



Kanon for patientsikkerhed

En fortælling om arbejdet med
patientsikkerhed i Danmark siden
årtusindeskiftet – med udgangspunkt
i 25 banebrydende tekster.

Dansk Selskab for
PatientS!kkerhed

Udgivet af:
Dansk Selskab for Patientsikkerhed
c/o Frederiksberg Hospital
Vej 8, indgang 1, 1 sal
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg

Layout: Ulla Korgaard, Designeriet

ISBN 978-87-994830-7-5

Februar 2026

PS!



To err is human, but errors can be prevented. Safety is a critical first step in improving quality of care.

Institute of Medicine (2000)

Indhold

Introduktion	5
--------------	---

De tidlige år 6

1. Et begyndende paradigmeskifte	6
Jens Rasmussen (1997): Risk Management in a Dynamic Society	
2. Ostemodellen inspirerer til sikre processer	9
James Reason: (1997): Managing the Risks of Organizational Accidents	
3. En ny kultur, der fremmer patientsikkerheden	12
Institute of Medicine (2000): To Err is Human	
4. Dansk Selskab for Patientsikkerhed grundlægges	15
Schiøler et al. (2001): Forekomsten af utilsigtede hændelser på danske sygehuse	
5. Et systematisk værktøj til at analysere utilsigtede hændelser	18
U.S. Department of Veteran Affairs (2001): Root Cause Analysis Tool	
6. Sundhedsvæsenet opbygger ny sikkerhedsorganisation	21
Mogensen et al. (2002): Patientsikkerhed i Danmark – et år efter pilotundersøgelsen	
7. Danmark vedtager lov om patientsikkerhed	23
Lucian L. Leape (2002): Reporting of Adverse Events	
8. De store patientsikkerhedskampagner: Helt sikkert - hver gang	25
Institute of Medicine (2001): Crossing the Quality Chasm	
9. Fra "Patientens bog" til borgerinddragelse og samskabelse	28
WHO (2006): Patients for Patient Safety – London Declaration	

Patientsikkerheden modnes 32

10. Patientsikkerhed fra niche til mainstream	32
Charles Vincent (2006): Patient Safety	
11. Patientsikkerhed kræver etiske overvejelser	34
Runciman et al. (2007): Safety and Ethics in Health Care	
12. Den modstandsdygtige organisation	38
Sutcliffe & Weick (2007): Managing the Unexpected	
13. Den menneskelige faktor i patientsikkerhed	41
Flin et al., R. et al. (2008): Safety at the Sharp End	

14. Tjeklister redder liv	43
Atul Gawande (2009): The Checklist Manifesto	
15. En øjenåbner for ledere og medarbejdere	45
Dianne Parker (2009): Managing Risk in Healthcare	

Nyere syn på patientsikkerhed 47

16. En ny vinkel på patientsikkerhed	47
Erik Hollnagel (2014): Safety-I and Safety-II	
17. Sundheds-it og patientsikkerhed	49
Dean Sittig & Singh (2016): Health IT Safety Framework	
18. Diagnoseprocessen – patientsikkerhedens blinde plet	51
National Academy of Medicine (2015): Improving Diagnosis in Health Care	
19. Patientsikkerhed og ledelsens afgørende rolle	53
Lucian Leape Institute (2017): Leading a Culture of Safety	
20. OECD: Patientsikkerhed kan betale sig	54
OECD (2017): The Economics of Patient Safety	
21. Psykologisk tryghed fremmer patientsikkerheden	56
Amy Edmondson (2018): The Fearless Organization	
22. Medfølelse – århundredets nye vidundermiddel?	58
Trzeciak & Mazzei (2019): Compassionomics: The revolutionary scientific evidence that caring makes a difference	
23. Sikkerhed III - et udvidet perspektiv på patientsikkerhed	60
Nancy Leveson (2020): Safety III	
24. Et langvarigt samarbejde med WHO	61
WHO (2021): Global Patient Safety Action Plan	
25. Patientsikkerhed som integreret del af sundhedsvæsenet	63
Rexbye & Frappart (red.) (2022): Patientsikkerhed, UTH og risikostyring	

Introduktion

Skal vi sætte et årstal på, hvornår arbejdet med patientsikkerhed begyndte i Danmark, er 2001 et godt bud. Der var selvfølgelig gået arbejde forud, men i begyndelsen af det nye årtusinde begyndte der for alvor at opstå en bevidsthed om, at nogle patienter kom til skade i mødet med sundhedsvæsenet, og endnu vigtigere, at det kunne forebygges. Det medvirkede blandt andet til, at fremtrædende aktører i og omkring det danske sundhedsvæsen stiftede Dansk Selskab for Patientsikkerhed den 10. december 2001.

Siden patientsikkerhedstankegangen opstod omkring årtusindeskiftet, har begrebet udviklet sig, og patientsikkerhed er i dag en anerkendt disciplin inden for sundhedsvidenskaben. Denne udvikling er sket på baggrund af – og tillige inspireret af – en række bøger og artikler, hvis indhold og forfattere har været med til at forme arbejdet med patientsikkerhed internationalt såvel som i det danske sundhedsvæsen.

Denne publikation er et forsøg på at samle en "kanon" for patientsikkerhed, altså at udpege bøger og artikler, der har været banebrydende for udviklingen af patientsikkerhed i Danmark. Nogle tekster er udvalgt, fordi de har sat gang i ny tænkning og handling. Andre er valgt, fordi de på udgivelsestidspunktet repræsenterede en enestående status over tankegang, redskaber og muligheder inden for patientsikkerhed.

De 25 tekster har gennem årene påvirket arbejdet med patientsikkerhed i hele det danske sundhedsvæsen, fra sygehuse og psykiatri til ældrepleje og botilbud, og de har udgjort det teoretiske fundament for arbejdet i Dansk Selskab for Patientsikkerhed (PS!).

Hver tekst præsenteres med en kort beskrivelse, og der gives eksempler på, hvordan pointerne i den pågældende publikation har udmøntet sig i praksis i det danske sundhedsvæsen – set fra et PS!-perspektiv. Teksterne præsenteres så vidt muligt i rækkefølge efter udgivelsesåret og

Hvad er en kanon?

Ordet kanon er af græsk oprindelse og betyder rettesnor eller målestok. Begrebet kanon anvendes nu om en samling af tekster, værker eller skrifter, der anses for at tjene som forbillede eller rettesnor for en bestemt gruppe eller et bestemt felt.

sættes samtidig i relation til den historiske udvikling i arbejdet med patientsikkerhed i Danmark. Dermed giver denne kanon også et overblik over væsentlige træk i patientsikkerhedens historie i Danmark.

Kanonen giver en grundlæggende forståelse af de vigtigste teoretiske og praktiske aspekter af patientsikkerhed. Som læser får du:

- indblik i, hvordan sikkerhedstænkning har udviklet sig gennem tiden
- kendskab til centrale modeller og teorier, der anvendes i praksis
- en forståelse af, hvordan læring, rapportering og organisatorisk kultur spiller en rolle i forbedring af patientsikkerhed
- praktiske værktøjer og strategier, som kan implementeres for at reducere fejl og forbedre sikkerheden i sundhedsvæsenet.

Kanonen kan bruges som et opslagsværk og som inspiration til fortsat refleksion og læring i daglig praksis.

God læselyst!

WWW

På patientsikkerhed.dk/kanonlinks er der direkte links til en række af de projekter, rapporter og materialer, der omtales i publikationen.

1.

Et begyndende paradigmeskifte

PUBLIKATION

Jens Rasmussen (1997):

Risk Management in a Dynamic Society

Den danske forsker Jens Rasmussen var en pioner inden for systemteori og risikostyring. Hans arbejde har haft stor indflydelse på sikkerhedsledelse i komplekse organisationer. Hans hovedbudskab er, at organisationer bør forstå risikostyring som en dynamisk proces, hvor menneskelige, teknologiske og organisatoriske faktorer interagerer.

Nøgleord: *Dynamisk kompleksitet, menneskelige faktorer*

Rasmussen J. Risk management in a dynamic society: A modelling problem. *Safety Science*. 1997;27(2-3):183-213.

[https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(97\)00052-0](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(97)00052-0)

Indtil omkring årtusindeskiftet er det den almindelige opfattelse, at sundhedsvæsenet er sikkert. Selvom det er kendt, at patienter risikerer at skades i forbindelse med undersøgelser og behandling, er det ikke noget, der er stor opmærksomhed omkring, og ordet "patientsikkerhed" findes endnu ikke i det danske sprog. Sker der alligevel fejl, placeres skylden på den enkelte læge eller sygeplejerske, som efterfølgende kan drages til ansvar og eventuelt straffes.

Jens Rasmussens artikel fra 1997 er en af de publikationer, der markerer begyndelsen på et nyt perspektiv. Sammen med en række samtidige og senere publikationer har hans arbejde bidraget til paradigmeskiftet fra individfokus til systemtænkning.

