytning til rapporteringssystemet og dets vejledende retningslinier og procedurer, eller fungere mindre afhængigt af rapporteringen og være grundlæggende integreret i en afdeling, f.eks. udtrykt gennem den patientomsorg og personalestøtte der ydes ved skadevoldende hændelser.

Erfaringer fra både sundhedssektoren og fra andre sikkerhedskritiske områder viser, at den del af praksis der drejer sig om reaktioner overfor personalet ved rapportering, er afgørende for mængden og repræsentativiteten af indrapporterede hændelser.

I undersøgelsen er det valgt at fokusere på følgende fire aspekter, der belyser forskellige sider af praksis i forbindelse med hændelser og rapportering:

- *Barrierer for sundhedspersonalet mod at rapportere hændelser*
- *Reaktioner overfor personale involveret i en utilsigtet hændelse*
- *Læring fra hændelser*
- *Personalets opfattelse af, hvad patienter forventer og ønsker i forbindelse med en hændelse*

I de efterfølgende afsnit 4 – 7 er konklusionerne fra internationale erfaringer indenfor det medicinske såvel som andre domæner resumeret. For uddybende forklaringer og referenceangivelser henvises til delrapporten med litteraturoversigten. Desuden er resultater fra spørgeskemaundersøgelsen gennemgået i oversigtsform (tekst) i delrapporten om denne, der indeholder de originale data.

## **4 Barrierer for sundhedspersonalet mod at rapportere hændelser**

For at et rapporteringssystem kan indfri sit overordnede formål – vidensindsamling, er det i sagens natur nødvendigt at medarbejderne er villige til at rapportere og konkret gør det, når utilsigtede hændelser sker. Det gør medarbejdere ikke altid. Mange og vidt forskellige faktorer virker som barrierer, der forøger underrapportering, f.eks. retslige forhold med usikkerhed om spørgsmål om straf og ansvarsplacering, arbejdspress, besværlig rapporteringsproces eller manglende tiltro til effekt af registreringen.

Hvis man ønsker en høj rapporteringsrate er det nødvendigt, at imødegå de eksisterende og mulige barrierer af både generel og specifik karakter. Der kan skelnes mellem eksterne og interne barrierer.

### Eksterne barrierer:

F.eks. i betydningen modvilje mod at rapportere grundet udefra bestemte konsekvenser i form af straf eller andre typer sanktioner, der er lov- eller cirkulærestemte. For at imødegå disse kræver det diskussion af bl.a. ansvar, skyld og straf – herunder sikkerhed og retfærdighed på nationalt plan, evt. fulgt af relevante lovændringer der kan fremme rapportering og læring fra hændelser. Myndighederne har mulighed for at ændre på deres praksis, inden for de fortolkningsmuligheder der ligger i relevante nugældende love, og derigennem bedre mulighederne for rapportering af hændelser.

### Interne barrierer:

Forstået som lokale og kulturelle barrierer, f.eks. manglende rapporteringstradition, negativ ledelsesholdning eller ukollegial holdning til 'den uheldige'. Valg af indsats overfor denne type barrierer vil kunne være meget forskellig, efter hvad situationen / sikkerhedskulturen er lokalt på den enkelte afdeling eller sygehus.

## **Erfaringer fra medicinsk litteratur og andre sektorer**

Gennemgang af litteraturen påpeger *underrapportering* som et centralt problem i forbindelse med rapporteringssystemer. Internationale studier har vist sammenfald i barriererne for rapportering, ligesom også erfaringerne viser at mange af barriererne - på trods af domæneforskelle – er sammenfaldende.

Flere studier viser at følgende faktorer øger rapportering: tilbagemelding/opfølgning, synliggørelse af effekt, ledelsesopbakning, opbakning fra seniore medarbejdere, promoverende tiltag, uddannelse/orientering af nye medarbejdere, påmindelser til personalet, belønning, anonymitet, stigende anciennitet, supplerende uddybende rapporteringsskema, etablering af overvågningsenhed og dedikerede personer (patientsikkerhedsagenter).

En række studier tyder på at den observerede underrapportering generelt er *selektiv*. Underrapporteringen omfatter således primært almindelige eller mindre omfattende hændelser. Mens alvorlige hændelser, hændelser med 'positivt outcome', reaktioner på nye medikamina, ikke kendte bivirkningsreaktioner, samt aktuel opmærksomhed på et specifikt problem fører typisk til rapportering. Det er karakteristisk af hændelser med 'signalværdi' rapporteres.

Inden for luftfart er man, som nævnt, generelt nået længere med rapporteringssystemer til opsamling af viden om fejl og hændelser. Underrapportering er reduceret markant ved aktiv indsats, bl.a. ved at skabe anonyme/fortrolige systemer, minimere straf, opbygge tillid, synliggøre ledelsesopbakning, synliggøre effekt, give hurtig og relevant feedback, fastholde fokus (ved de største vedblivende barrierer), samt ved holdningsbearbejdning og ændring af adfærd/normer og sikkerhedskultur.

## **Spørgeskemaundersøgelsen**

I spørgeskemaet blev eksisterende grunde til underrapportering afdækket ved at spørge ud fra forskellige vinkler.

For det første blev der i casene fokuseret på to dimensioner: skadens størrelse og grad af skyld. Forventningen var at der kunne være forskel på personalets tilbøjelighed til at rapportere i forhold til grad af skyld og/eller til skadens størrelse. Overordnet tegnede der sig et billede af åbenhed og villighed til at rapportere. For skadens størrelse viste det sig at jo større skade, jo flere tilkendegav en villighed til at rapportere. Dette gjaldt også i forhold til at infor-

mere patienten om skaden. For graden af skyld i hændelsen, viste resultaterne ingen afgørende indflydelse af skyld, på villigheden til at rapportere.

For det andet blev der spurgt om forhold eller grunde, der kunne beskrive ens egen tilbageholdenhed med at omtale hændelser. For det tredje blev der spurgt om, hvilke grunde kollegaer kan have til at tilbageholde information for patienter. Tilbageholdenhed for både respondenterne selv og 'kollegaer' fordeler sig i forhold til den *interne* 'sikkerhedskultur' i afdelingen, "manglende tradition" og ønsket om ikke at "komme til at fremstå som en dårlig læge/sygeplejerske." Endvidere i forhold til *eksterne* konsekvenser, som en hændelse kan udløse i form af "omtale i pressen", "næse", "ansættelse/karriere og "klage fra patient eller pårørende".

Der er kun ca. 1/3 af lægerne og 1/4 af sygeplejerskerne, som angiver at de har været tilbageholdne med at omtale hændelser.

## **Diskussion**

Resultaterne om barrierer fra spørgeskemaundersøgelsen gav overordnet et positivt billede af en villighed til at rapportere. Alligevel er der en række både eksterne og interne barrierer som kan forventes at modvirke brugen af et rapporteringssystem. Det er karakteristisk for en del af barriererne, at de knytter sig til risikoen for forskellige former for sanktioner eller negative konsekvenser for informanten. Barrierer som i vidt omfang ville reduceres eller forsvinde ved en skarp adskillelse af et hændelsesrapporteringssystem og disciplinære systemer. En anden del af barriererne knytter sig til traditioner eller til kulturen for at omtale og behandle hændelser. Det vil sige, at der på den ene side bør sættes ind eksternt i forhold til konsekvenserne af at rapportere, og på den anden side i forhold til kulturen som er et lokalt anliggende (se afsnit 1, 2, 5 og 6). Ideelt set bør man søge at skabe en parallel og komplementær indsats koordineret henholdsvis på nationalt og lokalt plan for at reducere underrapportering.

