

Rapportering af utilsigtede hændelser ved sektorskifte

Evaluering af projekter i almen praksis i Region Hovedstaden

| | |
|---|---------|
| I. Resumé | side 2 |
| II. Indledning med baggrund | side 3 |
| III. Metode | side 4 |
| IV. Resultater | side 6 |
| 1) Fortsættelse og udvidelse | |
| 2) Rapportering | |
| 3) Hændelserne ved sektorskifte | |
| 4) Samarbejde mellem sektorer | |
| 5) Information | |
| 6) Hændelser i egen klinik | |
| 7) Hvad er en utilsigtede hændelse | |
| V. Diskussion | side 12 |
| VI. Afslutning | side 13 |
| Bilag A. Invitation til deltagelse i fokusgruppeinterview | side 14 |
| Bilag B. Sammensætning af fokusgrupperne | side 15 |
| Bilag C. Spørgeguide | side 16 |

I. Resume

I løbet af det sidste års tid har der i almen praksis – i den nuværende Region Hovedstaden – været kørt 3 projekter om utilsigtede hændelser ved skifte mellem sekundær og primær sektor. Ved projekternes udløb i foråret 2007 har de været genstand for en kvantitativ og en kvalitativ evaluering. Denne rapport vedrører den kvalitative evaluering.

Hensigten med den kvalitative evaluering er at belyse samarbejdsrelationerne mellem primær og sekundær sektor om utilsigtede hændelser ved sektorskifte. Projekterne er alle forankret i praksissektoren med praksiskonsulenter og praktiserende læger som rapportører af utilsigtede hændelser og en praksisrisikomanager/projektleder for hvert af de 3 projekter.

20 deltagere fra primær og sekundær sektor har bidraget til den kvalitative evaluering af de 3 projekter. Deltagerne har i forskelligt omfang været involveret i et af de 3 projekter. En tredjedel af bidragyderne kom fra sekundær sektor, resten fra primær sektor.

Følgende resultater er fundet:

- Projekterne vurderes som katalysator for en øget patientsikkerhed ved såvel sektorskifte som generelt
- Projekterne anbefales at fortsætte i driftsform
- Projekterne ønskes udvidet, så sekundær sektor kan rapportere om utilsigtede hændelser ved sektorskifte
- Projekterne ønskes udvidet til også at inkludere utilsigtede hændelser i almen praksis
- Projekterne ønskes udbredt til alle kolleger i almen praksis

- Rapporteringssystemet fremmer samarbejdet mellem de to sektorer
- Rapporteringssystemet er enkelt og let at bruge, når først man har modtaget pass word m.v.
- Der er stor tilfredshed med praksisrisikomanagernes respons og opfølgning på rapporter

- Praksiskonsulenterne og praksiskoordinatorerne er tilfredse med informationsniveauet forud og under projekterne
- Praktiserende læger og til dels overlægerne fra hospitalerne savnede informationer om projektet
- Blandt de deltagende praksiskonsulenter og almen praktiserende læger hersker der nogen usikkerhed om, hvad en utilsigtede hændelse er.

II. Indledning

Praksisrisikomanagerne i det tidligere Frederiksborg Amt, Københavns Amt og Københavns Kommune og Bornholms Regionskommune har bedt Dansk Selskab for Patientsikkerhed om at forestå den kvalitative evaluering af de projekter om utilsigtede hændelser, som de har været ledere af. Det drejer sig om følgende projekter:

- Frederiksborg Amt: Utilsigtede hændelser opstået ved sektorskifte mellem den primære og sekundære sundhedssektor, fra 1. juni 2006 til 1. juli 2007
- Københavns Amt: Utilsigtede hændelser i forbindelse med sektorskifte og utilsigtede hændelser i almen praksis, fra 1. april 2006 til 31. maj 2007
- Københavns Kommune og Bornholm: Utilsigtede hændelser og problematiske patientforløb forbundet med sektorskifte, fra 1. april 2004 til 31. maj 2007.

Nærværende evaluering er tilrettelagt i samarbejde med praksisrisikomanagerne som fokusgruppeinterview af involverede i de 3 projekter og for at belyse:

- De involveredes vurdering af projekternes potentiale
- Samarbejdsrelationerne mellem primær og sekundær sektor
- De involveredes konkrete arbejde med rapportering m.v. inden for projektets rammer.

De 3 projekter handler alle om utilsigtede hændelser og problematisk samarbejde ved skiftet fra sekundær til primær sektor. Da projekterne alene tager afsæt i at kun den ene part, nemlig praktiserende læger (rapportører) har kunne rapportere, ønskede projektlederne særligt at få belyst samarbejdsrelationerne mellem primær og sekundær sektor. I modsætning til hospitalerne er det systematiske arbejde med utilsigtede hændelser endnu på pionerstadiet i primær sektor. Erfaringsgrundlaget i de to sektorer er således forskelligt.

Projektet i Københavns Amt er det eneste af de tre projekter som også inkluderer rapportering af utilsigtede hændelser, der er sket i egen klinik. Evalueringen heraf er medtaget som et punkt i afsnit IV Resultater.