Selvom de ikke specifikt er målrettet sundhedsvæsenet, har Jens Rasmussens tanker haft stor betydning for sundhedsvæsenets forståelse af sikkerhed. Hans arbejde har fx påvirket, hvordan man designer sundhedsteknologier og arbejdsgange, så de understøtter brugerne og reducerer risikoen for fejl.

Fra depotrum til supportrum



Depotrummet kommer nemt til at ligne et pulterkammer, hvor mange - ofte meget forskelligartede - ting er blandet sammen

Et fint lille eksempel på, hvordan brugerne kan understøttes, og risikoen for fejl dermed minimeres, findes i PSI' publikation fra 2009 "Orden og Overblik". Den handler om, hvordan man skaber orden i depotrum på en hospitalsafdeling:

"Depotrum på sygehuse tillægges normalt ikke særlig betydning, fordi det er så indlysende, at der skal være plads til sterilvarer, utensilier, hjælpemidler eller andet udstyr og materialer, der er nødvendige for dagligdagens funktioner. Selve rummet betragtes derfor som sekundært i forhold til det egentlige, nemlig patienterne og de pårørende.

Forventningen er, at systemerne for opfyldning sikrer, at forsyninger altid er til stede, og kun hvis en kurv eller en hylde er tom, bliver det oplagt at drøfte, hvorfor der er mangler. Konsekvensen er, at depotrummet bliver til et "ikke-sted" eller et ingenmandsland, som ingen har kontrol over. Eller sagt med andre ord, så bliver det til de manges rum, som ingen ejer.

Og når et rum ikke tilhører nogen, omdannes det umærkeligt til et lager eller et "opbevaringssted

for noget, som man ikke i øjeblikket har brug for, eller som man har svært ved at skaffe sig af med". I værste fald bliver resultatet et pulterkammer, hvor mange, ofte meget forskelligartede ting, er blandet sammen med risiko for at samle støv både i bogstavelig forstand og overført betydning.

Rummet kommer på den måde til at signalere stilstand og manglende dynamik, og der skabes en kultur, hvor manglende overblik og uoverskuelighed accepteres som et nødvendigt onde.

Denne noget negative fremstilling kan dog vendes ved at skabe en kultur, hvor alle har ejerskab til rummet. Et aspekt af en kulturændring kan fx være, at ordet depotrum langsomt glider ud af sproget til fordel for ordet supportrum. Betegnelsen support henviser til støtte, opbakning, hjælp, service m.v. Herved sender ordet et signal om, at rummet har en central funktion, idet forsyningerne derfra understøtter og er en forudsætning for aktiviteterne det pågældende sted."

Patientsikkerhed – inspiration fra andre brancher

Sikkerhedstankegangen i sundhedsvæsenet har fra begyndelsen været stærkt inspireret af sikkerheden i andre højrisikobrancher, såsom luftfart, atomkraft og rumfart. I disse brancher har man lært at tænke mere i systemer frem for enkeltpersoner: Fejl opstår typisk, fordi systemer, procedurer, kommunikation eller arbejdsvilkår kombineres uhensigtsmæssigt. Den tilgang – at fokusere på systemfejl frem for at slå på individer – er et centralt skift i patientsikkerhedsarbejdet.

Man har overført principper fra High Reliability Organizations, HROs (se kapitel 12), dvs. organisationer, der trods kompleks og risikofyldt drift har opnået meget lav fejlrate gennem stærk sikkerhedskultur.

Konkrete elementer som tjeklister (se kapitel 14) og forstyrrelsesfri zoner (se kapitel 13) – kendt fra "det sterile cockpit" i luftfarten – overføres til kliniske procedurer for at mindske distraktioner og undgå fejl, fx under medicinadministration eller i forbindelse med kirurgiske indgreb.

Der er desuden fokus på at udvikle en åben kultur, hvor utilsigtede hændelser rapporteres uden risiko for straf, ligesom man kender det fra andre sikkerhedskritiske brancher, hvor rapportering og analyse af både nærværd-hændelser og egentlige fejl er centralt.



Safety, then, depends on the control of work processes so as to avoid accidental side effects causing harm to people, environment, or investment.

Jens Rasmussen (1997)

2.

Ostemodellen inspirerer til sikre processer

PUBLIKATION

James Reason (1997):

Managing the Risks of Organizational Accidents

Bogen beskriver, hvordan komplekse organisationer – især i højrisikobrancher som luftfart, sundhedsvæsen og atomkraft – kan forstå og forebygge alvorlige ulykker. Den introducerer Swiss Cheese-modellen, der er blevet en hjørnesten i sikkerhedstænkning. Modellen beskriver, hvordan ulykker sjældent skyldes én enkelt fejl, men opstår, når flere lag af beskyttelse svigter på samme tid. Reason præsenterer desuden begrebet *just culture* som et centralt element i sikkerhedskulturen i en organisation.

Nøgleord: *Swiss Cheese-model, just culture, læring af fejl*

Reason J. *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot: Ashgate; 1997.

<https://doi.org/10.4324/9781315543543>

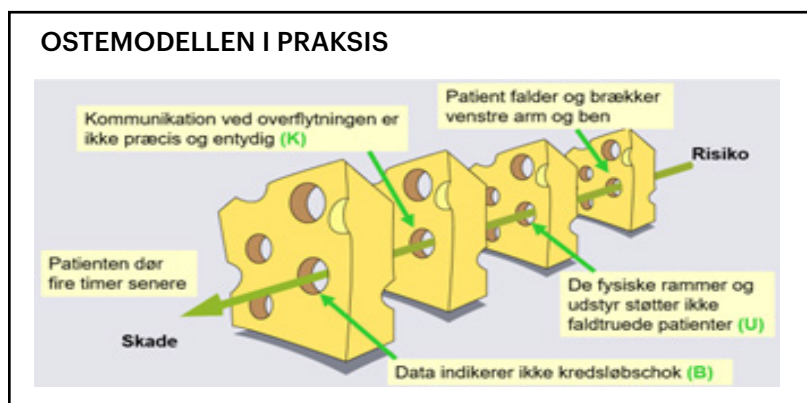
Swiss Cheese-modellen, på dansk kaldet "ostemodellen", er et godt billede på, hvordan fejl og utilsigtede hændelser kan opstå og forværres, når der er brist i sikkerheden i flere "lag af osten".

Skiverne i osten repræsenterer sikkerhedsbarrierer, og hullerne er brister i disse barrierer. Barriererne kan fx være kompetencer, fysiske rammer, sikker kommunikation, teamsamarbejde eller it-systemer.

Modellen er blevet grundlæggende for analyse af systemfejl og har fremmet en systemtilgang til at forstå og reducere fejl.

PS! har gennem årene formidlet ostemodellen og brugt den som inspiration til, hvor vigtigt det er at indtænke sikkerhed i alle organisationens arbejdsgange eller lag, fx de fysiske rammer, overvågning af patienterne, kommunikation og medicinsikkerhed.

En række redskaber og indsatser er lanceret for at styrke sikkerheden i de enkelte lag.



Eksempel på, hvordan principperne i modellen er formidlet

Ny lægemiddelemballage

Forveksling af medicin kan ske, når emballagen på forskellige lægemidler ser ens ud. Sker der medicinforveksling, kan det udgøre et af de huller i osten, der bidrager til patientskade.

Opmærksomhed på problemet "look alike" førte blandt andet til, at sygehusapotekerne ændrede etiketter på medicinen og dermed skabte en barriere mod forveksling.



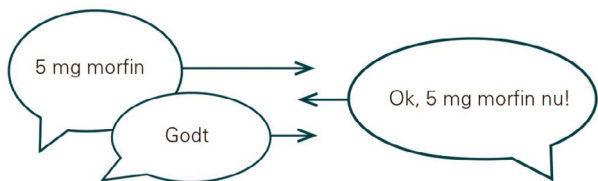
Et eksempel på "look alike" fra starten af 00'erne. Fire forskellige lægemidler – alle til akut brug – er vanskelige at skelne fra hinanden, hvis ikke man nærlæser teksten på etiketten.

Sikker Mundtlig Kommunikation

En stor del af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet skyldes problemer med kommunikationen mellem de sundhedsprofessionelle. I 2007 lancerede PS! en række værktøjer til Sikker Mundtlig Kommunikation, herunder ISBAR og tjek-svar.

Redskaberne er fortsat relevante. Det behøver vi blot at se på rapporteringen af utilsigtede hændelser for at finde bevis på: Af de 127.850 utilsigtede hændelser, der blev individuelt rapporteret til Dansk Patientsikkerhedsdatabase i 2024, var det godt 10 %, der handlede om "Overlevering af information, ansvar, dokumentation".

Redskaberne er oprindeligt udviklet til brug på hospitalerne, men er siden tilpasset, så de også kan bruges i primærsektoren.



Eksempel på tjek-svar fra Håndbog i Sikker Mundtlig Kommunikation (2007)

ISBAR

TJEKLISTE – KOMMUNIKATION OM PATIENTBEHANDLING

Dato

Kl.

I – IDENTIFIKATION

Sig dit navn, din funktion og din gruppe/distrikt

Borgerens navn:

Cpr. nr.:

Adresse:

S – SITUATION

Jeg ringer fordi...