Da man ikke kan fordrø ændringer på alle planer samtidigt, er overvejelser om prioritering mellem de forskellige handlemuligheder nødvendige. Forbedring af betingelserne kan ske både centralt og lokalt. Centralt ved at sikre adskillelse af lærende og sanktionerende systemer, sikring af at lovgivning og regelsæt ikke modvirker læring fra hændelser, at myndighedsudøverne i fortolkninger af regelsættene betænker vigtigheden af læringsaspektet. Lokalt kan det ske ved at holdningsbearbejde, skabe tillid og fastholde fokus på rapportering og synliggøre effekten af læringen.

Erfaringer fra luftfart vidner om at ledelsen bør gå forrest og synliggøre at der ikke længere eksisterer barrierer. Det vil være afgørende at ledelserne, både afdelings- og sygehusledelser, tydeligt tilkendegiver interesse og støtte til rapporteringssystemet.

### **Rekommandation 4:**

#### **Barrierer for sundhedspersonalet mod at rapportere hændelser**

- At sygehusejere sikrer at de enkelte afdelinger arbejder med nedbrydning af de interne barrierer - dvs. at der sættes ind med en holdningsbearbejdning, der fremmer en forståelse for at det ikke bare er legitimt men også værdifuldt at fremkomme med information om hændelser at etablere let adgang til rapportering med hurtig tilbagemelding, at skabe tillid til hændelsesrapportering, at fastholde og synliggøre rapporteringens positive effekt bl.a. ved at ledelserne går forrest og udviser støtte og engagement, og samlet at udvikle de lokale sikkerhedskulturer.

- At eksterne barrierer reduceres – dvs. at der bl.a. sikres en meget klar adskillelse imellem disciplinære systemer i forhold til rapporterings- og tilbagemeldingssystemer, der har "fra-hændelse-til-læring" som hovedformål.

## 5 Reaktioner overfor personale involveret i en utilsigtet hændelse

Det er som nævnt vist, at både procedurer og den praksis de udmøntes i har indflydelse på rapporteringscompliance (villighed til at rapportere) hos personalet. Skal denne compliance forbedres er det relevant at se på faktorer som påvirker den, dvs. i særdeleshed fokusere på reaktioner overfor personalet efter hændelser. De reaktioner ledelsen møder personalet med kan have forskellig karakter gående fra psykologisk støtte over irrettesættelse, bebrejdelser, til forskellige grader af disciplinære tiltag, påtaler og til sanktioner i form af næser eller straf.

Reaktioner overfor personalet kan deles op i:

- Interne og lokalt bestemte - f.eks. afdelingsledelsens og ansættelsesmyndighedens reaktioner.
- Eksternt bestemte - f.eks. udgående fra centrale myndigheder – Sundhedsstyrelsen, Patientklagenævnet, lovgivning.

De internt bestemte reaktioner er ofte uafhængige af selve rapporteringssystemet og kan variere fra afdeling til afdeling, det kan være personaleomsorg og -støtte og lokale disciplinære tiltag. De eksternt bestemte reaktioner kan være knyttet til et rapporteringssystem eller ligefrem være en del af de procedurer som indgår i det, f.eks. automatisk videregivelse af informationer til tilsynsmyndigheder ved hændelser der tilsyneladende involverer grov uagtsomhed og/eller indebærer (alvorlig) skade for patienten (betinget fortroligt system). De forskellige reaktioner kan også karakteriseres ud fra et værdiperspektiv i forhold til personalets opfattelse af dem.

### **Erfaringer fra medicinsk litteratur og andre sektorer**

Den medicinske litteratur beskæftiger sig stort set ikke med dette aspekt. Der findes en række anekdotiske og kasuistiske beretninger om forskellige former for disciplinære tiltag i sundhedssektoren, men disses betydning for villigheden til at berette om hændelser og fejl er ikke belyst i den medicinske litteratur. Effekten af disciplinære tiltag, som instrument til at forebygge og reducere mængden af hændelser og fejl i sundhedssektoren er ligeledes ikke belyst.

Undersøgelser fra transportsektoren har vist, at ulykkesfrekvensen er afhængig af den lokale sikkerhedskultur og sikkerhedspraksis, også indenfor samme selskab med *fælles* retningslinier eller *procedurer*. Et stort jernbaneselskab kunne således konstatere, at forskellige lokale afdelinger havde udviklet målbart forskellig lokal sikkerhedskultur, trods samme retningslinier for procedurer. Samtidig blev det påvist, at der var en signifikant sammenhæng mellem frekvensen af uheld og ulykker og med den lokale sikkerhedskultur.

Indenfor specielt luftfart har man igennem mange år - med stor succes - foretaget et systematisk arbejde med støtte og omsorg overfor passagererne, pårørende og personalet. Erfaringen viser at frafaldet og afgangens af personale falder, såfremt der ydes støtte og omsorg fra ledelsens side i forbindelse med ulykker og nærulykker.

### **Spørgeskemaundersøgelsen**

Personalets udsagn om betydning af forskellige reaktioner har været en central del af spørgeskemaet. Der var en klar tendens til at jo mere sanktionerende en given reaktion er, jo mindre forventes den af personalet. Omvendt viser resultaterne at jo mindre sanktionerende og jo mere støttende reaktionen er, jo større er svarpersonernes forventning til at den finder sted. Dette mønster gælder for både læger og sygeplejersker. Gennemgående forventer flere læger end sygeplejersker, at blive mødt med disciplinære tiltag fra deres umiddelbare leder, frem for støtte, men forskellene er små. Personalet finder det afgørende vigtigt at en kollega, som har været involveret i en hændelse, der medfører blivende skade på patienten hjælpes af kollegaer til at bearbejde hændelsen samt at ledelsen udviser støtte. Forskellene mellem lægers og sygeplejerskers forventninger er beskedne. Ligeledes er der enighed om at afdelingerne ikke hænger personalet ud efter en hændelse.

Besvarelserne afspejlede en betydelig forventning om at blive mødt med omsorg og støtte, frem for med sanktioner og disciplinære tiltag. Personalet finder aktive støtte- og omsorgstiltag meget vigtige. Der er en tendens til at støtte fra ledelse og dernæst kollegaer findes mere vigtige end andre omsorgsformer f.eks. psykologhjælp og tilbud om læring initieret af afdelingsledelsen. Godt halvdelen af lægerne og lidt flere sygeplejersker fandt at afdelingerne støtter personalet. Ligeledes opfattes deres eksisterende ledelser som støttende frem for sanktionerende.

