

Optimering af rapporterings- systemet for utilsigtede hændelser

Anbefalinger fra en arbejdsgruppe nedsat
af bestyrelsen for Dansk Selskab for
Patientsikkerhed

Udgivet af:
Dansk Selskab for Patientsikkerhed
c/o Hvidovre Hospital
P610 Kettegård Alle 30
2650 Hvidovre

Marts 2016

Layout: Herrmann & Fischer A/S

Dansk Selskab for
PatientS!kkerhed

Mere læring – mindre bureaukrati

I 2003 fik Danmark – som det første land i verden – en lov om patientsikkerhed. Et vigtigt element i lovgivningen var, at der blev etableret et rapporteringssystem for utilsigtede hændelser. Dansk Selskab for Patientsikkerhed var – i fælles forening med organisationerne bag selskabet – den primære initiativtager til det oprindelige rapporteringssystem, og det er derfor naturligt og vigtigt, at vi nu bidrager til den nødvendige revision og fornyelse af systemet.

Helt tilbage i 2002 udarbejdede selskabet det sæt af anbefalinger, der kom til at danne grundlag for det rapporteringssystem, som fra 2004 blev obligatorisk for sundhedspersonale på sygehusene og siden i primærsektoren (kommuner, apoteker og praksisser) i 2010. Fra 2011 fik patienter og pårørende også mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser.

Formålet med rapporteringssystemet var – og er – at understøtte patientsikkerheden. Vores udgangspunkt var – og er – at det er menneskeligt at fejle. Vi kan aldrig fuldstændig forhindre menneskelige fejl, men vi kan lære af vores erfaringer – og på den baggrund finde nye forebyggende løsninger. Det har vi en pligt til.

Efter mere end 10 år kan vi konstatere, at rapporteringssystemet uden tvivl har bidraget til både patientsikkerheden og en kultur, der i højere grad fokuserer på patienternes ønsker og behov. Men vi kan samtidig se, at systemet har brug for en revision. Sundhedsprofessionelle oplever, at nogle arbejdsgange omkring rapportering er besværlige og bureaukratiske, og ikke bidrager til hverken læring eller bedre sikkerhed for patienterne. Der er brug for justeringer og moderniseringer. Og der er brug for, at vi i endnu højere grad handler på den vigtige viden, vi indsamler via rapporteringssystemet.

På bestyrelsesmødet i Dansk Selskab for Patientsikkerhed d. 23. november 2015 blev det besluttet, at en arbejdsgruppe bestående af Danske Handicaporganisationer, Apotekerforeningen, Lægeforeningen, DSR, FOA, Danske Regioner, regionerne, Kommunernes Landsforening og kommunerne skulle komme med anbefalinger til en fremtidig optimering af rapporteringssystemet. Siden blev desuden to repræsentanter for Forskningsnetværket for Patientsikkerhed og Kvalitet inddraget.

Efter en grundig proces har arbejdsgruppen nu sammenfattet sine anbefalinger i denne rapport. Otte centrale anbefalinger, der skal optimere og fremtidssikre rapporteringssystemet, så det danske sundhedsvæsen lærer af sine fejl på en konstruktiv og ikke-sanktionerende måde.

Det er vigtig og nødvendig læsning for alle, der ønsker at bidrage til systemets fornyelse.

Ulla Astman, formand Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Marts 2016

Indhold

| | |
|---|-----------|
| Sammenfatning | 6 |
| Indledning | 7 |
| Proces | 8 |
| Hvorfor har vi et rapporteringssystem? | 8 |
| Anbefalinger | 9 |
| Vi skal kun rapportere det, der er vigtigt | 9 |
| Det skal være lettere at rapportere | 9 |
| Rapporteringssystemet må ikke bruges sanktionerende | 10 |
| Rapporterne skal så vidt muligt anvendes lokalt | 10 |
| Der skal ske erfaringsudveksling på tværs | 11 |
| Rapporteringssystemet skal være en integreret del af kvalitetsprogrammet | 11 |
| Rapporteringssystemet skal medvirke til et transparent offentligt system | 12 |
| Der skal gives feedback til rapportøren | 12 |
| Ressourcer | 13 |
| Lovgivning | 13 |
| Referencer | 14 |
| Bilag 1: Deltagere i arbejdsgruppen under bestyrelsen for Dansk Selskab for Patientsikkerhed | 15 |