Beskriv:

Blodtryk

Puls

Temperatur

Vejrtrækning

B – BAGGRUND

Kort præsentation af borgerens situation: (tiltag indtil nu, sygdomshistorie)

A – ANALYSE

Giv din vurdering af problemet:

R – RÅD

Giv eller bed om råd om den videre behandling:

Hvem har du talt med?

Dansk Selskab for PatientSikkerhed

PS!

PS! har udviklet lommekort og A6-blokke, der understøtter brugen af ISBAR, og som kan hentes ned fra hjemmesiden. Det er en af de mest besøgte sider på patientsikkerhed.dk

Beskyttelse af selvmordstruede patienter

Også indretningen af de fysiske rammer kan repræsentere en sikkerhedsbarriere. Et eksempel fra psykiatrien er, at de fysiske rammer på afdelingen kan være med til at mindske risikoen for selvmord: Forebyggelse af selvmord handler primært om klinisk intervention, men pludselige impulser kan få patienter – i såvel psykiatriske som somatiske afdelinger – til at planlægge, forsøge eller gennemføre selvmord. Her har de fysiske rammer en betydning, da de hyppigst anvendte metoder til selvmord eller selvmordsforsøg på et sygehus er hængning, omsnøring af halsen og kvælning samt udspring.

I 2010 udgav PSI pjecen ”Beskyttelse af selvmordstruede patienter – fysiske rammer og patientsikkerhed”, der giver en række anbefalinger til design og indretning af de fysiske rammer, så de ikke understøtter selvmordsforsøg og selvskade. Den er baseret på en analyse af selvmord og selvmordsforsøg rapporteret til Dansk Patientsikkerhedsdatabase i perioden 2004-2006.

Ifølge organisationen Bedre Psykiatri viser en opgørelse fra 2020, at der fortsat er 30 mennesker, der hvert år begår selvmord under indlæggelse eller på dagen for udskrivelsen.



Forside af pjecen fra 2010

En retfærdig kultur bidrager til læring

Just culture (retfærdig kultur) er et begreb, der relaterer sig til systemtænkning og understreger, at fejl som regel er et resultat af mangler i organisationen snarere end udelukkende forårsaget af den eller de personer, der er direkte involveret.

En retfærdig kultur står i modsætning til en *blame culture* (skyldkultur). Dog kan enkeltindivider stadig – retfærdigvis – holdes ansvarlige for forsømmelse eller uforsvarlig adfærd.

En retfærdig kultur bidrager til at skabe et miljø, hvor medarbejdere føler sig trygge ved at rapportere fejl og derved bidrage til læring. I en skyldkultur bliver fejl ofte skjult i stedet for rapporteret, hvilket i sidste ende kan føre til ringere organisatoriske resultater.

Den første fuldt udviklede teori om *just culture* blev præsenteret i James Reasons bog fra 1997 ”Managing the Risks of Organizational Accidents”. Ifølge Reason er en retfærdig kultur en central del af en sikkerhedskultur.

**Just Culture
= retfærdig kultur**

3.

En ny kultur, der fremmer patientsikkerheden

PUBLIKATION

Institute of Medicine (2000):

To Err is Human

Rapporten er en milepæl i patientsikkerhedsbevægelsen og en katalysator for global opmærksomhed på patientsikkerhed. Rapporten anslår, at der i USA hvert år dør op mod 98.000 mennesker som følge af fejl i sundhedsvæsenet. Den bryder dermed den tavshed, der i sundhedsvæsenet har været omkring fejl og de konsekvenser, som følger deraf. Den sætter fokus på systemfejl frem for individuel skyld som kilde til fejl i sundhedsvæsenet og vigtigheden af en sikkerhedskultur for at forbedre patientsikkerheden. Rapporten blev allerede offentliggjort i november 1999, men først udgivet officielt i 2000.

Nøglebegreber: *Systemfejl, sikkerhedskultur, rapportering af utilsigtede hændelser*

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: Building a safer health system*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. doi:10.17226/9728.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/>

Rapporten fra Institute of Medicine i 1999 demonstrerer for første gang, hvor stort problemet med fejl i sundhedsvæsenet er. Den kommer også med en række anbefalinger til, hvordan sikkerheden i sundhedsvæsenet kan styrkes.

Den beskriver blandt andet en ny kultur, hvor medarbejdere på alle niveauer skal føle sig trygge ved at påpege risici og rapportere fejl og utilsigtede hændelser uden frygt for sanktioner. En kultur, hvor der er fokus på at analysere og lære af de fejl, der opstår, og at iværksætte tiltag, der forhindrer, at de samme fejl sker igen. Patientsikkerhed skal være et fælles ansvar og et samarbejde mellem alle niveauer i sundhedsvæsenet. Patientsikkerhed er ikke en statisk tilstand, men en proces med løbende evaluering og forbedring.

I løbet af 00'erne begynder man at anvende en række metoder og værktøjer, som understøtter og fremmer patientsikkerhedskulturen.

”

In this report, safety is defined as freedom from accidental injury. This definition recognizes that this is the primary safety goal from the patient's perspective.

Institute of Medicine (2000)

Patientsikkerhedsrunder

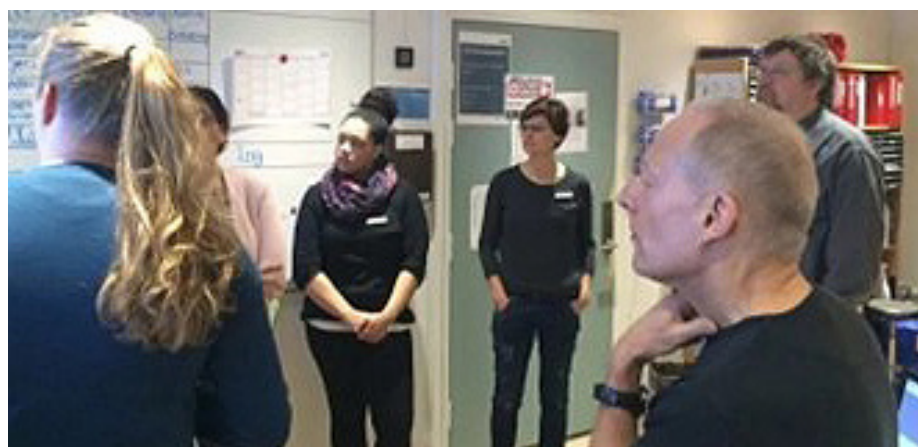
Patientsikkerhedsrunder blev som metode beskrevet i 2004 af den amerikanske læge Allan Frankel i en publikation fra Institute for Healthcare Improvement, IHI, "Patient Safety Leadership WalkRound". Den indebærer, at repræsentanter for organisationens topledelse går rundt til afdelinger og medarbejdere i dagligdagen og spørger ind til patientsikkerhedsemner.

Metoden er oversat og tilpasset danske forhold i et kompendium fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed i 2010, i første omgang til brug på sygehus og siden videreudviklet til primærsektoren.

Formålet med at gå patientsikkerhedsrunder er at fremme en kulturændring, der understøtter en sikkerhedskultur. Det gøres ved at motivere og understøtte ledere og medarbejdere i at have kontinuerligt fokus på patientsikkerhed. Desuden tages konkrete patientsikkerhedsproblemer op med henblik på at løse dem.



Patientsikkerhedsrunde på Nordsjællands Hospital, Hillerød



Sikkerhedsbriefing ved Regionspsykiatrien Viborg

Sikkerhedsbriefinger

Sikkerhedsbriefinger, eller huddles, er kortvarige (ca. 5-15 min.) og oftest stående møder, hvor frontlinjepersonale og nøglemedarbejdere gennemgår eventuelle hændelser fra det seneste døgn og forsøger at forudse, hvad der kan ske i de kommende timer af betydning for patientsikkerheden.

Sikkerhedsbriefinger bliver i Danmark fx brugt i psykiatrien med det formål at forebygge tvang. Metoden er introduceret i forbindelse med projektet Sikker Psykiatri.

Mortalitetsanalyser

Mortalitetsanalyser er gennemgang af journaler på afdøde patienter. Inspirationen er bl.a. hentet fra det amerikanske Institute for Healthcare Improvement, IHI. Ved analysen udvælger sygehuset et antal journaler på afdøde patienter og gennemgår dem for at identificere de dødsfald, som muligt kunne være forebygget. Herved får den enkelte institution forståelse for og ejerskab over de eventuelle kvalitets- og sikkerhedsbrist, der identificeres ved journalgennemgangen. En viden, der giver motivation for at skabe forandringer til fordel for bedre kvalitet og patientsikkerhed.

PS! har beskrevet metoden, der blev anvendt i forbindelse med patientsikkerhedskampagnen Operation Life og stadig anvendes i hospitalernes patientsikkerhedsarbejde.