## **Diskussion**

Erfaringer fra specielt transportsektoren viste klart at reaktionerne overfor personalet kan være afgørende for et rapporterings- og tilbagemeldingssystemes succes. Der foreligger ikke tilsvarende undersøgelser fra sundhedssektoren, men det må formodes at et tilsvarende mønster vil kunne ses her.

Sammenstilles respondenternes forventninger i forhold til oplevelsen af de faktiske barrierer, ses på den ene side en forventning om en høj grad af opbakning. På den anden side blev en række eksterne reaktioner og konsekvenser beskrevet som faktiske barrierer for rapportering. Disse besvarelser må ses i sammenhæng med personalets opfattelse af hvorledes deres nuværende afdeling håndterer hændelser og fejl.

Dette bør også ses i forlængelse af personalets besvarelser på spørgsmål om hvordan tanken om at de selv kan begå en fejl, der får alvorlige konsekvenser for en patient, påvirker deres holdning til arbejde og opgaver. En tredjedel af de ansatte påvirkes i en sådan grad, at de nu og da overvejer at opgive deres arbejde, mens lidt over halvdelen ikke tynges tilsvarende. Dette betyder at knap 1/3 af sygeplejerskerne og 40 pct. af lægerne ind imellem afstår fra vanskelige opgaver. Denne forskel mellem de to faggrupper hænger formentlig sammen med, at lægerne har et større ansvar i relation til behandlingen. At være tyngt af frygt for at begå fejl, forekommer som et relativt upåagtet problem, der ser ud til at kunne have et betydeligt omfang. Den nyligt gennemførte danske undersøgelse over forekomsten af utilsigtede hændelser reducerede ikke problemet, snarere tværtimod.

Spørgeskemaundersøgelsen viste at personalet forventer støtte og opbakning, hvis det har været involveret i en utilsigtet hændelse. Samtidig viser erfaringer fra andre sektorer entydigt at opbakning fremmer mængden, repræsentativiteten og kvaliteten af data. Disciplinære tiltag vil stride imod personalets forventninger og meget sandsynligt vække modstand mod rapportering. Det vil medføre at mængden af data, der bliver tilgængelig for videre læring reduceres. Data vil derfor ikke have den fornødne repræsentativitet for de faktiske hændelser og vil have en tendens til at være mindre oplysende og mindre "lærerige" - idet rapportering kan blive præget af den rapporterendes ønske om at underspille sin kausale rolle i forløbet.

### **Rekommandation 5:**

#### **Reaktioner overfor personale involveret i en utilsigtet hændelse**

- At ledelser er forpligtet til klart og tydeligt at give udtryk for opbakning og støtte til medarbejdere i forbindelse med hændelser og rapportering af dem.
- At der ubetinget afstås fra disciplinære tiltag i forbindelse med rapportering af hændelser og at der overfor medarbejdere foretages en principiel og konkret sondring mellem systemer til rapportering og læring på den ene side og disciplinære systemer på den anden.

## **6 Grunde til utilsigtede hændelser og omfanget af efterfølgende læring**

Afsnittet beskriver afdækning af lægers og sygeplejerskers opfattelse af, hvilke grunde der kan ligge bag hændelser, samt omfanget af den læring aktuelt finder sted efter hændelser.

### **Erfaringer fra medicinsk litteratur og andre sektorer**

I litteraturen peges der på behovet for holdningsændringer indenfor sundhedssektoren. Særlig bør forståelsen øges for at mange hændelser kan forebygges og undgås. For at forebygge gentagelse af en hændelse er det nødvendigt med åbenhed og en konstruktiv udnyttelse af eksisterende viden.

Litteraturen viser tydeligt at en tillidsfuld og fortrolig atmosfære samt en klar definition af ledelsesansvaret er vigtig for at få gode resultater med læring efter hændelser. Essentiel er også uddannelse og orientering af medarbejdere, specielt nye medarbejdere. En teamorienteret tilgang til ansvaret for hændelser anses for at være vigtig for bedst at kunne udnytte erfaringer fra hændelser.

Erfaringer fra andre sektorer har vist at en tværfaglig ekspertanalyse af hændelser kan forøge udbyttet betydeligt. Det er også velkendt i sundhedssektoren, at udførelse af mono- eller fællesfaglige systematisk strukturerede analyser kan være et væsentlig bidrag til læring. Endvidere har det vist sig at være optimalt med anvendelse af metoder, som det f.eks. har været kendt i mange år fra kvantitativ og kvalitativ audit i britisk tradition og i den tilsvarende amerikanske om kerneårsagsanalysen. Det er vigtigt at analyserne og rapporteringen af hændelser bygger på personalets detaljerede beskrivelser, at der stilles spørgsmål hvor sigtet er at udrede hvad der skete, og om personer eventuelt handlede mod gældende regler eller i modstrid med professionel praksis.

Rapporteringssystemets art har vidtgående konsekvenser for kvantiteten og ikke mindst kvaliteten af læring efter hændelser. Dette gælder såvel for den enkelte persons læring af egne og nære kollegaers hændelser, som for læring af hændelser uden for egen afdeling. Information der kan udtrækkes fra statistikker og tendenser i tallene bør indgå. Den internationale litteratur anbefaler også simulationsbaseret uddannelse, hvor træningen kan foregå uden at patienterne skades, og i omgivelser hvor det er tilladt at begå fejl. Uddannelsen bør være teamorienteret svarende til de kliniske arbejdsforhold, med fokus på beslutningstagen, problemidentifikation, problemløsning og håndtering af hændelser.

### **Spørgeskemaundersøgelsen**

Personalets opfattelse af årsager til at hændelser opstår blev belyst ved spørgsmål om man har tradition for at rette hinanden og give konstruktiv feedback, om anvendelse af faglig supervision og om prioritering af uddannelse. Over halvdelen af personalet havde den opfattelse, at "personalet er presset", at "uddannelse og læring ikke prioriteres tilstrækkeligt", at "de unge står uden tilstrækkelig opbakning og uddannelse", og at "forældede eller manglende instrukser" sammen med "manglende tradition for at rette hinanden" kan være årsag til hændelser. Det blev også belyst hvor gode afdelingerne var til at håndtere hændelser, ved at spørge om det er normalt at diskutere hændelser på konference, om der tales åbent om hændelser og om man er god til at lære af dem. Omkring to tredjedele af personalet fandt, at afdelingerne generelt var gode til disse aktiviteter.

Der blev ikke spurgt om erfaringer med læring fra rapporteringssystemer, da de kun er etableret ganske få steder.

### **Diskussion**

Selv om der i de fleste afdelinger i et vist og i forskelligt omfang eksisterer en lærende kultur, vil systematikken og kvaliteten variere og oftest være for lav. Tilsvarende for den enkeltes egen læring. I denne sammenhæng er det væsentligt at forholde sig til måden voksne lærer på og benytte deltageraktivitet, refleksion og medinddragelse af flere faggrupper. Der kan derfor være behov for holdningsændring blandt personalet hen imod nødvendigheden af en mere teamorienteret opfattelse af læringsforløb.