Sammenfatning

Rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser er et vigtigt redskab til at sikre viden om, hvad der går galt i sundhedsvæsenet. Siden rapporteringssystemet blev etableret, har der været stor fokus på systemet og rapporteringer i sig selv. Der er skabt en kultur omkring rapportering i alle sektorer og hos både sundhedspersoner, patienter og pårørende. Men samtidig er det blevet tydeligt, at rapporteringssystemet i sin helhed er for bureaukratisk, og at der er for meget fokus på at rapportere og for lidt fokus på at handle og forbedre systemerne som en følge af rapporterne.

Derfor har bestyrelsen for Dansk Selskab for Patientsikkerhed nedsat en arbejdsgruppe, der kritisk har drøftet, hvordan rapporteringssystemet kan optimeres. Arbejdsgruppen er fremkommet med otte anbefalinger til et optimeret rapporteringssystem, der kan understøtte forbedringer i sundhedsvæsenet til gavn for patientsikkerheden. De otte anbefalinger kan sammenfattes under følgende overskrifter:

Den oprindelige ånd i rapporteringssystemet skal bevares:

Perspektivet og reaktioner på utilsigtede hændelser kan inddeles i individperspektiv (hvor enkeltpersoner sanktioneres som følge af utilsigtede hændelser) og et systemperspektiv (hvor reaktionen på hændelsen er at forbedre systemet, så hændelsen ikke sker igen). Rapporteringssystemet er tænkt i og bør stadig være forankret alene i et systemperspektiv. Dette er helt i overensstemmelse med den foreliggende viden om, at det i langt de fleste tilfælde er u hensigtsmæssige systemer, der er årsag til utilsigtede hændelser – og ikke enkeltpersoners skødesløshed eller forsømmelser. I forlængelse heraf er det afgørende for sundhedspersonalets tiltro til rapporteringssystemet at opretholde beskyttelsen af rapportøren mod sanktioner som følge af rapportering.

Vi skal rapportere det vigtige og forankre systemet lokalt:

Arbejdsgruppen anbefaler, at man som sundhedsperson fremover kun skal rapportere det, der er vigtigt – i modsætning til nu, hvor man er forpligtet til at rapportere alle utilsigtede hændelser. Det skal desuden gøres lettere at rapportere, og rapporterne skal så vidt muligt anvendes lokalt. Arbejdsgruppen er ikke af den opfattelse, at man systematisk på et overordnet niveau kan overvåge mønstre og finde tendenser i de mange tusinde hændelser. Til gengæld anbefaler arbejdsgruppen, at der sker en erfaringsudveksling på tværs i form af læringsnetværk mellem risikomanagere o.a.

Rapporteringssystemet skal tænkes sammen med kvalitetsprogrammet:

Erfaringen, om at hændelserne ikke kan stå alene, og at rapportering i sig selv ikke fører til forbedringer, viser, at der er behov for at tænke rapporteringssystemet sammen med et nationalt kvalitetsprogram. Utilsigtede hændelser skal ikke forebygges i en separat kontekst, men skal overalt anvendes til at motivere til forbedringer i det kvalitetssystem, der er under etablering, og hvor hver enkelt enhed arbejder systematisk frem mod lokale mål, der hænger sammen med de overordnede kvalitetsmål.