III. Metode

Undersøgelsen er tilrettelagt og gennemført som 4 semistrukturerede fokus-gruppeinterview: Et for hvert af de 3 projekter og en gruppe alene med rapportører på tværs af projekterne.

Interviewene fandt sted den 9., 10., 14. og 15. Maj 2007 fra kl. 16.00 til 17.30 i Dansk Selskab for Patientsikkerheds mødelokale. I alt bidrog 20 personer, 18 deltog i fokusgruppeinterviewene og 2 svarede skriftlig på et udpluk af spørgsmålene fra spørgeguiden, da de ikke nåede frem til selve interviewet.

Til fokusgrupperne for de tre projekter inviteredes deltagere fra såvel primær sektor som sekundær sektor. Til rapportørgruppen inviteredes praktiserende læger og praksiskonsulenter. Med skyldig hensyntagen til at dække de forskellige grupper valgte moderator deltagerne tilfældigt ud fra de 3 projektlederes lister over involverede og tilmeldte til projekterne. Der er i udvælgelsen lagt vægt på at få så mange forskellige erfaringer som muligt repræsenterede.

Det var forholdsvis vanskeligt at opnå tilslutning til deltagelse i fokusgrupperne. Medio april blev der sendt invitationer ud via e-mail (se Bilag A). Afbud blev erstattet med nye invitationer i op til fire gange med ophør 4 dage før interviewene skulle finde sted. Der blev sendt e-mail remindere ud ca. 10 dage før interviewene skulle finde sted. Knap en tredje del af afbudene blev eksplicit begrundet med aftenkonsultation, ferie og kursusdeltagelse. Blandt afbudene og ikke fremmødte til interviewene var der en klar overvægt af personer, der ikke eller kun beskedent havde været involveret i projekterne.

Til fokusgruppen for rapportører tilstræbtes det at få alle 3 projekter ligelig repræsenteret med deltagere, der havde været aktive rapportører og deltagere, der ikke havde rapporteret.

Den tilstræbte og faktiske faglige sammensætning af fokusgrupperne fremgår af Bilag B.

Der deltog 5 i hvert interview bortset fra fokusgruppen af rapportører, der bestod af 3 deltagere. Deltagerne i fokusgrupperne fordelte sig således:

- 14 af deltagerne fra primær sektor og 6 fra sekundær sektor
- Af deltagerne fra primær sektor var 3 praksiskoordinatorer, 9 praksiskonsulenter og 2 praktiserende læger
- Af deltagerne fra sekundær sektor var 4 overlæger og 2 risikomanagere
- 14 af deltagerne var mænd og 6 var kvinder
- De 6 kvinder var fordelt på 2 af fokusgrupperne.

Generelt er der stor overensstemmelse mellem deltagernes vurderinger af projekterne. I de tilfælde hvor der er et mønster i forskellige vurderinger, falder det sammen med deltagernes ansættelse i henholdsvis primær og sekundær sektor. Derimod synes der ikke at være en skillelinje i vurderingerne i forhold til køn.

Alle interviewene var semistrukturerede med en forholdsvis tilbagetrukket interviewer. Hensigten var, at stimulere til dialog mellem deltagerne for at få dem til at indkredse fordele, vanskeligheder, grænseflader m.m. i projekterne og i samarbejdet. Forud for interviewene var der udarbejdet en spørgeguide (se Bilag C), der dannede udgangspunkt for alle 4 interview. Spørgeguiden var skrevet på baggrund af input fra lederne af de 3 projekter. Interviewene blev optaget og efterfølgende udskrevet in extenso. De udskrevne interview har dannet grundlag for analysen.

Deltagerne i fokusgrupperne blev oplyst om, at optagelserne alene var et arbejdsredskab i udarbejdelse af evalueringen, at deres udtalelser ville være anonymiserede, og at optagelser og eventuel transskriptioner vil blive slettet.

IV. Resultater

Nedenfor følger en emneopdelt sammenfatning af de 4 fokusgrupperes væsentligste diskussioner og konklusioner.

1) Fortsættelse og udvidelse

Deltagerne er enige om, at projekterne skal fortsætte som drift og med en kraftig udvidelse. Deltagere fra såvel primær som sekundær sektor ønsker et system, hvor begge sektorer kan rapportere til det lærende system om utilsigtede hændelser og fejl hos hinanden, og ikke blot ved sektorskifte. Fastholdes sektorskiftet som fokusområde finder begge sektorer det afgørende, at hospitalsafdelinger på linje med almen praksis kan rapportere samt at utilsigtede hændelser ved skifte fra primær til sekundær sektor også inddrages. Det begrundes blandt andet med at manglende og ikke-fuldstændige epikriser og ditto henvisninger kan forsinke nødvendig behandling med risiko for at skade patienten.