Da formålet med et rapporteringssystem er ændring af praksis, bør lokale tiltag der fremmer dette prioriteres. Hvis en kultur- og holdningsændring allerede er i gang på det enkelte sygehus / afdeling kan processen sandsynligvis styrkes på flere områder. Typisk vil der være behov for en forbedring af en manglende eller utilstrækkelig uddannelse og supervision af yngre og nye medarbejdere. Adskillige steder vil det kræve en betydelig indsats.

### **Rekommandation 6:**

#### **Støtte af læring:**

- At sygehusejere sikrer at afdelingerne prioriterer læring fra utilsigtede hændelser højt som led i udviklingen af en patientsikkerhedskultur.
- At det sikres at de enkelte afdelinger mhp. læring bliver vejledt og informeret i forbindelse med rapporteringssystem; dvs. vejledes om hvorledes, der aktivt kan arbejdes med den praksis der omfatter håndteringen af utilsigtede hændelser i forbindelse med rapportering, analysemetoder, tilbagemelding, opfølgende uddannelsesinitiativer og hændelsesførebbyggende ændringer i organisationen.
- At der udarbejdes en lokal og central / nationalt sammenhængende målsætning for patientsikkerhed ifølge hvilken etablering af rapporteringssystem for utilsigtede hændelser ikke står alene, men opstilles som een af komponenterne i udviklingen af patientsikkerheden.

## **7 Patienter - personalets opfattelse af hvad patienter forventer og ønsker i relation til hændelser**

Afsnittet omhandler *personalets* opfattelse af, hvad *patienter* forventer og ønsker i forbindelse med en utilsigtet hændelse.

## **Erfaringer fra medicinsk litteratur og andre sektorer**

Der foreligger meget få undersøgelser der belyser patienters og lægers syn på samme hændelse og håndtering af denne<sup>5</sup>. Gennemgående ønsker patienter mere information om hændelser og risici end de behandlende læger. Der foreligger ingen danske studier om dette perspektiv.

## **Spørgeskemaundersøgelsen**

Personalets opfattelse af patienternes forventninger og ønsker er forsøgt belyst i en række spørgsmål, der er grupperet efter grad af ønske om interaktion; dvs. fra information, retfærdighed, til mulighed for klage. Et stort flertal af både læger og sygeplejersker mener, at patienter finder det afgørende eller meget vigtigt at få en beklagelse fra de involverede personer, en forklaring på hvad der skete og information om konsekvenser for deres helbred. Der er personalets opfattelse, at patienterne frem for alt ønsker information, og at de finder det væsentligt at andre patienter ikke udsættes for den samme hændelse. Samtidig er det respondenternes opfattelse at patienterne ønsker at afdelingen/sygehuset vedgår sit ansvar for hændelsen og fremkommer med en beklagelse. Det er derimod ikke personalets opfattelse, at patienterne ønsker at den pågældende medarbejder drages til ansvar (får en næse eller straffes) eller at afdelingen hænges ud.

## **Diskussion**

Ud fra personalets opfattelse ønsker patienterne information, indrømmelse og finder det vigtigt, at det samme ikke sker for andre patienter. Såfremt det er et sådant system patienterne reelt selv ønsker, vil det stemme overens med personalets tilkendegivelse om at foretrække et ubetinget fortroligt system.

Det er nødvendigt at pointere at spørgeskemaundersøgelsens besvarelser alene afspejler personalets opfattelse.

## **Rekommandation 7: Patienter**

- At der ved etableringen af et rapporteringssystem for utilsigtede hændelser gøres en indsats for at kortlægge og tage hensyn til patienters og andre interessenters ønsker og krav i det omfang det fremmer og er foreneligt med det overordnede patientsikkerhedsformål.
- At patienters opfattelse af og syn på patientsikkerhed inddrages aktivt og tidligt i den videre udvikling af området.

---

<sup>5</sup> M. Hingorani, T. Wong, G. Vafidis: Patients' and doctors' attitudes to amount of information given after unintended injury during treatment: cross sectional, questionnaire survey. *BMJ*. 1999;318:640-641; .

## Afslutning

Projektet *Krav til registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse* blev igangsat med det formål at bidrage til at kvalificere grundlaget for etablering af et system til rapportering og efterfølgende læring ud fra disse hændelser.

Projektet har fokuseret på at fremlægge lægers og sygeplejerskers holdninger til og vurderinger af emnet og på personalets holdning til at medvirke ved rapportering og synliggørelse af hændelser.

Der er en række aspekter omkring udviklingen af et system til rapportering og læring som det ikke har været muligt at komme ind på i dette projekt. Det gælder således aspekter vedrørende patienters ønsker og forventninger, dokumentation og analyse af hændelser, opbygning af database og taksonomi over hændelser og deres årsager, samt ikke mindst etablering af praksis for tilbagemelding og opfølgende læring.

Ved siden af personalets syn på patientsikkerhed og hændelser, vil det være væsentligt at få kendskab til først og fremmest patienternes syn på emnet, men også de øvrige sundhedssektorinteressenters (sundhedspolitikeres, -administratorers og -journalisters) syn på emnet. Spørgeskemaet til denne undersøgelse blev derfor udformet således at enkelte spørgsmål er tilstræbt at være egnede til at arbejde videre med i bl.a. en undersøgelse af patienters syn på emnet.

Dette projekt har taget udgangspunkt i sygehusansatte læger og sygeplejersker. Det er væsentligt at understrege at patientsikkerhed er en ligeså vigtig problemstilling i primærsektoren. I udlandet, bl.a. Storbritannien, er der gennemført enkelte undersøgelser der antyder størrelsen af problemet med utilsigtede hændelser i primærsektoren. Vi har ikke fundet dokumenteret viden om problemets størrelse herhjemme.

Projektgruppen kan, på baggrund af erfaringer fra litteraturen og nærværende undersøgelse, kun anbefale at kommende initiativer for patientsikkerhed omfatter hele sundhedssektoren.

## **Bilag: Undersøgelsens spørgeskema (lægeversion)**

# **SPØRGESKEMA**

Lægeversion

**Lægers og sygeplejerskers opfattelser af  
rapportering af hændelser/fejl samt deres krav og  
ønsker til et fremtidigt rapporterings- og  
tilbage meldingssystem**

**Patientsikkerhed: Forebyggelse af hændelser/fejl på sygehuse**

## Forord

Formålet med denne spørgeskemaundersøgelse er at belyse sygeplejerskers og lægers krav og ønsker til et fremtidigt rapporterings- og tilbagemeldingssystem samt deres syn på rapportering af hændelser/fejl under nugældende forhold.

Et rapporterings- og tilbagemeldingssystem kan defineres som et system, der er indrettet til at forbedre patientsikkerhed gennem opsamling, analysering og udbredelse af erfaring fra utilsigtede hændelser og fejl. Det har derimod ikke til formål at placere ansvar eller udpege skyldige.

Der findes hverken rigtige eller forkerte svar, og derfor vil det oftest være det svar, som først falder dig ind, der er mest dækkende. Vi er interesseret i din personlige mening og vil bede dig om ikke at diskutere skemaet med kollegaer, inden du har besvaret det.

Alle besvarelser af dette spørgeskema vil blive behandlet **anonymt**. Det vil ikke være muligt at identificere svar fra den enkelte person eller afdeling.