Rapporteringssystemet skal understøtte et legitimt og transparent sundhedsvæsen:

Rapporteringssystemet skal medvirke til et transparent offentligt system. Der findes internationale erfaringer om offentliggørelse af anonymiserede hændelser, som arbejdsgruppen anbefaler, at man studerer og evt. pilottester. Endelig skal der etableres systemer, der sikrer, at rapportøren får feedback om, hvordan systemet er forbedret efter rapporteringen.

Indledning

I 2003 fik Danmark – som det første land i verden – skrevet patientsikkerhed ind i lovgivningen. Et vigtigt element i lovgivningen var, at der blev etableret et rapporteringssystem for utilsigtede hændelser, og at det fra 2004 blev obligatorisk for sundhedspersonale på sygehusene og siden i primærsektoren (kommuner, apoteker og praksisser) i 2010, samt en mulighed for patienter og pårørende (i 2011) for at rapportere utilsigtede hændelser (1). Formålet med selve rapporteringssystemet var at understøtte patientsikkerheden ved at indsamle, analysere og formidle viden om utilsigtede hændelser og løsninger.

Sundhedsprofessionelle oplever imidlertid, at arbejdsgangene omkring rapportering er besværlige og bureaukratiske, og ikke bidrager til hverken læring eller bedre sikkerhed for patienterne. For nylig viste DR-udsendelsen "Spild af dine penge" fx, hvordan personalet på et plejecenter brugte 20 minutter på at registrere og rapportere til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD), at en tablet var tabt på gulvet.

I 2014 blev der foretaget et serviceeftersyn af DPSD, der viste, at der er en række områder, hvor systemet med fordel kan forbedres: Der er behov for en afklaring af rollefordeling mellem aktører, for at se på omfanget af rapporteringer, at differentiere sagsbehandling af rapporter samt at forbedre systemets tekniske muligheder (2).

I november 2015 offentliggjorde Rigsrevisionen (3) en revision af Patientombuddets arbejde med utilsigtede hændelser. Rigsrevisionen konkluderer, 'at rapporteringssystemet, som Patientombuddet anvender, ikke understøtter, at ombuddet på en nem måde kan identificere de væsentligste nationale udfordringer.

patient-ombuddet er nødt til at gennemgå rapporterne manuelt, hvilket betyder, at ombuddet kun gennemgår en begrænset del af rapporterne. Derfor kan der være et stort læringspotentiale, som ikke bliver udnyttet'.

Der er flere steder i systemet iværksat initiativer til at tage højde for rapporternes konklusioner. Dansk Selskab for Patientsikkerhed håber i den forbindelse at nedenstående anbefalinger kan medvirke til at kvalificere drøftelserne af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser.

Behovet for at drøfte rapporteringssystemet aktualiseres af regeringens og regionernes planer om at etablere et nyt fælles nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet (4). Planerne for kvalitetsprogrammet er længst på sygehusene, hvor akkreditering skal udfases, men det er beskrevet i kvalitetsprogrammet, at det skal dække hele sundhedsvæsnet. Rapporteringssystemet og kvalitetsprogrammet skal derfor tænkes sammen.

Proces

På bestyrelsesmødet i Dansk Selskab for Patientsikkerhed (DSFP) d. 23. november 2015 blev det besluttet, at en arbejdsgruppe bestående af Danske Handicaporganisationer, Apotekerforeningen, Lægeforeningen, DSR, FOA, Danske Regioner, regionerne, Kommunernes Landsforening og kommunerne skulle komme med anbefalinger om en fremtidig optimering af rapporteringssystemet til bestyrelsen for DSFP. Siden blev det besluttet at inddrage to

repræsentanter for Forskningsnetværket for Patientsikkerhed og Kvalitet. Der blev afholdt seminar i arbejdsgruppen d. 19. – 20. januar 2016.

På baggrund af arbejdsgruppens drøftelser er nedenstående anbefalinger fremsat. Anbefalingerne er efterfølgende tiltrådt af bestyrelsen for DSFP.

Hvorfor har vi et rapporteringssystem?