NAVN	RH	V.A.	S-DROP	EPI
	MEDICIN			VANDL.
	CAVE	BOS	PVK	KAD
TJEK IND		SIKRE FØDSLER		TIME OUT
PARITET			TJEK IND GENNEMGAS	
GESTATIONSALDER			PROGRESSION	
SECTIO/ANTEA			KVINDE	
FOSTERSKØN			BARN	
RISIKOFAKTORER			NYE RISIKOFAKTORER	
NÆSTE TIME OUT KL			PLAN	
		FØDT DATO/KL		

PARA :
 GA :
 Tidl. kejsersnit JA: ☐ Nej: ☐
 Fosterskøn :
 OBS :
 Næste status :
 JDM :

Tjek ind-tavler fra hhv. Næstved Sygehus (venstre) og Odense Universitetshospital (højre). Tjek ind og time out

Tjek ind og time out

I forbindelse med forbedringsprojektet Sikre Fødsler (2012-2014) arbejdede afdelingerne med den såkaldte fødselstjekliste, der omfatter "tjek ind" og "time out". Tjek ind sikrer, at alle vigtige oplysninger om den fødende bliver registreret ved ankomsten til fødeafdelingen: Hvor mange gange har kvinden født tidligere? Har hun tidligere fået kejsersnit? Hvor stort skønnes barnet at være? Er der specielle forhold, der udgør en særlig risiko, fx sygdomme hos moderen? Det er oplysninger, som kan være vigtige, hvis der opstår en akut situation, eller der tilstøder en komplikation.

Derefter er der mindst hver fjerde time et "time out", hvor personalet gør status over fødselens forløb. Også her ved hjælp af en tjekliste: Hvordan skrider fødslen frem? Hvordan er barnets tilstand? Hvordan er den fødendes tilstand? Er der opstået nye risikofaktorer, der skal tages højde for?

Hvorfor bruges udtrykket "utilsigtet hændelse"?

I patientsikkerheden bruger man udtrykket "utilsigtet hændelse" (ofte forkortet UTH) i stedet for "fejl". Ordet fejl kan pege på skyld og personligt ansvar, mens utilsigtet hændelse er mere neutralt og blot beskriver, at noget uønsket er sket – uden at dømme nogen. Det svarer til begrebet "adverse event" i den internationale litteratur.

Målet med rapportering er at skabe en læringskultur, hvor hændelser danner afsæt for forbedring af kvalitet og sikkerhed. Grundlaget for en sådan læringskultur er, at medarbejderne oplever psykologisk tryghed og ikke frygter kritik og straf, når de påpeger brist i patientsikkerheden.

Begrebet utilsigtet hændelse omfatter både hændelser, der fører til skade, og hændelser, hvor fejlen blev opdaget i tide (nærvæd-hændelser). Det giver et bredere billede af risici i systemet.

4.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed grundlægges

PUBLIKATION

Schiøler et al. (2001):

Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse

Rapporten er en øjenåbner, fordi den giver den første systematiske dokumentation af utilsigtede hændelser i Danmark. Den baner vejen for et skift i fokus fra individorienteret skyld til systematisk læring og forebyggelse. Undersøgelsen finder, at 9 % af samtlige somatiske heldøgnsindlæggelser helt eller delvist er belastet af følgevirkningerne af utilsigtede hændelser. Fire ud af 10 utilsigtede hændelsesforløb er vurderet til at kunne være forebygget under optimale forhold. Utilsigtede hændelsesforløb giver i gennemsnit anledning til syv ekstra sengedage pr. hændelsesforløb.

Nøgleord: *Utilsigtede hændelser, læring af fejl, patientsikkerhed*

Schiøler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A. Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse. *Ugeskrift for Læger*. 2001;163(39):5370-5378.

<https://orbit.dtu.dk/en/publications/forekomsten-af-utilsigtede-haendelser-pa-sygehuse/>

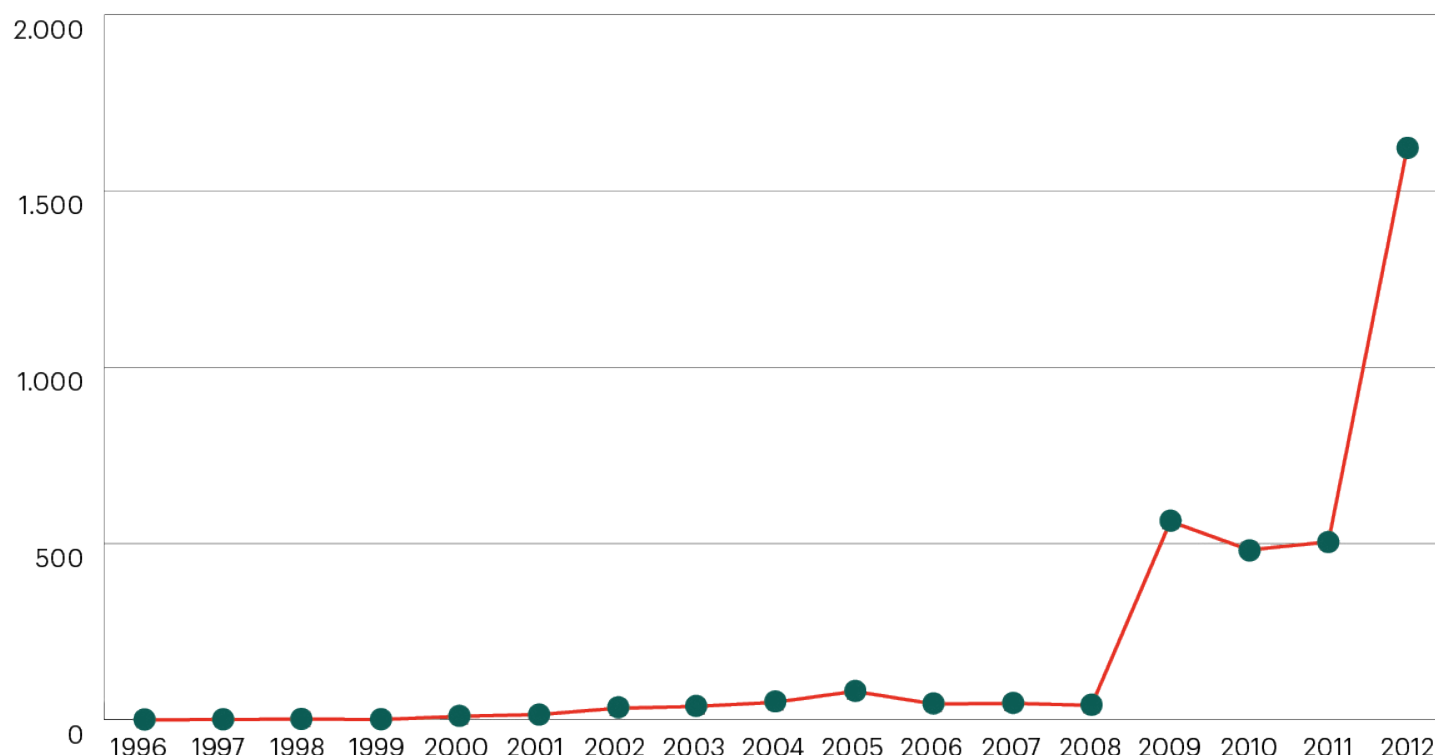
Publikationen udkommer i september 2001 og dokumenterer for første gang, at forekomsten af utilsigtede hændelser i Danmark ligger på samme niveau, som vist i undersøgelser fra en række andre lande. Dokumentation fra pilotundersøgelsen er medvirkende til, at en række af sundhedsvæsenets interessenter beslutter at grundlægge Dansk Selskab for Patientsikkerhed, PSI.

Selskabet har siden december 2001 arbejdet for at forbedre patientsikkerheden i Danmark. Selskabets bestyrelse består i 2025 af medlemmer udpeget af følgende organisationer: Danske Regioner, KL, Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd, FOA, Danmarks Apotekerforening, Danske Patienter, Medicoindustrien, Lægemiddelindustriforeningen og Danske Handicaporganisationer.

PSI er grundet sin konstruktion med centrale aktører på tværs af organisationer og sektorer en helt unik platform for at samarbejde om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet. I de første år var en af PSI's vigtigste mærkesager oprettelsen af et sanktionsfrit rapporteringssystem for utilsigtede hændelser, og dette blev få år senere vedtaget ved lov (se kapitel 7).

Omtale af patientsikkerhed i danske medier

Antal hits på patientsikkerhed 1996-2012



Antal hits i danske redaktionelle kilder ved søgning på "patientsikkerhed*" i det online mediearkiv Retriever (tidl. Infomedia).

Frem mod årtusindeskiftet eksisterer "patientsikkerhed" praktisk taget ikke i det danske sprog. I 1996 nævnes det slet ikke, og i årene efter kun 1-2 gange

I **2000** afholdes en konference på Frederiksberg om "Patient-sikkerhed – Hvordan bliver vi bedre til at forebygge fejl og andre utilsigtede hændelser i sygehussektoren?", og det blev nævnt i nyhedsbureauet Ritzaus "Tid & Sted".

I **2001** stiftes Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

I **2004** ser vi, at der også begynder at være andre kilder end redaktionelle, der omhandler patientsikkerhed – det kan fx være pressemeddelelser fra private aktører. De er dog ikke med-regnet i figurerne her, der kun omfatter redaktionelle kilder.