Det tager ca. 30-60 minutter at besvare spørgeskemaet. Du bedes venligst returnere det udfyldte skema, i den frankerede svarkuvert, **inden to uger** efter modtagelsen af skemaet.

Hvis du har spørgsmål til skemaet er du velkommen til at skrive eller ringe til:

Patientsikkerhedsprojektet  
Enheden for Brugerundersøgelser  
Center for Sygdomsforebyggelse  
Glostrup Amtssygehus  
Ndr. Ringvej 57  
2600 Glostrup  
tlf. 4323 3282  
e-post: [cras@glostruphosp.kbhamt.dk](mailto:cras@glostruphosp.kbhamt.dk)

Med venlig hilsen

Projektgruppen bag Patientsikkerhedsprojektet

Niels Hermann, overlæge, DSI Institut for Sundhedsvæsen / Enheden for Brugerundersøgelser, Amtssygehuset i Glostrup. Doris Østergaard, overlæge, Dansk Institut for Medicinsk Simulation, Amtssygehuset i Herlev. Thomas Schiøler, seniorforsker, DSI Institut for Sundhedsvæsen. Marlene Dyrlov Madsen, forskningsassistent, og Henning Boje Andersen, seniorforsker, Forskningscenter Risø, Forskningsprogrammet Sikkerhed, Pålidelighed og Menneskelige Faktorer.

## Indhold:

I: FIRE CASES – HVAD BØR DER GØRES? HVAD VILLE DU GØRE?	37
II: MODELLER OVER RAPPORTERING; DINE KRAV TIL ET REGISTRERINGSSYSTEM	40
III: HVIS DU IKKE RAPPORTERER, HVAD HOLDER DIG TILBAGE?	42
IV: DIN OPFATTELSE AF, HVAD PATIENTER ØNSKER OG FORVENTER, NÅR DE HAR VÆRET UDSAT FOR EN UTILSIGTET HÆNDELSE.	44
V: REAKTIONER OVER FOR PERSONALE, DER HAR VÆRET INVOLVERET I ALVORLIGE HÆNDELSER	45
VI: GENERELLE SPØRGSMÅL OM HOLDNINGER	46
VII: FAKTUELLE OPLYSNINGER	47

### Terminologi:

Et rapporterings- og tilbagemeldingssystem modtager indberetninger om såvel ”*utilsigtede hændelser*” som ”*fejl*” og tilbagemelder, så der kan læres af det skete.

Ved en *utilsigtet hændelse* forstås en begivenhed, der påfører patienten en skade eller inde-bærer en risiko for skade, og hvor skaden ikke skyldes patientens underliggende sygdom. *Utilsigtede hændelser* dækker både komplikationer og fejl. Ved *fejl* forstås en mangelfuld gennemførelse af plan eller valg af forkert plan til at opnå et bestemt mål.

Vi har for enkeltheds skyld i dette skema valgt at tale om ”*rapporteringssystemer*” og ”*hændelser/fejl*”.

## I: Fire cases – Hvad bør der gøres? Hvad ville du gøre?

Læs venligst følgende fiktive historier og angiv din stillingtagen. I den første case bedes du tage stilling til hvad, der bør gøres. I de tre efterfølgende bedes du angive, hvilke handlinger du faktisk selv ville udføre.

**Case A:** Fru Petersen bliver opereret for grå stær. Under operationen brister linsekapslens. Øjnelægen må derfor lægge et lidt større snit end ellers, sætte nogle sting og benytte en anden type kunstig linse. Der er en risiko på ca. 1 ud af 10 for at patientens syn vil blive påvirket af disse ændringer. Dagen efter har patienten det godt og er tilfreds med forløbet.

<b>1. Bør øjnelægen informere om de kirurgiske problemer der opstod undervejs?</b>	Ja  <input type="checkbox"/>	Nej  <input type="checkbox"/>	
<b>2. Hvis ja, bør de mulige følgevirkninger nævnes?</b>	Ja  <input type="checkbox"/>	Kun hvis patienten spørger  <input type="checkbox"/>	Nej  <input type="checkbox"/>

**Case B:** En patient på medicinsk afdeling har en venflon (i.v. adgang) på venstre arm. Der er opsat infusion af isoton glukose, men da du skal give antibiotika, opdager du at det ikke længere løber. Du vil skylle droppet igennem med saltvand og trækker fra et hætteglas op i en 20 ml. sprøjte, sætter den til studsens på venflonen og skal netop til at skylle igennem. Du kigger en ekstra gang på hætteglassets etiket og ser nu, at det indeholder kaliumklorid og ikke saltvand.

Du er klar over, at indgift af denne dosis kaliumklorid, formentlig ville have medført, at pt. ikke havde overlevet.

### 3. For hver enkelt linie er angivet en mulig handling. Angiv venligst dit svar for hvert enkelt udsagn.

	Ja, afgjort	Ja, sandsynligvis	Sandsynligvis ikke	Afgjort ikke	Ved ikke
a. Søge at holde det for mig selv, at jeg tog det forkerte hætteglas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tale fortroligt med kollega om hændelsen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tale med flere kollegaer om hændelsen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Informere min leder om hændelsen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Bringe hændelsen op på lægekongference.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Informere patienten om hændelsen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Rapportere til lokalt rapporteringssystem [sæt kun kryds hvis I har et sådant system] .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Andet (angiv):					

**Case C:** En 53-årig mand (gift, 2 voksne døtre, selvstændig vognmand) indlægges til en planlagt operation for fjernelse af galdeblæren. Før operationen skal der rutinemæssigt gives blodfortyndende medicin i form af heparin. Det er en travl vagt pga. overbelægning. Du afbrydes flere gange pga. akut syge patienter mens du dikterer journalen. Du glemmer at ordinere heparin til patienten.

Patienten udvikler efterfølgende en blodprop i en vene i det ene underben. Han må derfor forblive indlagt en uge og være sygemeldt længere end planlagt. Varige mén regnes for meget usandsynlige.

**4. For hver enkelt linie er angivet en mulig handling. Angiv venligst dit svar for hvert enkelt udsagn.**

	Ja, afgjort	Ja, sandsynligvis	Sandsynligvis ikke	Afgjort ikke	Ved ikke
a. Søge at holde det for mig selv, at pt. ikke har fået heparin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tale fortroligt med kollega .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tale med flere kollegaer om hændelsen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Skrive i patientjournalen, at pt. ikke har fået heparin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Informere den behandlingsansvarlige eller min leder af hensyn til pt.behandling .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Rapportere til lokalt rapporteringssystem [sæt kun kryds hvis I har et sådant system] .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Andet (angiv):					

**5. For hver enkelt linie er angivet en mulig handling over for patienten. Angiv venligst, om du vil sikre at denne handling bliver udført af dig selv og/eller din leder eller den behandlingsansvarlige læge.**

	Ja, afgjort	Ja, sandsynligvis	Sandsynligvis ikke	Afgjort ikke	Ved ikke
a. Informere pt. om, at han har fået en blodprop og forklare dens følger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Forklare pt., at han ved en fejl ikke har modtaget heparin, som sandsynligvis ville have forebygget blodproppen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Forklare pt., at det er mig, der har begået fejlen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Beklage hændelsen over for pt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Informere pt. om klagemuligheder .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Andet (angiv):					

**Case D:** En 42-årig kvinde (gift, 1 barn, idrætslærer) er indlagt til behandling med kemo-terapi. Der er ikke færdigblandet medicin til rådighed i afdelingen og du bliver nødt til at blande selv. Mens du er i gang med at blande medicin til patienten bliver du distraheret. Du fejlblander medicinen og patienten får den 10-dobbelte dosis kemoterapi.