Undersøgelser viser, at 9,0 pct. af samtlige somatiske heldøgnsindlæggelser helt eller delvist er belastet af følgevirkningerne af utilsigtede hændelser (5). I en gennemgang af dødsfald på fem sygehuse fandt man en forekomst af forebyggelige dødsfald på 2,0 - 3,2 pct. (6). Begge undersøgelser bidrager til billedet af, at sundhedsvæsenet har en forpligtelse til at arbejde med at forebygge utilsigtede hændelser.

Overordnet er formålet med rapporteringssystemet at understøtte læring med henblik på udvikling og forbedring af sundhedsvæsenet. En række delformål bidrager til dette overordnede mål:

Rapporteringssystemet giver viden om, hvor der er behov for styrke patientsikkerheden og etablerer dermed den 'brændende platform' dvs. uopsættelighed i forbedringsarbej-

det. Uden et rapporteringssystem, der rummer beskrivelser af, hvordan patienter skades i vores sundhedsvæsen, kan vi som system ikke handle og forbedre, og vi kan risikere at glemme, at vi hver dag skader patienter alvorligt.

Rapporteringssystemet medvirker, ved sit fokus på systemfejl fremfor på individer, til at opbygge og styrke en lærings- og patientsikkerhedskultur, idet personale, patienter og pårørende med et rapporterings- og analyse-system opfordres til at reflektere over, hvordan systemet skader patienterne, og hvordan det kan forbedres.

Når rapporteringssystemet medvirker til kendskab til, analyse af og handling efter konkrete alvorlige utilsigtede hændelser øger det samtidig systemets legitimitet i forhold til patienter, pårørende og personale.

Anbefalinger

På baggrund af drøftelserne i arbejdsgruppen beskrives her otte anbefalinger til et optimeret rapporteringssystem:

VI SKAL KUN RAPPORTERE DET, DER ER VIGTIGT

I dag oplever sundhedspersonalet, at de er forpligtede til at rapportere ligegyldigheder.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der fremover kun skal rapporteres, analyseres og handles på følgende:

- Alvorlige utilsigtede hændelser*
- Hændelser, der afdækker nye problemtyper eller overraskende sammenstillinger af problemer
- Hændelser, hvor rapportøren oplever, at der kan eller bør opnås læring
- Hændelser, som mod forventning 'endte godt', og hvor der derfor kan være læring at hente
- Fokuseret rapportering af hændelser der giver mening lokalt

*Ved en alvorlig utilsigtet hændelse forstås en hændelse, hvor den faktuelle skade jf. det aktuelle klassificeringssystem kategoriseres som 'Moderat', 'Alvorlig' eller 'Dødelig'. En hændelse, der i dag kategoriseres som 'Ingen skade' eller 'Mild' (se forklaring i figuren fra DPSD) skal altså kun indrapporteres, hvis den opfylder et af de andre kriterier.

På baggrund af klassificeringen af de indrapporterede hændelser i 2014 vil ovenstående reducere antallet af rapporteringerne betydeligt – således med ca. 80% på sygehuse og med ca. 90% i kommunerne.

Ressourcer kan derved frigives til forbedring af arbejds gange.

| Alvorlighed | Faktuel skade |
|-------------|---|
| Ingen skade | Ingen skade |
| Mild | Lettere forbigående skade, som ikke kræver øget behandling eller øget plejeindsats. |
| Moderat | Forbigående skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling |
| Alvorlig | Permanente skader, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge, øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling, eller andre skader som kræver akut livreddende behandling. |
| Dødelig | Dødelig udgang |

Arbejdsgruppen har desuden drøftet muligheden for aggregeret (fx rapportering af fire faldeperioder i én rapport) og fokuseret rapportering (fx 'I denne måned vil vi gerne modtage rapporter om alle medicineringsfejl'). Det kan arbejdsgruppen i princippet godt anbefale. Det er dog vigtigt at fastholde beskyttelsen af rapportøren mod sanktioner som følge af rapporten. Derfor kan arbejdsgruppen ikke anbefale aggregeret rapportering, hvis det baseres på et 'skuffe-rapporteringssystem', der indebærer, at sundhedspersonalet skal rapportere til et system, hvor de ikke er omfattet af lovens beskyttelse.