Omkring **2009** ser vi en markant stigning, hvilket tyder på, at ordet er ved at have vundet indpas. Det er også her omkring PS! begynder med de store patientsikkerhedskampanjer med Operation Life fra **2007-2009**, Patientsikkert Sygehus fra **2010-2013**, Sikker Psykiatri fra **2014-2018** og forbedringsprogrammet I sikre hænder fra **2013-2023**.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed stiftet

10. december 2001

Dansk Selskab for Patientsikkerhed blev mandag stiftet med det erklærede formål at fungere som organisatorisk ramme for arbejdet med at udvikle kvaliteten i den del af sundhedssektoren, der har med patientsikkerhed at gøre. Selskabet udpegede formanden for Amdrårdsforeningen, Kresten Philipsen, som bestyrelsesformand, mens Enheden for Patientsikkerhed på Hvidovre Hospital fremover vil fungere som sekretariat for bestyrelsen.

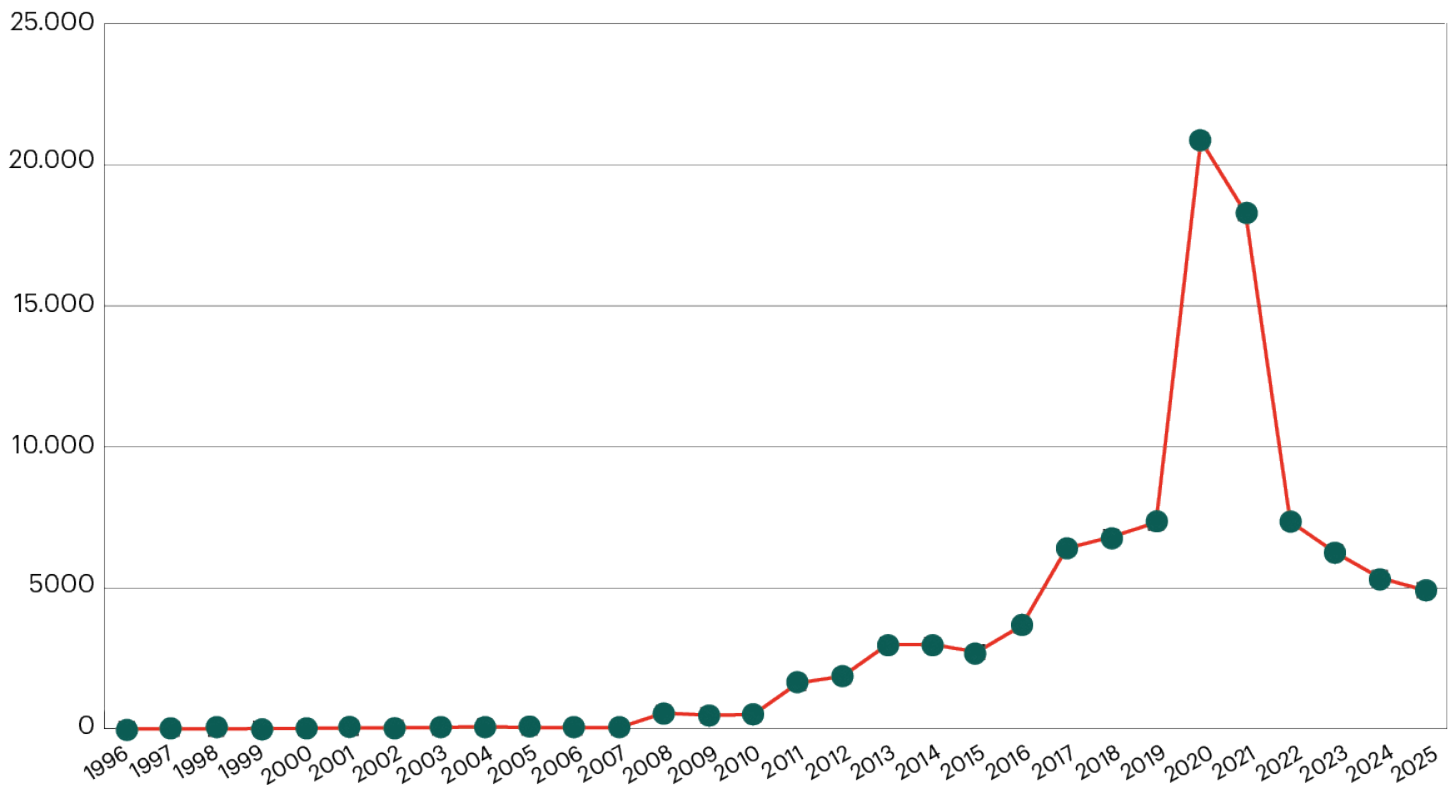
Baggrunden for stiftelsen er den dystre, at patient-sikkerheden ikke er i top.

En ny undersøgelse fra DSI, Institut for Sundhedsvæsen, har vist, at utilsigtede hændelser og fejl i vores sygehus-væsen er et stort problem, at ni pct. af alle patienter, der udskrives, har været udsat for utilsigtet eller skadevol-dende hændelser, og at fire ud af 10 fejl sandsynligvis kunne have været undgået, hvis man havde brugt den eksisterende viden og teknologi bedre.

/ritzau/

Telegram fra Ritzau om PS! stiftelse.

Antal hits på patientsikkerhed 1996-2025



Antal hits i danske redaktionelle kilder ved søgning på "patientsikkerhed*" i det online mediearkiv Retriever (tidl. Infomedia).

I **2010** udvides loven, så rapporteringspligten af utilsigtede hændelser også omfatter aktiviteter i den kommunale sundhedssektor, praksissektoren, apotekersektoren og det præhospitale område.

I oktober **2015** oprettes Styrelsen for Patientsikkerhed, som bl.a. har til opgave at føre det overordnede tilsyn på sundhedsområdet, yde sundhedsfaglig rådgivning samt arbejde med læring på tværs af sundhedsvæsenet.

I årene **2020-2021** omtales patientsikkerhed usædvanligt meget i medierne, hvilket selvfølgelig skal ses i sammenhæng med covid-19-pandemien, der i perioder lukkede landet ned og satte sundhedsvæsenet under pres.

I efteråret **2024** var den sanktionsfri rapportering af utilsigtede hændelser tæt på at blive afskaffet (se kapitel 7). Det lykkedes heldigvis at bevare den unikke ordning, blandt andet takket være en række aktører fra sundhedsvæsenet, heriblandt PSI, der gik på barrikaderne – og i medierne – for at sikre, at vi fortsat har et lærende sundhedsvæsen i Danmark.

5.

Et systematisk værktøj til analyse af utilsigtede hændelser

PUBLIKATION

U.S. Department of Veteran Affairs (2001):

Root Cause Analysis Tool

Publikationen introducerer det systematiske værktøj *Root Cause Analysis (RCA)*, kerneårsagsanalyse, som siden er blevet et standardværktøj for patient-sikkerhed. Det anvendes til at identificere grundlæggende årsager til fejl og muliggør dermed, at der iværksættes stærke handlingsplaner.

Nøgleord: *Root Cause Analysis* (på dansk: kerneårsagsanalyse), standardisering og robusthed, stærke handlingsplaner

VHA National Center for Patient Safety.
Guide to performing a root cause analysis.
Revision 10-20-2020. Washington (DC): U.S. Department of Veterans Affairs; 2020.

https://www.patientsafety.va.gov/docs/RCA_Guidebook_10212020.pdf

Publikationen beskriver detaljeret en analysemetode, kerneårsagsanalyse, der kan bruges til at undersøge årsagen bag en utilsigtet hændelse og iværksætte handlinger, for at samme hændelse ikke sker igen.

U.S. Department of Veteran Affairs' Root Cause Analysis Tool er første gang udgivet i 2001 og herefter revideret, senest i 2021. Den oprindelige version af publikationen er ikke længere tilgængelig.

Kerneårsagsanalysen er et redskab, som har vundet stor udbredelse i det danske sundhedsvæsen.



We look in large part to High-Reliability Organizations (HROs) like aviation and nuclear power for guidance in accomplishing our mission. Both of these industries have very low accident rates in spite of the complex and hazardous nature of their business.

U. S. Department of Veteran Affairs (2021)

Patientsikkerhedsanalyser

Allerede i 2004 udgav PSI et kompendie i kerneårsagsanalyse for risikomanagere og en Håndbog i kerneårsagsanalyse. Materialet er blevet flittigt brugt i det danske sundhedsvæsen, og kerneårsagsanalysen er fortsat en standardmetode, når der ønskes en grundig undersøgelse af en utilsigtet hændelse.

PSI har senest beskrevet kerneårsagsanalysen i et metodekatalog, der blev udgivet i samarbejde med Region Hovedstaden i 2019.

Der er også udviklet en light-version af metoden, hændelsesanalyse. Metoderne er desuden tilpasset til brug også i primærsektoren. Metodekataloget fra 2019 blev i 2020 fulgt op af et interaktivt e-læringsmateriale, der skal støtte patientsikkerhedskoordinatorer, risikomanagere og andre, som har til opgave at facilitere udarbejdelsen af analyserne.