To af de praktiserende læger finder, at fokusområdet "sektorskiftet" er for snævert og ønsker at fokus skal være læring af utilsigtede hændelser i egen klinik. Den ene synes, at samarbejdet med primær sektor kun er lidt problemfyldt i forhold til patienternes sikkerhed, mens den anden frygter at envejs rapporter snarere fremmer mudderkastning end konstruktive læringsprocesser. De øvrige deltagere fra praksissektoren er enige i ønsket om, at den fremtidige rapportering også omfatter utilsigtede hændelser i egen praksis.

En enkelt af grupperne anbefaler, at apotekerne også inddrages i rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser.

Alle grupperne fremhæver vigtigheden af at rapportere om utilsigtede hændelser følges op af en hurtig og konkret spredning af erfaringer (videndeling). Flere anser det som en forudsætning for at inddrage flere praktiserende læger i rapporteringssystemet.

2) Rapportering

Der er stor tilfredshed med muligheden for at rapportere og for den efterfølgende sagsbehandling af rapporterne. Rapportørerne finder det enkelt og let at rapportere elektronisk og værdifuldt, at hændelserne dokumenteres da det giver et nødvendigt afsæt for at skabe forandring. Et par rapportører fremhæver, at rapporteringssystemet gør det lettere "at være en god læge", der tager ansvar for sine patienters forløb gennem sundhedsvæsenet. Flere praksiskonsulenter fremhæver rapporteringssystemet som katalysator for et forbedret og målrettet samarbejde med hospitalsafdelingerne.

Der er generel enighed om, at der er en kraftig underrapportering af utilsigtede hændelser. Der synes at være et grundlæggende inklusionskriterium og to udbredte eksklusionskriterier for hvilke hændelser rapportørerne rapporterer:

- Inklusionskriterium:
 - Der skal være reel mulighed for forbedring
- Eksklusionskriterier:
 - Bagateller
 - Gentagelser.

Der synes, at være enighed om at mindst en af tre forudsætninger skal være tilstede for at rapportere: 1) hændelsen skal kunne dokumenteres, det er ikke tilstrækkeligt at kende en hændelse alene fra patienten, 2) man skal selv have en idé til hvordan hændelsen kunne være undgået eller afværget, og 3) der skal være et læringspotentiale.

To rapportører, fra hver sin fokusgruppe, nævner et forholdsvis ens eksempel på hvad de *ikke* vil rapportere. Eksemplet tager udgangspunkt i en akut genindlæggelse, foranlediget af at patienten er udskrevet efter en "weekend indlæggelse" uden at være blevet behandlet. Rapportørerne mener ikke, at der i det tilfælde er et læringspotentiale fordi "alle kender jo vagtforholdene med 7 forskellige læger, der har været forbi uden at igangsætte behandling". En resigneret accept af utilfredsstillende forhold.

Bagatelgrænsen vedrører forhold, der falder inden for projektets rammer, men ikke rapporteres, fordi rapportøren opfatter det som spild af tid og med risiko for at blive opfattet som en Pernittengryn. Et eksempel er svar på laboratorieprøver som formelt set skal indhentes og formidles videre af hospitalet, men hvor svaret kommer hurtigere i hus, når den praktiserende selv kontakter laboratoriet.

Gentagelser, altså hyppigt tilbagevendende utilsigtede hændelser som ikke rapporteres, er antageligvis en væsentlig faktor for underrapportering. Særligt epikriser og "ambulante notater" nævnes som eksempler, der falder for dette kriterium. Rapportørerne afstår fra at rapportere hver gang der mangler en epikrise. Manglende epikriser rapporteres når de forhindrer eller begrænser videreførelse eller iværksættelse af behandling. Man "orke bare ikke at rapportere alle!".

En af fokusgrupperne fremhæver, at underrapporteringen af hændelserne er et problem i forhold til at identificere risikoområderne og ikke "blot" et statistisk problem ved ikke at vise antal faktiske hændelser.

Der har ikke udviklet sig en generel praksis for, hvornår og hvordan der rapporteres. 2 metoder synes dog udbredte:

- Under konsultationen sammen med patienten
- Efter konsultationen og en tænkepause.

Enkelte praktiserende læger rapporterer altid eller som oftest sammen med patienten under konsultationen. Rapportørerne finder, at den fremgangsmåde har en række fordele, fx at man ikke sender oplysninger videre om patienten uden

dennes viden, at patienten kan give tilsagn om, at vedkommendes cpr. nr. oplyses i rapporten, og at patienten ser, at der handles på situationen. Særligt det sidste forhold fremhæver en af rapportørerne som værdifuldt i sit samarbejde med patienten og som velgørende for patienten.

Andre rapportører ønsker derimod at have oplevelsen mere på afstand for at vurdere fx hændelsens (potentielle) skade for patienten, om rapporten vil gøre nytte eller hvordan den skriftlige fremstilling af hændelsen skal gribes an.