DET SKAL VÆRE LETTERE AT RAPPORTERE

Rapporteringssystemet er, som det er indrettet nu, ikke særlig brugervenligt (det tager fx lang tid bare at angive, hvor hændelsen fandt sted), og rapporteringsformatet er ikke tilpasset det enkelte område fx almen praksis, apotek, kommune eller sygehusafdeling. Forenklet rapportering vil give systemet øget legitimitet og reducere tiden til at rapportere.

Arbejdsgruppen anbefaler forenklet rapportering og har drøftet flere måder, hvorpå det kunne gøres lettere at rapportere utilsigtede hændelser fx ved oprettelse af tilpassede skabeloner for de forskellige sektorer, mulighed for at vælge at rapportere med mere fritekst, mulighed for at vælge at rapportere vha. afkrydsning etc.

RAPPORTERINGSSYSTEMET MÅ IKKE BRUGES SANKTIONERENDE

Rapporteringssystemet har til formål at sikre læring om de systemer, vi behandler patienterne i. Undersøgelser viser, at langt de fleste patientskader skyldes uhensigtsmæssige systemer og kun en mindre del skyldes individers skødesløshed og forsømmelser.

Arbejdsgruppen anbefaler, at denne skarpe skelnen mellem delene af det samlede danske patientsikkerhedssystem bevares. Rapporteringssystemet skal ikke bruges sanktionerende, da en sammenblanding af de to formål vil fjerne personalets motivation til at rapportere. Der findes andre instanser, der har til formål at føre tilsyn med individer, og et rapporteringssystem må ikke fratage lederne deres ansvar for de ansatte i en tilsynssammenhæng. Hvis der er sundhedspersoner, der ikke lever op til de faglige standarder, er det en ledelsesopgave at håndtere dette. Viden om, hvorledes den enkelte medarbejder løser sine opgaver fås fra det daglige kliniske arbejde – og ikke ved at afvente rapportering i rapporteringssystemet.

RAPPORTERNE SKAL SÅ VIDT MULIGT ANVENDES LOKALT

I rapporteringssystemets nuværende form sendes alle hændelser rapporteret via DPSD til både det lokale, regionale/kommunale og nationale niveau. Intentionen med at sende rapporterne videre i systemet er, at man på det regionale/kommunale og nationale niveau kan 'finde mønstre' og 'overvåge systemet' og reagere på sjældne signaler. Konsekvensen er dog, at det lokale niveau ikke oplever at være

eksperter i eget system, kan miste ejerskab til hændelserne, og kan opleve, at hændelserne er til for nogle andre. Endelig kan man lokalt have en forventning om, at 'der kommer nogen og fortæller en, hvad man skal gøre'. Samtidig overvældes man på de mere overordnede niveauer af tusindvis af hændelser, som man ikke har mulighed for systematisk at finde mønstre i eller at handle på. Reelt handler langt de fleste rapporter om uhensigtsmæssig tilrettelæggelse af lokale arbejdsgange (kommunikation, procedurer, oplæring, arbejdsmiljø og barrierer). Dem er de enkelte enheder bedst til selv at forbedre.

Derfor anbefaler arbejdsgruppen, at alle rapporter uanset sektor som udgangspunkt skal målrettes til, modtages på og anvendes på det lokale niveau.

En mindre del af hændelserne kan ikke finde deres løsning lokalt eller løses bedre på et højere niveau fx tværsektorielle hændelser eller hændelser i opbygning af IT-systemer. Disse hændelser skal derfor fremover overdrages fra det lokale niveau til en risikomanagerfunktion på regionalt/kommunalt niveau.