Først da du senere på dagen skal behandle en anden tilsvarende pt. opdager du at du har blandet forkert til den 42-årige kvinde. På det tidspunkt har hun modtaget den fulde doserede mængde. Du ved, at en for høj dosis kemoterapi kan påvirke pt.s hjertefunktion blivende. Der er stor risiko for, at patientens funktionsniveau vil blive nedsat, således at hun sandsynligvis ikke kan bevare sit arbejde.

**6. For hver enkelt linie er angivet en mulig handling. Angiv venligst dit svar for hvert enkelt udsagn.**

	Ja, afgjort	Ja, sandsynligvis	Sandsynligvis ikke	Afgjort ikke	Ved ikke
a. Søge at holde det for mig selv, at pt. har fået en 10-dobbelte dosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tale fortroligt med kollega .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tale med flere kollegaer om hændelsen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Skrive i patientjournalen, at pt. har fået en 10-dobbelte dosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Informere den behandlingsansvarlige eller min leder af hensyn til opfølgning af pt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Rapportere til lokalt rapporteringssystem [sæt kun kryds hvis I har et sådant system] .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Andet (angiv):					

**7. For hver enkelt linie er angivet en mulig handling over for patienten. Angiv venligst, om du vil sikre at denne handling bliver udført af dig selv og/eller din leder eller den behandlingsansvarlige læge.**

	Ja, afgjort	Ja, sandsynligvis	Sandsynligvis ikke	Afgjort ikke	Ved ikke
a. Informere pt. om fejlmedicineringen og forklare risiko for problemer med hjertefunktionen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Forklare pt., at det er mig, der har begået fejlen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Beklage hændelsen over for pt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Informere pt. om klagemuligheder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Informere pt. om mulighed for at søge skadeserstatning .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Andet (angiv):					

## II: Modeller over rapportering; dine krav til et registreringssystem

**Rapporteringssystemer** anvendes med det formål at indsamle erfaringer fra hændelser/fejl. De kan udformes på flere måder. Et rapporteringssystem kan f.eks. indeholde bestemmelser om, at den rapporterende har **anonymitet**, dvs. at rapporter kan indgives uden angivelse af navn. Men et system kan også, i stedet for anonymitet, indeholde bestemmelse om **fortrolighed**. Dette indebærer, at den rapporterendes identitet kun er kendt af den person, der er udpeget som "**modtager**". Denne person giver tilbagemelding og om nødvendig støtte til den rapporterende.

8. I det følgende skema bedes du besvare for hver af de tre modeller, om du finder den acceptabel som grundlag for et fremtidigt rapporteringssystem. I spørgsmål 11 og 12 vil du blive spurgt om hvem du ønsker, der skal være "modtager". (Sæt ét kryds for hver linie)

MODEL	Grad af anonymitet / fortrolighed	Mulighed for uddybning af hændelser/fejl	Mulighed for feedback til den rapporterende	Angiv din grad af accept			
				I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke
<b>Anonym</b> (rapporterende person ukendt)	Navn og identitet ukendt for alle	Ingen uddybning pga. anonymitet	Ingen feedback pga. anonymitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fortrolig</b> (person kun kendt af modtager)	"Modtager" kender navn, som ikke må videregives	Uddybning mulig	Personlig feedback mulig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Betinget fortrolig</b> (fortrolighed brydes ved grove fejl)	"Modtager" kender navn, som ikke må videregives <b>medmindre</b> der er tale om overtrædelse af straffe-/særlov	Uddybning mulig	Personlig feedback mulig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hvilken af de tre modeller ovenfor vil du personligt foretrække?				Anonym	Fortrolig	Betinget fortrolig	Ved ikke
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis der indføres et rapporteringssystem, hvor data i anonym eller fortrolig form videregives til central registrering, kan afdelingens navn være kendt eller ukendt.

10. Hvad ønsker du?	At afdelingens navn er kendt (videregives)	At afdelingens navn er ukendt (videregives ikke)	Ved ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antag, at der bliver indført et rapporteringssystem, som er fortroligt eller betinget fortroligt, og hvor der således er en "modtager" (jvf. ovenfor). Hvilken baggrund og organisatoriske tilknytning ønsker du at vedkommende skal have?

<b>11. Skal modtager tilhøre din egen faggruppe?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Uden betydning <input type="checkbox"/>		
<b>12. Hvem skal være "modtager" af rapportering og give den rapporterende feedback? (Sæt venligst ét kryds)</b>	Min leder <input type="checkbox"/>	Dertil udnævnte personer i afdelingen <input type="checkbox"/>	Dertil udnævnte personer på hospitalet <input type="checkbox"/>	Dertil udnævnte personer uafhængige af hospitalet <input type="checkbox"/>	Ved ikke <input type="checkbox"/>
<b>Begrund evt. dit svar</b>					

Hvis der indføres et rapporteringssystem, ønsker du da, at rapportering skal foretages efter den rapporterendes skøn, efter vejledende lister eller efter en obligatorisk liste over typer af hændelser/fejl, som skal rapporteres? Betragt venligst de fire modeller i følgende tabel og angiv derefter din præference.

MODEL	Kriterier for hvilke hændelser/fejl, der skal rapporteres				
<b>Kun obligatorisk</b>	Der skal være en liste over typer af hændelser/fejl, som er obligatoriske at rapportere.				
<b>Obligatorisk + skøn</b>	Der skal være en liste over typer af hændelser/fejl, som er obligatoriske at rapportere, OG herudover skal det være op til den enkelte læge eller spl. at vurdere om en hændelse/fejl skal rapporteres.				
<b>Kun skøn</b>	Det skal være op til den enkelte læge eller spl. at vurdere om en hændelse/fejl skal rapporteres.				
<b>Skøn + vejledende</b>	Det skal være op til den enkelte læge eller spl. at vurdere om en hændelse/fejl skal rapporteres, MEN der skal være en vejledende liste over hændelser man gerne ser rapporteret.				
<b>13. Hvilken en af ovenstående modeller vil du foretrække?</b>	<table border="1"> <tr> <td>Kun obligatorisk <input type="checkbox"/></td> <td>Obligatorisk + skøn <input type="checkbox"/></td> <td>Kun skøn <input type="checkbox"/></td> <td>Skøn + vejledende <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Kun obligatorisk <input type="checkbox"/>	Obligatorisk + skøn <input type="checkbox"/>	Kun skøn <input type="checkbox"/>	Skøn + vejledende <input type="checkbox"/>
Kun obligatorisk <input type="checkbox"/>	Obligatorisk + skøn <input type="checkbox"/>	Kun skøn <input type="checkbox"/>	Skøn + vejledende <input type="checkbox"/>		

### III: Hvis du ikke rapporterer, hvad holder dig tilbage?

I det følgende spørges du om din indstilling til at omtale hændelser og fejl over for kollegaer, ledelse eller ved lægekonference.