WWW

På patientsikkerhed.dk/kanonlinks er der direkte links til en række af de projekter, rapporter og materialer, der omtales i publikationen.

Handlingsplanens styrke

Publikationen fra U.S. Department of Veteran Affairs kommer også ind på forløbet efter analysen, og hvilke handlinger der kan iværksættes, for at hændelsen ikke sker igen. Publikationen opstiller et hierarki over handlingsplanens styrke.

Handlingsplaner, der er baseret på, at medarbejderne skal gøre sig mere umage, har ikke stor gennemslagskraft. Medarbejderne gør sig allerede umage. Årsagen til utilsigtede hændelser er sjældent, at nogen sjusker i deres arbejde. Mere viden og nye retningslinjer er ikke tilstrækkeligt.

Det er langt mere effektivt med tiltag, som automatisk får medarbejderne til at gøre tingene rigtigt eller forhindrer dem i at gøre det forkert. Helt generelt kan man sige, at jo mere man kan gøre sine tiltag uafhængige af menneskelige faktorer, jo mere gennemslagskraft vil tiltagene få.

Et eksempel på et tiltag med stor virkning er etablering af barrierer, fx at sprøjten til sondemad rent fysisk ikke passer i studsens til intravenøs adgang. Det er simpelthen umuligt ved en fejl at give sondemad i droppet. Standardisering og forenkling af processer og procedurer, der reducerer mængden af spørgsmål, som medarbejderne skal tage stilling til, er et andet eksempel.

Tiltag, der understøtter medarbejdernes beslutninger, rubriceres i den næste kategori, når det gælder effektiv gennemslagskraft. Det kan være tjeklister, it-systemer, mere arbejdsro eller forbedret kommunikation.

Blandt de tiltag, som har mindst effekt, er undervisning, nye vejledninger og retningslinjer, advarsler, memoer osv.

Hierarki over handlingsplanens styrke

Meget effektive principper	Moderat effektive principper	Mindre effektive principper
• Ændringer i institutionens fysiske struktur og arkitektur • Nyt apparatur testes af bruger inden køb • Avancerede tekniske tests eller ændringer i eksisterende udstyr • Simplificering med reduktion af antal trin i processen • Standardisering af udstyr, processer og journaler • Massivt ledelsesmæssigt engagement og fokus på patientsikkerhed	• Reducere arbejdsbelastningen • Udbygge eksisterende eller tilføjelse af nyt software • Eliminering eller reduktion af distraktioner ved klinisk opgaveløsning • Udarbejdelse af tjeklister og anden kognitiv støtte • Eliminere ens udseende og enslydende præparater og produkter • Tilbagelæsning ved mundtlige ordinationer • Styrke dokumentations- og kommunikationsprocesser • Eliminere overflødige procedurer	• Dobbelttjek • Advarsler eller skrivelser, der gør opmærksom på en fejlkilde • Nye retningslinjer • Undervisning • Yderligere observationer / analyser

Kilde: VHA National Center for Patient Safety, 2002, PSI' oversættelse

6.

Sundhedsvæsenet opbygger ny sikkerhedsorganisation

PUBLIKATION

Mogensen et al. (2002):

Patientsikkerhed i Danmark – et år efter pilotundersøgelsen

Artiklen i Ugeskrift for Læger følger op på pilotundersøgelsen af Schiøler et al. (kapitel 4). og viser, hvordan Danmark begynder at operationalisere systematisk patientsikkerhedsarbejde. Patientsikkerhed er kommet på dagsordenen i det danske sundhedsvæsen med opbakning fra både offentlige instanser og faggrupperne. PS!' første direktør Beth Lilja er blandt forfatterne.

Nøgleord: rapporteringssystem for utilsigtede hændelser, patientsikkerheds-analyser, akkreditering

Mogensen TS, Poulsen J, Wendelboe BW, Pedersen BL. Patientsikkerhed i Danmark – et år efter pilotundersøgelsen. *Ugeskrift for Læger*. 2002;164(38):4377–4379.

<https://ugeskriftet.dk/videnskab/patientsikkerhed-i-danmark-et-aar-efter-pilotundersogelsen>

I begyndelsen af 00'erne opstår der en voksende opmærksomhed omkring patientsikkerhed. Begrebet er slået fast på den sundhedspolitiske dagsorden med initiativer i mange faggrupper over hele landet, og både nationale og regionale initiativer er i gang.

Hospitalerne opretter sikkerhedsorganisationer og ansætter risikomanagere. I Hovedstadens Sygehusfællesskab oprettes allerede i 2001 en Enhed for Patientsikkerhed, og der etableres et rapporteringssystem for bestemte typer af utilsigtede hændelser.

Nogle amter, bl.a. Sønderjyllands, Århus, Københavns og Frederiksborg, begynder at eksperimentere med akkreditering. Erfaringerne herfra danner grundlag for oprettelsen af Dansk Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) i 2005 og lanceringen af Den Dansk Kvalitetsmodel (DDKM).

I 2007 gennemføres en stor strukturreform, hvor 14 amter nedlægges og erstattes af fem regioner, som får ansvaret for sygehusvæsenet. 271 kommuner sammenlægges til 98, og de får ansvar for forebyggelse, genoptræning og pleje.

DDKM er oprindeligt udviklet til hospitaler og sygehuse, men med strukturreformen bliver kommunerne ansvarlige for mange sundhedsfaglige opgaver, fx hjemmesygepleje, plejecentre og rehabilitering. Det skaber et behov for at sikre kvalitet og patientsikkerhed også uden for hospitalerne. Derfor udvides DDKM gradvist og tilpasses det kommunale sundhedsvæsen.

Akkreditering

Akkreditering i sundhedsvæsenet betyder, at et hospital eller en anden sundhedsorganisation bliver vurderet af en uafhængig instans ud fra nogle foruddefinerede kvalitetsstandarder. Formålet er at sikre, at behandlingen er sikker, ensartet og lever op til faglige og organisatoriske krav. Processen omfatter gennemgang af arbejdsgange, patientsikkerhed, ledelse og kvalitetsarbejde.

Til at gennemføre og rådgive omkring akkreditering har man mange steder i det danske sundhedsvæsen brugt den amerikanske organisation Joint Commission International (JCI), som tilbyder akkreditering og rådgivning til hospitaler i mange lande.



Ændring af kulturen i sundhedssektoren i retning af en mere lærende frem for dømmende kultur vil kræve megen opmærksomhed i de kommende år.

Mogensen et al. (2002)

EKSEMPEL

Risikomanagere og læringssæt

I slutningen af 00'erne og begyndelsen af 2010'erne tilbyder PS! kurser for risikomanagere både i primær- og sekundærsektoren.

Der udvikles undervisningsmaterialer, blandt andet i form af såkaldte "læringssæt" om Sikker Mundtlig Kommunikation, Den menneskelige faktor, Kerneårsagsanalyse, Love og regler og Patientsikkerhedsrunder



Læringssæt udviklet af Dansk Selskab for Patientsikkerhed i slutningen af 00'erne

7.

Danmark vedtager lov om patientsikkerhed

PUBLIKATION

Lucian L. Leape (2002):

Reporting of Adverse Events

Artiklen er en af de mest betydningsfulde internationale publikationer om rapportering og læring i sundhedsvæsenet. Den cementerer idéen om, at rapporteringssystemer skal understøtte en læringskultur, der forebygger gentagelse af utilsigtede hændelser. Artiklen gennemgår forskellige modeller for rapporteringssystemer og nævner, at rapportering for at være effektiv skal være nem, sikker (sanktionsfri) og umagen værd.