Hvis hændelserne ikke kan løses i dette regi (fx hændelser vedr. national IT, medicinsk udstyr, medicinpakninger, restordre og standarder) skal hændelserne overdrages fra det regionale niveau til en risikomanagerfunktion på nationalt niveau, der har ansvar for at håndtere dem.

Med ovenstående eksempler på hændelser, der ikke skal håndteres lokalt, men som skal sendes videre, anbefaler arbejdsgruppen, at det lokale niveau altid som udgangspunkt har ansvar for at reagere på hændelserne (se figuren side 11).

Det har i den forbindelse været drøftet i arbejdsgruppen, om man lokalt skal have mulighed for at oprette egne kategorier til sortering af hændelserne. Mulighederne for dette

NYT RAPPORTERINGSSYSTEM FOR UTILSIGTEDE HÆNDELSER

- Kun vigtige hændelser* rapporteres
- Sager afsluttes helt på laveste effektive organisatoriske niveau
- Åbenhed i sagsbehandlingen
- Uændret systemperspektiv og personbeskyttelse

* Vigtige hændelser:

- Alvorlige
- Nye/overraskende
- Særligt læringsperspektiv
- 'Endte godt alligevel'
- Fokuseret rapportering

Utilsligtede hændelser indrapporteres af patienter og pårørende og af alt sundhedspersonale i privat og offentligt regi til det lokale niveau



Kun hændelser, som løses bedst på et højere organisatorisk niveau – fx: Gælder hele kommunen/regionen – Overgange mellem enheder – Tværsektorielle



Kun hændelser af åbenlys national interesse – ex: Medicinsk udstyr – Medicinpakninger – Restordre – IT-systemer – Standarder



**Procenterne er naturligvis anslåede

skal afklares. Desuden skal det afklares, hvordan kommunikationen mellem de forskellige niveauer, fx om konteksten for en given hændelse eller problemstilling, skal finde sted.

DER SKAL SKE ERFARINGSUDVEKSLING PÅ TVÆRS

Der var i arbejdsgruppen drøftelser af den reelle mulighed for, på et overordnet niveau (fx nationalt), at opdage og finde mønstre i sjældne hændelser og tendenser, som man ikke har set på lokalt niveau. Der var enighed om, at dette er vanskeligt, og at hensigten med rapporteringssystemet ikke er at finde mønstre i sjældne hændelser, men at understøtte opbygning af en lokal kultur omkring forbedring.

Imidlertid er det ikke hensigtsmæssigt, hvis problemer ikke drøftes og gode erfaringer ikke deles på tværs af enheder. Ligeledes er det heller ikke hensigtsmæssigt at lokale handlinger et sted i systemet modvirker lokale løsninger implementeret i andre dele af systemet.

Der var derfor i arbejdsgruppen enighed om, at der er behov for erfaringsudveksling og sparing om sikkerhedsudfordringer og løsninger på tværs af sygehuse, kommuner, regioner, apoteker og praksisser etc.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at der på nationalt niveau skal etableres læringsnetværk på tværs, der kan tage alvorlige, aktuelle, generelle problemstillinger op (fx udfordringer med at forebygge forvekslingshændelser, identifikationsfejl eller medicineringsfejl) og dernæst arbejde på i fællesskab at finde og implementere løsninger (7). Udveksling af erfaringer med implementering og forbedring af patientsikkerhedsinitiativer på tværs skal ikke håndteres særskilt, men skal integreres med aktiviteter i regi af kvalitetsprogrammet.

Der er enighed om, at der bør være en national risikomanagerfunktion, men usikkerhed om, hvor en sådan organisatorisk bør placeres, idet det er vigtigt, at funktionen skal have mulighed for at række ind i og påvirke og motivere mange forskellige systemer til forandring – herunder

statslige, regionale og kommunale systemer, men også private aktører som fx lægemiddelindustrien.