En udbredt praksis i fler- og kompagniskabspraksis er, at én kollega rapporterer hændelser for hele klinikken. Hændelserne samles sammen og rapporteres med jævne mellemrum, op til en gang op måneden. Denne praksis er udsprunget af, at rapporteringen i begyndelsen alene omfattede praksiskonsulenterne. Fra et kompagniskab fremhæves det, at en utilsigtet, positiv sideeffekt af denne ordning er, at det giver anledning til i fællesskab at tale om utilsigtede hændelser og derved fremme en fælles sikkerhedskultur. Omvendt forholder det sig i et andet kompagniskab, hvor samme ordning har fået den modsatte effekt: nemlig at rapportering af utilsigtede hændelser – så at sige - er parkeret hos én enkelt person og derfor ikke er et fælles anliggende, som man taler sammen om.

Af de forskellige praksis for hvornår og hvorfor rapporterne skrives, følger et forskelligt tidsforbrug der svinger mellem 3-5 minutter til 1 time. Flertallet af rapportørerne angiver at bruge mellem 5-10 minutter. Praksiskoordinatorerne finder, at enkelte rapporter kunne være vanskelige at handle på, fordi de er mangelfulde i deres beskrivelser af konsekvenserne for patienterne.

Fra hospitalsside bemærkes det, at rapporterne bærer præg af at være skrevet i hast samt at tonen i rapporterne kan være noget uforsonlig og snarere synes båret af rapportørens personlige irritation end konsekvenserne for patienten. Dette kan være en medvirkende årsag til, at der ikke altid er enighed mellem praksisrisikomanager og risikomanager om scoring af hændelsen.

3) Hændelserne

Åbningssspørgsmålet i interviewene var, om projektet havde nået sit mål at øge patientsikkerheden. Deltagerne er generelt enige om, at projektet har medvirket til at øge patientsikkerheden, men at målet langt fra er nået.

Praksiskonsulenterne er dog mere uforbeholdne i deres tilsagn. De mener, at projekterne har øget patientsikkerheden. De henviser til, at rapporter fra praksissektoren blandt andet har dannet grundlaget for udvikling af nye, solide procedurer for blandt andet AK-behandling og epikriser til gruppe 2 patienter.

Manglende epikriser er et tilbagevendende emne i alle fire fokusgrupper. Mens de praktiserende læger anser det for et omfattende problem, at de ikke automatisk modtager epikriser, finder man fra hospitalsside, at de manglende epikriser mere er et formelt problem end et reelt, da de ikke har en høj score med hensyn til risiko for patienterne set i forhold til den samlede pulje af rapporteringer, som risikomanagerne modtager.

En af grupperne peger på, at fx udsendelse af epikriser kunne styrkes ved at gøre det til et indsatsområde, hvor alle – i såvel primær som sekundær sektor – i en periode opfordres til at sætte fokus forretningsgangen. Det skulle give et solidt indtryk af problemets omfang og give grundlag for reducere det. I det hele taget blev ”periodiske indsatsområder” anbefalet som strategi.

Fejlmedicinering er et andet tilbagevendende emne, hvor særligt to forhold bekymrer deltagerne: medicineringsfejl foranlediget af den generiske substitution og medicineringsfejl foranlediget af uhensigtsmæssigheder i edb-systemet. For at inddæmme medicineringsfejl på grund af substitutionen peger flere på, at apotekerne inkluderes i rapporteringen til det lærende system.

Et tredje hyppigt nævnt problem, der forårsager utilsigtede hændelser i sektorskiftet er afhentning af patienterne.

Deltagerne beskriver de to sidst nævnte problemer med mange eksempler, men ingen fremkommer med løsningsforslag.

4) Samarbejde mellem sektorerne

Der er udbredt enighed om at samarbejdet mellem sektorerne er blevet styrket gennem projekterne. Ingen oplever, at samarbejdet er blevet forringet. I et af projekterne var det i startfasen vanskeligt at nå til enighed om fordeling og varetagelse af arbejdsopgaver; disse problemer beskrives nu som startproblemer og overvundne.

Såvel rapportører som praksiskonsulenter fremhæver at rapporterne udover at dokumentere utilsigtede hændelser også medvirker til, at hospitalsvæsenet tager anderledes action på hændelserne. Flere praksiskonsulenter nævner, at hændelser som de tidligere mundtlig havde redegjort for, og som blev mødt med en skepsis eller trækken på skulderen, nu bliver mødt med aktiv og forpligtende forståelse, der følges op af handling.

Andre praksiskonsulenter er knapt så positive. De er enige i, at hospitalsvæsenet er blevet mere lydhør, men at effekten snarere ligger i at hospitalet nu tager sig mere tid til at lytte og gennemgå hændelserne, men at det standser dér uden videre opfølgning. Det finder de helt forståeligt når hospitalernes resurser tages i betragtning.

En praktiserende læge fremhæver, at projektet har gjort det meget lettere at kontakte hospitalet for at høre, hvad der var sket, hvorfor etc. Tidligere var denne kontakt været præget af vrede, at placere ansvar og skyld, nu var begge parter a priori interesseret i at finde ud af, hvad der var sket og finde eventuelle udveje. Dette tilskrives selve italesættelsen af og bevidstheden om patientsikkerhed og de dertil knyttede arbejdsmetoder.