<b>14. Antag, at du blev involveret i en hændelse/fejl. Hvilke af de følgende forhold eller grunde kunne holde dig tilbage fra at omtale hændelsen/fejlen? (Sæt ét kryds for hver linie)</b>						
	Helt uenig	Noget uenig	Hverken enig / uenig	Noget enig	Helt enig	Ved ikke
a. Der er ikke tradition for at omtale hændelser/fejl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Når der er travlt, glemmer jeg den slags.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Jeg kan risikere, at patienten klager .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Jeg ved ikke, hvem der er ansvarlig for at bringe hændelser/fejl frem .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Jeg kan risikere at få en "næse" .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Det kan gå ud over min fremtidige ansættelse eller karriere .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Det gavner ikke patienterne, at jeg beretter om mine hændelser/fejl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Jeg kan risikere, at pressen begynder at skrive om det .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Jeg kan risikere at hændelsen/fejlen indberettes til embedslægen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Det er for besværligt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Man føler sig ikke tryk ved at bringe sine hændelser/fejl frem på vores afdeling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Jeg ønsker ikke at fremstå som en dårlig læge .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Der kommer alligevel ingen forbedringer på vores afdeling ved at omtale hændelser/fejl .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Andet (angiv):						

<b>15. Der har været situationer, hvor jeg har været tilbageholdende med at omtale hændelser/fejl.</b>	Helt uenig	Noget uenig	Hverken enig / uenig	Noget enig	Helt enig	Ved ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>16. Er det dit indtryk, at nogle af dine kollegaer undertiden tilbageholder information om hændelser over for de involverede patienter?</b>	Ja  <input type="checkbox"/> Hvis "ja", gå til spørgsmål 17	Nej  <input type="checkbox"/> Hvis "nej", gå til spørgsmål 18	Ved ikke  <input type="checkbox"/> Hvis "ved ikke", gå til spørgsmål 18
--	--	--	--

<b>17. Når nogle af dine kollegaer undertiden har været tilbageholdende med at give information til patienter om hændelser, hvilke af de følgende grunde har da efter din opfattelse haft betydning for deres tilbageholdenhed? (Sæt ét kryds for hver linie)</b>						
	Helt uenig	Noget uenig	Hverken enig / uenig	Noget enig	Helt enig	Ved ikke
a. Patienten vil muligvis klage .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Vil ikke gøre patienten ængstelig over noget, der ikke kan ændres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Det kan gå ud over andre kollegaer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Det kan bringe afdelingen i søgelyset.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Patientens pårørende kunne blive ubehagelige .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hvis utilsigtede hændelser diskuteres, bliver yngre kollegaer hængt ud .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Det er flovt at fortælle om fejl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Vil ikke risikere at komme i pressen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Andet (angiv):						

<b>18. Hvis du rapporterede om en fejl, du havde begået til din <u>nuværende</u> leder, forventer du da, at du vil... (Sæt ét kryds for hver linie)</b>				
	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke
a. få bebrejdelser under fire øjne? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. møde forståelse? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. blive sat til mindre udfordrende arbejde? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. blive "holdt øje med" fremover ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. risikere at blive hængt ud i kollegaers påsyn?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Andet (angiv):				

**19. Når der indtræffer utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet, som sandsynligvis kunne have været undgået, sker dette fordi... (Sæt ét kryds for hver linie)**

	Helt uenig	Noget uenig	Hverken enig / uenig	Noget enig	Helt enig	Ved ikke
a. personalet er presset .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. for mange sygeplejersker er ligeglade .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. for mange læger er ligeglade .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. der er forældede eller manglende instrukser / retningslinier .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. uddannelse og læring prioriteres ikke tilstrækkeligt....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. der er ingen tradition for, at vi retter hinanden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. de uerfarne står uden tilstrækkelig opbakning.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Andet (angiv):						

**IV: Din opfattelse af, hvad patienter ønsker og forventer, når de har været udsat for en utilsigtet hændelse**

**20. Hvad tror du – med din erfaring fra sygehusvæsenet - at patienter almindeligvis ønsker, når de har været udsat for en utilsigtet hændelse, som har medført en skade, men som ikke nødvendigvis skyldtes en fejl? (Sæt ét kryds for hver linie)**

	Afgørende vigtigt	Meget vigtigt	Vigtigt	En smule vigtigt	Ikke vigtigt eller ikke ønsket	Ved ikke
a. En beklagelse og forklaring på, hvorfor det skete .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Information om de helbredsmæssige konsekvenser af hændelsen/fejlen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. At benytte adgang til klage .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. At afdelingen/hospitalet åbent vedgår sit ansvar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. At benytte muligheden for at få erstatning .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. At andre ikke skal udsættes for det samme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Hvis der er sket en fejl, at personen indrømmer sin fejl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Hvis der er sket en fejl, at personen drages til ansvar (påtale, "næse", straf) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. At afdelingen bliver hængt ud .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Andet (angiv):						

## V: Reaktionen over for personale, der har været involveret i alvorlige hændelser

**21. Antag, at en af dine kollegaer har medvirket ved behandlingen af en patient, hvor der indtræder en hændelse, som medfører en blivende skade. Hvad er din indstilling til de følgende typer af indsats over for denne kollega? (Sæt ét kryds for hver linie)**

	Afgørende vigtigt	Meget vigtigt	Vigtigt	En smule vigtigt	Ikke vigtigt eller ikke ønsket	Ved ikke
a. At den involverede hjælpes af kollegaer til at bearbejde hændelsen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. At den involverede hjælpes af en kollega, som i afdelingen er udpeget til at følge op på hændelser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. At afdelingsledelsen udviser støtte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. At afdelingsledelsen taler med kollegaen om, hvad der kan læres af hændelsen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. At kollegaen om nødvendigt tilbydes psykologhjælp..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Andet (angiv):						

**22. Hvordan synes du, din nuværende afdeling håndterer hændelser/fejl? (Sæt ét kryds for hver linie)**

	Helt uenig	Noget uenig	Hverken enig / uenig	Noget enig	Helt enig	Ved ikke
a. I min afdeling taler man åbent om hændelser/fejl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. I min afdeling er man god til at drage ved lære af hændelser/fejl .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. I min afdeling er man god til at støtte personale efter alvorlige hændelser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. I min afdeling er man omhyggelig og grundig med at informere patienter efter hændelser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. I min afdeling er det meget normalt at diskutere hændelser/fejl på lægekonsference .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. I min afdeling hænger man ikke folk ud.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Andet (angiv):						