RAPPORTERINGSSYSTEMET SKAL VÆRE EN INTEGRERET DEL AF KVALITETS-PROGRAMMET

Rapporter om utilsigtede hændelser skal – sammen med fx data fra de kliniske databaser, patientklager, erstatningssager og breve fra patienter – medvirke til at prioritere hvilke kvalitetsindsatser, der er behov for i sundheds-væsenet (fx styrkelse af sikkerheden omkring ECT-behandling pga. en række hændelser). Desuden kan rapporter om utilsigtede hændelser bidrage med viden om, hvordan de overordnede mål om høj kvalitet kan opnås (fx ved at studere rapporternes beskrivelser af, hvornår og hvor hændelserne i forbindelse med ECT fandt sted).

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at man på alle niveauer integrerer viden fra rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser i et fremtidigt kvalitetsprogram.

RAPPORTERINGSSYSTEMET SKAL MEDVIRKE TIL ET TRANSPARENT OFFENTLIGT SYSTEM

Arbejdsgruppen anbefaler, at det overvejes, hvordan man – for at styrke patientsikkerheden, systemets legitimitet og ikke mindst dets forbedringsfokus – rutinemæssigt kan offentliggøre anonymiserede resumeer af alvorlige utilsigtede hændelser og især de forbedringer, arbejdet med hændelserne har medført. Offentliggørelse kunne fx ske på den relevante institutions hjemmeside, eller hvor det giver mening i forhold til hændelsen.

Denne anbefaling bygger på erfaringer fra Norge (http://www.ahus.no/fagfolk_/tema-sider_/Sider/3-3-meldinger-om-uonskede-hendelser-.aspx), hvor man på fx et sygehus hjemmeside offentliggør de såkaldte '3-3'-hændelser. I Danmark er offentliggørelse

af utilsigtede hændelser ikke udbredt, men der findes erfaringer med offentliggørelse fx bit.ly/1ouOCyt.

En øget åbenhed vil understøtte anvendelsen af utilsigtede hændelser i forbedringsarbejdet, idet der opstår åbenhed i prioritering af forbedringsindsatsen, hvor utilsigtede hændelser ses sammen med øvrige data om patientsikkerhed og kvalitet i øvrigt.

Det er imidlertid afgørende vigtigt, at denne åbenhed ikke skaber unødigt bekymring hos personalet for u hensigtsmæssig eksponering i pressen. Derfor skal principperne for åbenhed drøftes grundigt med institutionerne og de centrale faglige organisationer. Her bør erfaringerne fra Norge inddrages.

Det vil være oplagt at igangsætte et pilotprojekt for at opbygge erfaringer om metoden inden udbredelse.

DER SKAL GIVES FEEDBACK TIL RAPPORTØREN

Det er væsentligt at rapporteringssystemet medvirker til udviklingen af en patientsikkerhedskultur både blandt ledere, medarbejdere og patienter/borgere.

Derfor anbefaler arbejdsgruppen, at der systematisk arbejdes med at give feedback om hændelser og handlinger på flere niveauer:

- Lokal og direkte feedback (fra fx leder eller risikomanager til den, der har rapporteret). Patienter og pårørende skal have et personligt svar.
- På enhedsniveau i oversigtsform (fx på kvalitetstavler integreret med det øvrige kvalitetsarbejde)
- På organisationsniveau (fx sygehus, kommune, apotek e.l.) (fx på hjemmesiden)

Dette vil medvirke til opbygningen af et transparent system med høj legitimitet.

Ressourcer

Hvis man vælger at følge ovenstående anbefalinger, vil der forventeligt opnås en ressourcebesparelse fordi:

- Det fremtidige system vil modtage færre overflødige rapporter.
- Der ikke stilles krav om detaljeret klassifikation.

- Langt færre hændelser går videre til det regionale niveau.
- Langt færre hændelser går videre til det nationale niveau.