Nøgleord: Rapporteringssystemer, læringskultur, ikke-sanktionerende miljø

Leape LL. Reporting of adverse events. *N Engl J Med*. 2002;347(20):1633–1638.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMNEJMhpr011493>

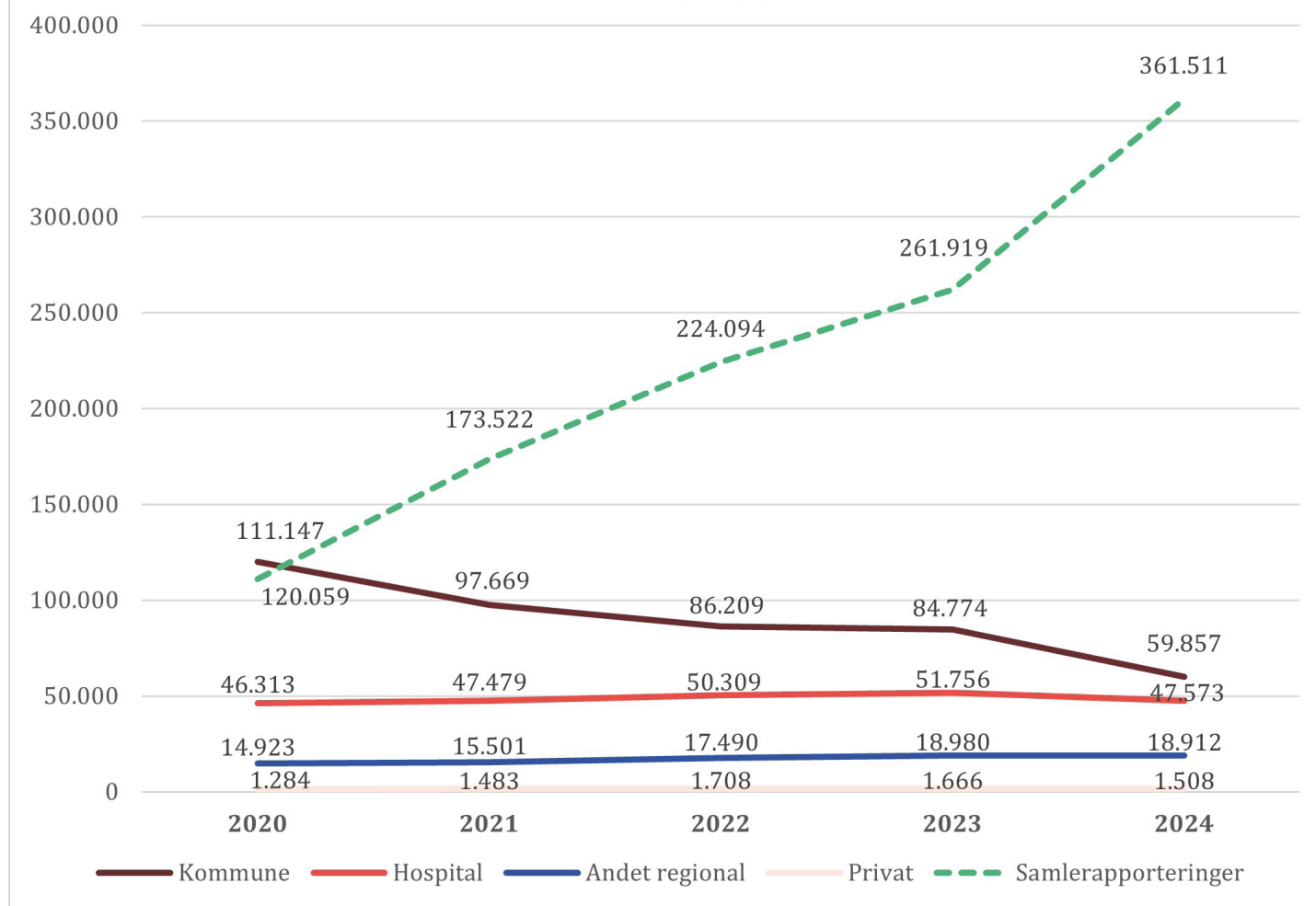
I 2003 vedtager Danmark en lov om patientsikkerhed som det første land i verden. Loven træder i kraft den 1. januar 2004. Med loven indføres det sanktionsfrie rapporteringssystem for utilsigtede hændelser. Systemet giver sundhedsprofessionelle pligt til at rapportere, og intentionen er, at man både lokalt og nationalt skal lære af de hændelser, der sker.

I begyndelsen gælder rapporteringsordningen for de offentlige sygehuse, men i 2010 udvides loven, så også aktiviteter i den kommunale sundhedssektor, praksissektoren, apotekersektoren og det præhospitale område er omfattet. Desuden får patienter og pårørende mulighed for at rapportere.

Rapporterne behandles lokalt og samles desuden i Dansk Patientsikkerhedsdatabase, der modtager flere hundredtusinder rapporter hvert år. I 2020 indføres samlerapportering. Det betyder, at personalet ikke behøver at rapportere mindre alvorlige hændelser inden for bestemte kategorier individuelt, men kan samle hændelserne og rapportere en gang om måneden. En mulighed, som bruges meget i det kommunale sundhedsvæsen.

I efteråret 2024 foreslår regeringen – som et led i planerne om at reducere den statslige administration med 1.000 årsværk – at afskaffe den sanktionsfri rapportering af utilsigtede hændelser og samtidig nedlægge systemet til håndtering af rapporterne, Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Efter protester fra blandt andre PS! ændrer regeringen dog planer, og der indgås en aftale, således at rapporteringssystemet og driften af Dansk Patientsikkerhedsdatabase fra 1. maj 2025 videreføres af Danske Regioner og regionerne. Det er herefter Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, der er tildelt ansvaret for opgaven.

Udvikling i antal rapporterede UTH fordelt på lokationsgrupper



Udvikling i antal individuelt rapporterede UTH fordelt på lokationsgrupperne 'Kommune', 'Hospital', 'Andet regionalt' og 'Privathospital og hospice' samt udviklingen i antallet af samlerapporterede UTH i perioden 2020 til og med 2024. Fra "Dansk Patientsikkerhedsdatabase Årsberetning 2024", Styrelsen for Patientsikkerhed.

8.

De store patientsikkerhedskampagner: Helt sikkert – hver gang

PUBLIKATION

Institute of Medicine (2001):

Crossing the Quality Chasm

Rapporten bygger videre på "To Err is Human" (kapitel 3), men skifter fokus fra blot at reducere fejl til en bredere vision for systemtænkning og et fundamentalt redesign af sundhedssystemet. Rapporten sætter fokus på kvalitetskløften, dvs. hvordan eksisterende evidensbaseret viden ikke altid anvendes systematisk i sundhedsvæsenet – et fænomen, som andre steder beskrives som et *know-do gap*. Rapporten opridser et framework for et bedre sundhedssystem baseret på seks mål: sikker, evidensbaseret, patientcentreret, rettidig, omkostnings-effektiv og retfærdig pleje.

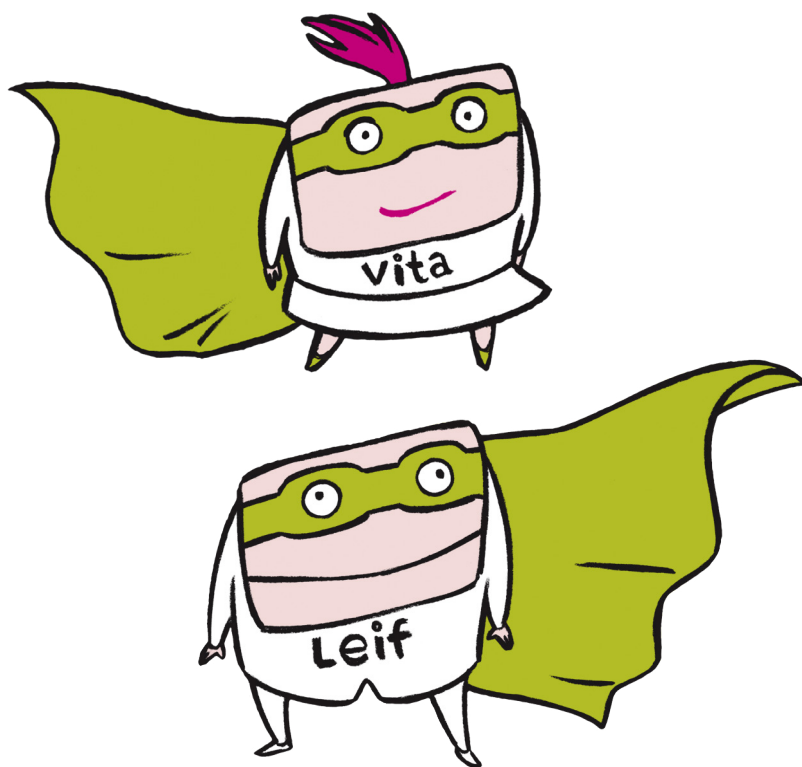
Nøgleord: Seks kvalitetsmål, systemtænkning, patientcentreret pleje

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.

<https://doi.org/10.17226/10027>

Det er blandt andet tankerne fra Crossing the Quality Chasm, der danner grundlag for de to store landsdækkende patientsikkerhedskampagner Operation Life og Patientsikkert Sygehus, der bliver gennemført fra 2007 til 2012 i et samarbejde mellem TrygFonden, Danske Regioner og Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Kampagnerne er også inspireret af tilsvarende initiativer i USA (100.000 Lives-kampagnen, 2004-2006) og Storbritannien (Safer Patients Initiative, 2004-2008).



De to små superhelte Vita og Leif var med til at styrke humør og engagement under patientsikkerhedskampagnen Operation Life (2007-2009).

Care bundles – patientsikkerhedspakker

For at fremme systematisk brug af evidensbaseret pleje og behandling arbejder kampagnerne med begrebet *care bundles*, der i de danske kampagner kaldes ”pakker”.

En pakke beskriver i få punkter de vigtigste handlinger inden for et afgrænset klinisk område, fx behandling af akut myokardieinfarkt (blodprop i hjertet), forebyggelse af tryksår eller forebyggelse af lungebetændelse hos patienter i respirator. Pakkerne har til formål at sikre, at alle patienter modtager hovedelementerne i den pleje og behandling, som sundhedsfaglige eksperter på forhånd er enige om, er den rette. Helt sikkert – hver gang, som sloganet lød i Patientsikkert Sygehus.