I to af grupperne udspandt der sig en længere diskussion om samarbejdet mellem primær og sekundær sektor. Diskussionen var i begge tilfælde afledt af forskellige opfattelser og scoringer af rapporterede hændelsers alvorlighed. Fra hospitalsside argumenteres for, at hændelserne ved sektorskifte skal vurderes i forhold til samtlige de hændelsesrapporter, som de modtager. Heroverfor argumenterer de praktiserende læger for, at hændelserne skal vurderes i forhold til den potentielle eller faktiske skade på patienten. Uoverensstemmelserne synes i vid udstrækning af kunne reduceres hvis rapporterne fra primær sektor mere eksplicit beskriver og begrundet hændelsens aktuelle og/eller potentielle skader for patienten.

5) Information

Praksiskoordinatorerne og praksiskonsulenterne føler sig velinformerede om det projekt, de er involveret i. Alle oplever at de har haft de nødvendige og tilstrækkelige informationer før og under projektet. Samarbejdet med projektlederne/praksisrisikomanagerne bliver fremhævet som særdeles positivt, inspirerende og lærerigt.

Samme entydigt positive holdning kom ikke frem blandt rapportører, der ikke samtidig var praksiskonsulenter. De efterlyser informationer om projektets indhold, dets genstandsområde, metoder og perspektiver og fx konsekvenser af at rapportere anonymt/ikke-anonymt. Rapportørerne er glade for den umiddelbare og faglige respons de får, når de har rapporteret en hændelse, men savner informationer om lignende og andre hændelser. Der bliver også peget på, at Nyhedsbrevene – som der er stor tilfredshed med - suppleres med e-mail orienteringer om aktuelle, alvorlige hændelser og med mulighed for at udveksle egne erfaringer. Et par rapportører og praksiskonsulenter finder det vanskeligt at navigere på projekternes hjemmesider og har derfor til dels opgivet denne informationskanal.

6) Hændelser i egen klinik

Som det eneste af de 3 projekter omfattede projektet i Københavns Amt også rapportering af utilsigtede hændelser i egen praksis. Der er udelt tilfredshed med ordningen blandt de praktiserende læger fra amtet og de praktiserende læger i de andre projekter efterspørger en tilsvarende ordning.

Som eksempel på ordningens berettigelse bliver arbejdet for en ny pakning af vaccinationer fremhævet. En udbredt utilsigtet vaccinationshændelse er, at tørstoffet ikke er blandet med det sterile vand, når vaccinationen finder sted. Ofte opdages det først efter, patienten har forladt praksis og betyder, at patienten skal genvaccineres. Hændelsen er kendt blandt alle de deltagende praktiserende læger og flere af dem kan fortælle om procedurer og forholdsregler, de har lavet i deres egen praksis for at undgå en gentagelse. Derfor er der også tilfredshed med, at rapporterne har ført, til at praksisrisikomanageren har kunne gå videre med at få pakningerne ændret.

7) Hvad er en utilsigtede hændelse?

Gruppernes diskussioner af hvad en utilsigtet hændelse er, viser, at der er en udbredt usikkerhed og behov for at afklare, hvad en utilsigtede hændelse er. Nedenfor omtales kort tre af de mere omfattende diskussioner herom: tolkning af en definition på en utilsigtede hændelse, om fejlskøn og fejldiagnose er utilsigtede hændelser, og om mangelfuld kommunikation mellem primær og sekundær sektor er en utilsigtet hændelse.

En gruppe diskuterede længe og heftigt fortolkningen af en definition på utilsigtede hændelser, som lød "noget, der skader patienten, og som ikke har noget med patientens sygdom at gøre". Diskussionen drejede sig særligt om, hvor snæver eller bred afgrænsningen skulle forstås. Drejer det sig fx alene om situationer hvor patienten skades alvorligt efter et fald på toilettet, fordi hun snubler i sine bukseben eller drejer det sig også om patienten der falder efter en knæoperation, fordi implantatet ikke sidder korrekt. Der var abnønter til begge fortolkninger.

To grupper diskuterede, hvordan utilsigtede hændelser og lægers fejlskøn og fejldiagnostisering hænger sammen. Udgangspunktet er, at en diagnose skal stilles, der skal skønnes "det er jo tilsigtet" og ind i mellem skønnes forkert. Det er jo i sagens natur "utilsigtet" og det kan få ganske alvorlige konsekvenser for patienten. Er det også en utilsigtet hændelse? Grupperne nåede ingen faste konklusioner, men var tydeligt optaget af spørgsmålet.

Endelig satte enkelte spørgsmålstejn ved, om mangelfuld kommunikation mellem primær og sekundær sektor er en utilsigtet hændelse. Deres modspørgsmål var, om det ikke snarere er et problem lægerne i mellem og ikke patienternes? Også denne diskussion endte åbent.