Ressourcerne frigøres derved til at handle og implementere på det lokale niveau.

Lovgivning

Arbejdsgruppen har i ovenstående ikke taget stilling til, hvilke ændringer af lovgivningen, der er nødvendige for at gennemføre anbefalingerne.

Referencer

- 1.** Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v. [Internet]. 2011. Available from: <https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=134520>
- 2.** Patientombuddet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Rapport om serviceeftersyn af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser. 2014.
- 3.** Rigsrevisionen. Beretning til Statsrevisorerne om Patientombuddets arbejde med utilsigtede hændelser. 2015
- 4.** Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Nationalt Kvalitetsprogram for Sundhedsområdet 2015-2018 [Internet]. 2015. Available from: http://www.sum.dk/~media/Filer - Publikationer_i_pdf/2015/Nationalt-kvalitetsprogram-for-sundhedsomraadet/Nationalt_kvalitetsprogram_for_sundhedsomr%C3%A5det - april 2015.ashx.
- 5.** Schiøler, T., Lipczak, H., Pedersen, B. L., Mogensen, T. S., Bech, K. B., & Stockmarr, A. (2001). Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse. Ugeskrift for Læger, 163(39), 5370-5378.
- 6.** Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Forekomst af forebyggelige dødsfald på fem danske sygehuse [Internet]. 2013. Available from: http://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2015/12/rapport_om_forebyggelige_d_dsfald_cowi_2013.pdf
- 7.** Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Et kvalitetsprogram. Fra Patientsikkert Sygehus til forbedringsarbejde på sundhedsområdet [Internet]. 2015. Available from: <http://patientsikkerhed.dk/materialer/et-kvalitetsprogram-fra-patientsikkert-sygehus-til-forbedringsarbejde-paa-sundhedsomraadet/>

Bilag 1:

Deltagere i arbejdsgruppen under bestyrelsen for Dansk Selskab for Patientsikkerhed

| Lægeforeningen | Formand | Andreas Rudkjøbing |
|--|--|----------------------|
| Kommunernes Landsforening | Konsulent | Maj Fjordside |
| Kommunernes Landsforening | Centerleder, Gildhøjhemmet, Brøndby Kommune | Mia Linda Møller |
| FOA | Sundhedspolitisk konsulent | Jakob Bro |
| Dansk Sygeplejeråd | Professionschef | Tine Lyngholm |
| Dansk Sygeplejeråd | Konsulent | Janne Due Sommerset |
| Forskningsnetværket for Patientsikkerhed og Kvalitet i Sundhedsvæsenet (FPKS) | Vicedirektør, IKAS | Carsten Engel |
| Forskningsnetværket for Patientsikkerhed og Kvalitet i Sundhedsvæsenet (FPKS) | Medicinsk koordinator, Patientforsikringen | Kim Lyngby Mikkelsen |
| Apotekerforeningen | Farmaceut, Konsulent i Apotekerforeningen | Rikke Lundal Nielsen |
| Dansk Handicaporganisationer | Formand | Freddy Nielsen |
| Danske Regioner | Enhedschef, Kvalitet & Patient- sikkerhed, Region Hovedstaden | Annemarie Hellebek |
| Danske Regioner | Regional risikomanager, Region Midtjylland | Heidi Aagaard |
| Danske Regioner | Regional risikomanager, Region Syddanmark | Inge Pedersen |
| Dansk Selskab for Patientsikkerhed | Direktør (indtil 1.2.2016) | Beth Lilja |
| Dansk Selskab for Patientsikkerhed | Konstitueret direktør | Britt Wendelboe |
| Dansk Selskab for Patientsikkerhed | Overlæge | Ove Gaardboe |
| Dansk Selskab for Patientsikkerhed | Overlæge | Louise Rabøl |
| Dansk Selskab for Patientsikkerhed | Konsulent | Jens Reventlov |
| Moderator | Konsulent hos Muusmann | Inge Kristensen |