## VI: Generelle spørgsmål om holdninger

### 23. Angiv venligst med kryds for hvert udsagn, hvor enig eller uenig du er i de følgende udsagn.

	Helt uenig	Noget uenig	Hverken enig / uenig	Noget enig	Helt enig	Ved ikke
a. Patientsikkerheden vil blive forbedret, hvis der indføres et rapporteringssystem .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Patienter har krav på at blive orienteret, når der er opstået en hændelse/fejl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Min ledelse har krav på at blive orienteret, når der er opstået en hændelse/fejl .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Enhver kan begå fejl .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Min beslutningsevne er lige så god i kritiske situationer som i rutinesituationer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Når der indtræffer hændelser/fejl, skyldes det først og fremmest arbejdsvilkårene.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Diskussionen om fejl og patientsikkerhed er ikke relevant for min afdeling .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Når en person i min afdeling har klaret en vanskelig opgave godt, får han eller hun almindeligvis ros af kollegaer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Jeg er glad for mit arbejde .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Jeg vil have større lyst til at rapportere om hændelser/fejl, hvis erfaringerne fra dem udnyttes på andre hospitaler og ikke kun på min afdeling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Når en fremmed spørger, hvilket job jeg har, er jeg stolt over at kunne fortælle, hvad det er .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Jeg har svært ved at rette en kollega, som laver en fejl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Jeg tror, jeg laver flere fejl end gennemsnittet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 24. Tanken om, at jeg kan begå en fejl, som kan få alvorlige konsekvenser for en patient... (Sæt ét kryds for hver linie)

	Aldrig	Nu og da	Ofte	Meget ofte
a. får mig til at overveje at opgive mit arbejde .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. tynger mig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. får mig til at overlade risikable og svære opgaver til kollegaer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VII: Faktuelle oplysninger

<b>25. Køn:</b>	Kvinde <input type="checkbox"/>	Mand <input type="checkbox"/>				
<b>26. Aldersgruppe:</b>	<25 <input type="checkbox"/>	25-29 <input type="checkbox"/>	30-39 <input type="checkbox"/>	40-49 <input type="checkbox"/>	50-59 <input type="checkbox"/>	>59 <input type="checkbox"/>
<b>27. Hvor længe har du været på din nuværende afdeling?</b>	<2 måneder <input type="checkbox"/>	2-12 måneder <input type="checkbox"/>	1 - 3 år <input type="checkbox"/>	>3 år <input type="checkbox"/>		
<b>28. Din stillingsbetegnelse (læge):</b>	Overlæge <input type="checkbox"/>	Afdelingslæge <input type="checkbox"/>	1. reservelæge <input type="checkbox"/>	Reservelæge <input type="checkbox"/>		
<b>29. Din stillingsfunktion (spl.):</b>	Over-/ afdelingssygeplejerske <input type="checkbox"/>	Alle andre sygeplejerskefunktioner <input type="checkbox"/>				
<b>30. Arbejdssted (spl.):</b>	Sengeafdeling <input type="checkbox"/>	Dagafdeling/ Ambulatorium/eller tilsvarende <input type="checkbox"/>	Operationsafdeling <input type="checkbox"/>			
<b>31. Afdelingsspecialer:</b>	a. Almen kirurgi og øvrige kirurgiske specialer b. Anæstesi / intensiv medicin c. Billeddiagnostisk / klinisk fysiologi d. Gynækologi obstetrik e. Intern medicin og øvrige medicinske specialer f. Ortopædkirurgi g. Andet speciale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
<b>32. Hvor er du ansat?</b>	Københavns Amt <input type="checkbox"/>	Roskilde Amt <input type="checkbox"/>	Frederiksborg Amt <input type="checkbox"/>	Ringkøbing Amt <input type="checkbox"/>		
<b>33. Findes der et rapporteringssystem på din afdeling?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ved ikke <input type="checkbox"/>			
<b>34. Anvendes der i din afdeling supervision eller faglig vejledning for læger?</b>	Ja, for alle læger <input type="checkbox"/>	Ja, men kun for nyansatte læger <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ved ikke <input type="checkbox"/>		

Kontrolkode – må ikke udfyldes!

111  112  211  212

## **Abstract**

This is the main report of a project carried out in 2001-02 for the Danish Ministry for the Interior and Health about *requirements to a reporting system of adverse events in hospitals*. The report contains recommendations for the organization a system of the reporting of adn learning from adverse events in hospitals. The recommendations are based on a review of international experience with reporting systems, interviews with doctors and nurses and a comprehensive survey of the views of doctors and nurses on the reporting of adverse events.

The recommendations of the project group include the following:

- that a system of unconditionally confidential reporting is introduced ensuring that the identity of the reporting health care staff member is not made known outside the ward or department
- that a distinction is made in principle and in practice between disciplinary and learning functions of reporting
- that the name of the department is not made known in statistics of reported adverse events that healt care staff shall be obliged to report adverse events of given generically defined types
- that discretionary reporting shall be encouraged over and above mandatory reporting of the core set of generically defined events
- that reporting shall be made locally "near" the adverse event enabling dialogue with and feedback to the reporting staff member while data shall be transmitted in an anomymous format into a national database of adverse events

The recommendations also describe objectives for ensuring and supporting safety oriented learning.

The project was funded by the Ministry for the Interior and Health and received additional support from the Copenhagen County Health Administration.



**Bibliographic Data Sheet****Risø-R-1369(DA)**

## Title and authors

Rekommandationer for rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. Hovedrapport fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse

Niels Hermann, Henning Boje Andersen, Thomas Schiøler, Marlene Dyrlov Madsen, Doris Østergaard

ISBN	ISSN
ISBN 87-550-3125-0(Internet)	ISSN 0106-2840

Department or group	Date
Systems Analysis Department	September 2002

Groups own reg. number(s)	Project/contract No(s)
	1225057

## Sponsorship

Ministry for the Interior and Health; Copenhagen County Hospital Administration

Pages	Tables	Illustrations	References
49		1	

## Abstract (max. 2000 characters)

This is the main report of a project carried out in 2001-02 for the Danish Ministry for the Interior and Health about *requirements to a reporting system of adverse events in hospitals*. The report contains recommendations for the organization a system of the reporting of adn learning from adverse events in hospitals. The recommendations are based on a review of international experience with reporting systems, interviews with doctors and nurses and a comprehensive survey of the views of doctors and nurses on the reporting of adverse events. The recommendations of the project group include the following:

- that a system of unconditionally confidential reporting be introduced ensuring
- that the identity of the reporting health care staff member not be made known outside the ward or department
- that a distinction be made in principle and in practice between disciplinary and learning functions of reporting
- that the name of the department not be made known in public statistics of reported adverse events
- that health care staff shall be obliged to report adverse events of given generically defined types
- that discretionary reporting shall be encouraged over and above mandatory reporting of the core set of generically defined events
- that reporting shall be made locally and "in proximity to" the adverse event enabling dialogue with and feedback to the reporting staff member while data shall be transmitted in an anonymous format into a national database of adverse events

The recommendations also describe objectives for ensuring and supporting safety oriented learning.

The project was funded by the Ministry for the Interior and Health and received additional support from the Copenhagen County Health Administration.

## Descriptors INIS/EDB

INCIDENT REPORTING; REPORTING SYSTEMS; PATIENT SAFETY; MEDICAL ERROR; HUMAN ERROR; RECOMMENDATIONS; REPORTING MODELS; ADVERSE EVENTS; CONFIDENTIAL REPORTING; HOSPITAL INCIDENTS;