V. Diskussion

Deltagerne fra primær sektor i de fire fokusgruppeinterview har alle været særlig positive overfor arbejdet med patientsikkerhed. Praksiskoordinatorer og praksiskonsulenter har forud for og i projektperioden deltaget i informationsmøder, og dér haft lejlighed til at diskutere, hvad en utilsigtet hændelse er, og hvordan man rapporterer utilsigtede hændelser, så fokus bliver "hvad skete der?" i stedet for "hvem gjorde det?" og lignende emner. Ligeledes de praktiserende læger som har aktivt meldt sig til ordningen, fordi de ønskede at rapportere. Det er således de engageredes vurderinger af projekterne, som nærværende evaluering bringer frem. Det understreges yderligere af, at de inviterede, som kun sporadisk var involveret i et af projekterne ofte meldte afbud eller ikke mødte frem til interviewene.

Der er således ikke tale om, at de erfaringer og vurderinger, der bringes frem i denne evaluering er repræsentative for de praktiserende læger i den nuværende Region Hovedstaden. Det har heller ikke været hensigten med evalueringen. Hensigten har netop været at evaluere, hvordan de involverede læger vurderer projekternes potentiale og begrænsninger. Når projekterne planlægges til at overgå til drift og dermed skal udbredes og inddrage alle de praktiserende læger i regionen, viser de 3 projekter, hvilke farbare veje der er for at engagere praktiserende læger i rapportering af utilsigtede hændelser. De 3 projekters informationsstrategier overfor praksiskonsulenterne med informationsmøder, nyhedsbreve, edb-portaler m.m. samt ikke mindst projektleders/praksisrisikomanagerens respons på indsendte rapporter, har alle været nødvendige initiativer. Men ikke tilstrækkelige for også at inddrage praktiserende læger, der ikke også er praksiskonsulenter. Evalueringen peger deltagerne på initiativer, som de mener yderligere kan understøtte det fremtidige arbejde. Evalueringen pegede også på et stærkt behov for at informere om hvad der forstås med utilsigtede hændelser.

For deltagerne fra sekundær sektor (ledende overlæger og risikomanagere) forholder det sig anderledes. Alene i kraft af at sekundær sektor har arbejdet med utilsigtede hændelser i mellem tre og seks år og derfor har fået opbygget en organisation, indarbejdet rutiner i at behandle rapporter om utilsigtede hændelser m.m. gør, at arbejdet med utilsigtede hændelser er blevet professionaliseret. Der er derfor grund til at antage, at vurderingerne fra sekundær sektor er mere repræsentative.

VI. Afslutning

Deltagerne fra primær sektor har alle været glade for projektet. Også dem som kun har været involveret i et beskedent omfang. Deltagerne fremhæver rapporteringen som katalysator for øget patientsikkerhed og for et godt samarbejde med sekundær sektor. Deltagerne fra primær sektor fremhæver yderligere projektlederne/praksisrisikomanagerne som fagligt kompetente, engagerede og inspirerende anker mænd for deres projekter.

Deltagerne i fokusgrupperne anbefaler endvidere, at:

- Projekterne fortsætter i drift fordi rapportering af utilsigtede hændelser er et stærkt værktøj til at øge patientsikkerheden
- Sekundær sektor på linje med primær sektor får mulighed for at rapportere om utilsigtede hændelser ved sektorskifte
- Utilsigtede hændelser i praksissektoren inddrages i rapporteringssystemet.

Deltagerne ser det som en forudsætning for øge patientsikkerheden ved såvel sektor skifte som i almen praksis, at langt flere praktiserende læger bliver aktive rapportører. For at nå det mål peger deltagerne på, at informationer om utilsigtede hændelser og det lærende system styrkes ved fx at gøre hjemmesiderne mere intuitive og hyppigt at sprede konkrete erfaringer. Det skal *ikke* ske på bekostning af nyhedsbrevene og praksisrisikomanagerens umiddelbare og faglige tilbagemelding ved rapportering, som alle finder yderst lærerige og værdifulde. Endvidere mener flere deltagere at en belønning i form af smiley, gratis digital signatur i et ½ år, honorar el.l. vil virke inciterende på rapportering af utilsigtede hændelser.

Bilag A

Invitation til deltagelse i fokusgruppeinterview

Et eksempel

Kære NN

Vi vil gerne indbyde dig til et fokusgruppeinterview om projekt "utilsigtede hændelser rapporteret fra almen praksis".

Hensigten med interviewet er at indsamle de involveredes erfaringer og vurderinger til brug for projektets endelige evaluering. Københavns Amt iværksatte i slutningen af 2005 projektet om rapportering af utilsigtede hændelser fra almen praksis. Siden foråret 2006 har det været muligt først for praksiskonsulenterne senere for alle praktiserende læger i amtet rapportere utilsigtede hændelser til www.uth-kbh.dk. Projektet er nu ved sin afslutning og skal derfor evalueres. Evalueringen vil dels bestå af en kvantitativ, deskriptiv del og dels af en kvalitativ del, hvor deltagernes vurdering af projektet indgår. Det har derfor stor betydning for vurderingen af projektet og tilrettelæggelse af en eventuel fremtidig ordning, at du kan deltage i og bidrage med dine erfaringer og vurderinger i interviewet.

Du er udvalgt ved en tilfældig udtrækning sammen med 7 andre. Interviewet finder sted

Onsdag den 9. maj 2007
fra kl. 16.00 til 18.00 på Hvidovre Hospital.

På mødet bydes der på kaffe/te, sandwich, frugt og sodavand. Der ydes endvidere tabt arbejdsfortjeneste og transportgodtgørelse.

Efter mødet vil de fremkomne erfaringer og synspunkter i fuld anonymiseret form blive sammenfattet i en rapport og sendt til projektets leder Torben Hellebek, hvorefter den forelægges for projektets styregruppe. Hvis du ønsker det, kan du få tilsendt en kopi af rapporten, der tilgår projektets leder.

Af hensyn planlægning af mødet bedes du meddele tilsagn om din deltagelse til undertegnede inden mandag den 23. april. Jeg vil være modorator på interviewet. Har du yderligere spørgsmål til interviewet, er du velkommen til at kontakte mig. Jeg sidder til dagligt i Dansk Selskab for Patientsikkerhed, hvor jeg er projektmedarbejder. Bemærk dog, at jeg er bortrejst fra den 13. til 20. april.

Med venlig hilsen
- og på gensyn,
Vinnie Andersen
Projektmedarbejder
Dansk Selskab for Patientsikkerhed
Tlf. 3623 6070

Bilag B

Sammensætning af fokusgrupperne

| Dato | Projekt | Inviterede | Deltagere |
|------|--|---|---|
| 9/5 | Kbh Amt [projektbunden gruppe] | Praksiskoordinator Praksiskonsulent Praksiskonsulent Ledende overlæge Ledende overlæge Rapportør/praksis læge Rapportør/praksis læge 1 Riskmanager/hosp. I alt 8 personer | Praksiskoordinator Praksiskonsulent Ledende overlæge Rapportør/praksis læge Rapportør/praksis læge I alt 6 personer |
| 10/5 | Rapportørgruppen | Rapportør, Kbh med rapportering Rapportør, Kbh uden rapportering Rapportør, KK & B m rapportering Rapportør, KK & B u rapportering Rapportør, FBG m rapportering Rapportør, FBG u rapportering I alt 6 personer | Rapportør, Kbh m rapport Rapportør, KK & B med rapport Rapportør, FBG uden rapport I alt 3 personer |
| 14/5 | Kbh Kommune & Bornholm (KK & B) [projektbunden gruppe] | Praksiskoordinator Praksiskoordinator Praksiskonsulent Praksiskonsulent 2 ledende overlæger 2 Rapportører 1 Riskmanager/hosp. I alt 9 personer | Praksiskoordinator Praksiskonsulent Praksiskonsulent Risikomanager RM, fra FBG 2 x ledn. overlæger med skriftlige besvarelser I alt 5 + 2 personer |
| 15/5 | Frederiksborg Amt (FBG) [projektbunden gruppe] | Praksiskoordinator Praksiskonsulent Praksiskonsulent Ledende overlæge Ledende overlæge Rapportør Rapportør 1 Riskmanager/hosp. I alt 8 personer | Praksiskoordinator Praksiskonsulent Praksiskonsulent Ledende overlæge Rapportør I alt 5 personer |

Tre afvigelser mellem den tilstræbte og den faktiske sammensætning er værd at fremhæve:

- I 2 af de projektbundne grupper deltog der ikke risikomanagere fra hospitalet
- I 1 af de projektbundne grupper deltog der ikke overlæger fra hospitalet
- Rapportørgruppen bestod af 3 mod de planlagte 6 deltagere.

Uagtet de to førstnævnte afvigelser var såvel primær som sekundær sektor repræsenteret i alle de projektbundne grupper. Endvidere bidrog overlægerne efterfølgende med en skriftlig besvarelse af et uddrag af spørgsmål fra interviewguiden. Også rapportørgruppen, trods sin liden størrelse, var sammensat af rapportører fra hver af projekterne og med meget forskellige erfaringer med rapportering af utilsigtede hændelse. Deltagerne i gruppen havde rapporteret hhv. 0, 3 og 8 hændelser.

Bilag C

Spørgeguide

Indledning

- Velkommen
 - Mit navn ...
 - Min opgave ...
- Tak fordi i vil bidrage til evaluering af projekt "..."
- Hvorfor evaluering
- Opbygning af interviewet
 - I. Brede, åbne spørgsmål
 - II. Spørgsmål vedr. arbejds/samspilsrelationerne
 - III. Udsagn at fuldføre/tage stilling til
- Tal frit – find balancen mellem:
 - Lad andre komme til orde
 - Hold dig ikke tilbage med spontane indtryk, ...
- Interviewet båndes, mit arbejdsredskab
- Det færdige produkt
- Kaffe, te, vand, frugt og sandwich
 - Værsgo' og husk støjen

Præsentationsrunde:

- Navn
- Funktion
- Hvordan involveret i projektet

I. Brede, åbne spørgsmål:

- 1) Målet med projektet er: at øge patientsikkerheden
 - Er dette mål opnået?
 - Eksempler og forklaringer
 - Hvad har været dit mål med at indgå i projektet?
 - Har du opnået det?
 - Begrundelse
 - Hvem synes du, der har haft størst udbytte af projektet
 - Hvor synes du, at de største positive ændringer har fundet sted?
 - Har du oplevet negative virkninger af projekter
 - Vurderer du dem som begyndervanskeligheder eller strukturelle?
- 2) Har rapporterne og projektet øget patientsikkerheden?
 - Kan du nævne eksempler på, at der er fundet læring sted som følge af en rapportering?
 - Kan du se et mønster i de rapporter hvoraf der er udvundet læring?
 - Kan du nævne eksempler på, at der ikke har fundet læring sted som følge af rapporteringer?
 - Kan du se et mønster heri?
- 1) Hvordan ser den ideelle rapport ud?
 - Hvor hyppigt skriver/læser du den?
 - Hvordan kan det understøttes, at dette sker hver gang?

II. spørgsmål vedr. samarbejdsrelationerne

Ad praksiskonsulenter og overlæger:

- Om at få rapporter udefra

- Kan du/I nævne eksempler på vanskeligheder ved at modtage rapporter udefra?
 - Prøv at beskrive vanskelighederne, faktisk
 - Hvordan vurderer du, at vanskelighederne kunne overvindes?
- Kan du/I nævne eksempler på fordele ved at modtage rapporter udefra?
 - Grøftegraveri vs murbrækker eller brobygger?
 - Hvad var det der skabte den situation?

Ad overlægerne:

- Har rapporter om UTH ændret noget på din afdeling?
 - Fx holdninger til patienter, patientsikkerhed, samarbejde med praksis ...
 - Fx konkrete forhold som procedurer, arbejdsgange, ...
 - Fx ændringer i samarbejde med praksis

Ad praksiskonsulenter:

- Har rapporter om UTH ændret dine samarbejdsrelationer med
 - Hospitalsafdeling?
 - Kollegerne i praksis?
 - I givet fald på hvilken måde
 - Giv gerne eksempler

Ad rapportørerne

- Hvor lang tid bruger du – som er rapportør – gennemsnitlig på en rapport?
 - Er det besværligt at rapportere?
 - Rapporterer du alt, hvad der falder ind under projektet eller, har du dine egne udvælgelseskriterier?
 - Får du rapporteret når der er rigtigt travlt?
- Har rapporterne ændret din holdning til patientsikkerhed?
- Er der sket ændringer til i din praksis som følge af rapporterne?
 - Internt mellem jer i klinikken
 - Kan I tale åbent om egne fejl?
 - Kan du/I bruge rapporterne som værktøj til proaktiv handling?
 - Har du oplevet en holdningsændring til patientsikkerhed?
 - Hvad var udslagsgivende?
 - Tid, konkret hændelse, konkret forløb ...
 - Har du oplevet, at andre i din praksis/den praksis hvor du arbejder, har ændret holdning til patientsikkerhed?
 - Hvad var udslagsgivende?
- Er der sket ændringer i dit samarbejde med hospitalet som følge af dine rapporter?
 - Kan du se nytten af dine rapporter?
 - Har du oplevet, at forhold er blevet ændret som følge af din rapportering?

Ad Praksiskoordinator

- Hvor lang tid bruger du – som modtager en rapport – gennemsnitlig på en rapport?
 - Hvad er mest tidskrævende? Hvorfor?
 - Hvad er du mest overrasket over tager tid eller energi i processen?
 - Hvad finder du meste vanskeligt? Hvad skal du overvinde dig til at gøre?
 - Hvad har du savnet under vejs?

Ad risikomanager

-

Ad Alle

- Er der arbejdsgange, procedurer el.l. som I finder overflødige, begrænsende el.l.?
 - Eksempler og forklaringer
- Informationsstrategien
 - Har du/I følt dig velinformeret om projektet?
 - Hvad her du evt. savnet?
 - Hvad har du evt. fundet overflødigt?

- Har du fået de tilstrækkeligt informationer på de rigtige tidspunkter?
- Har du haft adgang til de nødvendige redskaber for at deltage i projektet?

- Hvad er den/de vigtigste forudsætninger for at opfylde visionen "...”?

III. Udsagn om patientsikkerheds

- ”Rapporter om UTH fra praksis er med til at give øget patientsikkerhed i såvel praksis som på hospitalet”

- ”Rapporter om UTH fra praksis er med til at øge patientsikkerheden ved sektorskifte”

- ”Rapporter om UTH fra praksis om brud i behandlingsforløbet er med til at give et patientforløb”

- ”Rapporter om UTH fra praksis er med til at styrke samarbejdet mellem praksissektoren og hospitalsvæsenet”

IV. Afslutning

- Er der noget som du/l ønsker at tilføje?
 - Er der noget, som mangler?
- Hvordan har det været at deltage i dette gruppeinterview?