Pakkerne er altså et udtryk for systematisering og prioritering af den eksisterende *best practice*, som ofte i forvejen er beskrevet i vejledninger og retningslinjer. Nye forskningsresultater og ny klinisk viden indarbejdes løbende.

Erfaringen fra de to kampagner er, at pakkerne er et godt redskab. Når de fire-fem-seks vigtigste interventioner er samlet, er der større sandsynlighed for, at de bliver leveret, end hvis man skal huske på dem enkeltvis.



Fra Patientsikkert Sygehus på Næstved Sygehus

I forbindelse med pakkerne måler man lokalt løbende på opfyldelsesgraden, dvs. hvor mange patienter har fået hele pakken? Det giver mulighed for at følge, om der er fremdrift i arbejdet med at forbedre patientsikkerheden.

Også i senere projekter som Sikre fødsler og Sikker Psykiatri samt forbedringsprogrammet I sikre hænder blev der arbejdet med pakkebegrebet.

Metoder til fokusering af patientsikkerhedsarbejdet

Der er en række forskellige datakilder, der kan analyseres, hvis man ønsker at pege på områder, hvor der er potentiale for forbedringer af patientsikkerheden. Man kan kigge på rapporterede utilsigtede hændelser, patientklager, patienttilfredsheds-undersøgelser eller gennemføre en mortalitetsanalyse, som beskrevet i kapitel 3.

Metoderne er samlet beskrevet i publikationen Fokusering af forbedringsarbejdet, der er udgivet af Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Publikationen beskriver også, hvordan viden fra disse kilder kan systematiseres, så den kan anvendes i prioriteringen af patientsikkerhedsarbejdet.

Global Trigger Tool

Et måleredskab, der blev afprøvet og anvendt i kampagnen Patientsikkert Sygehus, er Global Trigger Tool. Det er en metode til at måle, hvor mange patienter der skades under indlæggelse. En skade er i denne sammenhæng en utilsigtet fysisk overlast, som ikke skyldes patientens sygdom, men er en følge af pleje eller behandling. Typiske skader er tryksår, hospitalsinfektioner eller følger af fejlmedicinering.

PS! har i 2015 udarbejdet en håndbog om Global Trigger Tool-metoden (GTT). Håndbogen bygger på en tidligere GTT-håndbog udgivet af Region Syddanmarks Center for Kvalitet og PS! i

2008 samt erfaringer fra brug af metoden, bl.a. i projektet Patientsikkert Sygehus. Metoden kan anvendes både i somatikken og i psykiatrien. Der er tale om en struktureret journalaudit, hvor journalen gennemgås systematisk med henblik på at afgøre, om patienten kan have været udsat for en skade. Til at støtte den systematiske gennemgang anvendes et antal triggere, der er signaler om, at der kan være sket en patientskade. Ved at benytte sig af triggere får man et fingerpeg om, hvor i journalen man skal lede efter en eventuel skade, sådan at man undgår at skulle nærlæse hele indlæggelsesforløbet.

Going naked

I forbindelse med Operation Life og Patientsikkert Sygehus var der fokus på ledelsens rolle i arbejdet med patientsikkerhed. En af inspirationskilderne var hvidbogen "Seven Leadership Leverage Points", udgivet af det amerikanske Institute for Healthcare Improvement, IHI. Publikationen beskriver syv områder, hvor ledere i sundhedsvæsenet kan skabe den største effekt på organisationsniveau: ved at sætte klare mål, udvikle en samlet strategi, skabe gennemsigtighed, involvere patienter, koble økonomi tæt til kvalitetsarbejdet, engagere læger aktivt og opbygge organisatorisk forbedringskapacitet.

En af forfatterne bag "Seven Leadership Leverage Points" er ekspert i hospitalsledelse Jim Reinertsen, der er særligt kendt for at tale for åbenhed og transparens i arbejdet i stedet for patientsikkerhed. Han har skrevet en berømt klumme i Healthcare Financial Management Association (HFMA) med titlen 'How to go naked'.

Reinertsen kritiserer den traditionelle tendens til at forskønne tallene eller tilbageholde negative data om patientsikkerhed, før de præsenteres for bestyrelser, medarbejdere eller offentligheden. Når organisationer kun viser tal, der er "klar til publicering", fastholdes en kultur, hvor



Sygehus Thy-Mors var et af de sygehuse, der deltog i Patientsikkert Sygehus. De tog 'going naked' alvorligt og præsenterede sygehusets patientsikkerhedsdata offentligt for medarbejdere og besøgende.

problemer skjules, og hvor læring forsinkes eller helt udebliver. Reinertsen argumenterer derfor for, at ledere bør være villige til at "klæde sig af" (go naked) – det vil sige at lægge rå og uforarbejdede data åbent frem, også når de viser svagheder, usikkerhed eller fejl.

Ifølge ham er gennemsigtighed et ledelsesmodus, der skaber tillid og fremmer reel forbedring. Når data præsenteres hurtigt og ubesmykket, bliver det muligt at opdage mønstre, reagere tidligt og engagere alle niveauer i organisationen i arbejdet med patientsikkerhed.

9.

Fra "Patientens bog" til borgerinddragelse og samskabelse

PUBLIKATION

WHO (2006):

Patients for Patient Safety – London Declaration

I erkendelse af, at patienterne og deres pårørende er en vigtig ressource for udviklingen af patientsikkerhed, oprettes i regi af WHO en verdensomspændende bevægelse, *Patients for Patient Safety*, som i 2006 udgiver "Londondeklarationen". Initiativet har globalt haft stor betydning for opmærksomheden på patienternes rolle i udviklingen af patientsikkerhed. Budskabet er, at patienter og pårørende er vigtige partnere, der gennem konstruktiv dialog med sundhedsvæsenet og dets medarbejdere kan bidrage til styrket patientsikkerhed.

Nøgleord: *Patientinddragelse, empowerment, åbenhed og transparens, dialog*

World Health Organization. *Patients for patient safety: London declaration*. Geneva: World Health Organization; 2006.

<https://www.who.int/publications/m/item/patients-for-patient-safety-london-declaration>

PS! har siden midten af 00'erne haft fokus på patienterne som ressource for patientsikkerhed. Allerede i 2007 stiftedes Patientambassadørerne: Et netværk bestående af patienter og pårørende, som stiller deres erfaringer og historier til rådighed for aktører i sundhedsvæsenet ud fra et ønske om at bidrage til læring og tale ind i eksisterende dagsordener med et patientperspektiv.

Patienter og pårørende kan bidrage til deres egen individuelle sikkerhed ved at være aktive i eget forløb, og PS! har gennem årene udviklet en række materialer, der støtter patienterne i dette.

Men patienter og pårørende kan også være ressourcer i andre sammenhænge, fx når de på et mere overordnet niveau medinddrages i planlægning og organisering i sundhedsvæsenet. Det sker fx i patient- og pårørenderåd på hospitaler og plejecentre.

Både patienter, pårørende og borgere i almindelighed kan deltage i såkaldte samskabelsesprocesser, hvor de i samarbejde med sundhedsvæsenet er med til at udvikle nye initiativer og løsninger.



We, Patients for Patient Safety, envision a different world in which healthcare errors are not harming people.

WHO (2006)

Patientambassadørerne

Patientambassadørerne udspringer af WHO-netværket *Patients for Patient Safety*, der arbejder globalt med fokus på patientsikkerhed. De er tilknyttet PSI, deltager i selskabets projekter og bidrager til et kontinuerligt fokus på patient-/borger-/pårørende perspektivet i patientsikkerhedsarbejdet.



Patientambassadørerne anno 2025 (fra venstre): Emil Maischnack Jensen, Birgit Hartoft, Lise Christiansen, Katrine Kirk, Vibeke Andersen, Majbritt Larsen og Kira Ørbekker.

DIN NÆSTE SAMTALE MED SUNDHEDSVÆSENET
KAN ÆNDRE DIT LIV... TAG ORDET!

Dét at konsultere en læge eller sundhedsperson består i et samarbejde. I har gensidigt brug for informationer fra hinanden for at komme frem til den rigtige diagnose og behandling. Det er derfor vigtigt, at du ud over at lytte også tager ordet. Det hjælper denne guide dig til.

[Find guiden på patientsikkerhed.dk/tagordet](http://patientsikkerhed.dk/tagordet)

FØR
Forbered dig – og overvej at tage en ledsager med.

UNDER
Vær bevidst om din rolle – lyt og tag ordet undervejs.

EFTER
Hold styr på dine aftaler – sig til, hvis der er noget, du ikke forstår.

YOUR NEXT MEETING WITH THE HEALTHCARE SYSTEM
CAN CHANGE YOUR LIFE... SPEAK UP!

Consultations with a doctor or a healthcare professional are conversations that require collaboration. You rely on each other's information to reach the right diagnosis and treatment. Therefore, it is important that besides listening you also speak your mind. This guide will help you.

[Find the guide at patientsikkerhed.dk/speakup](http://patientsikkerhed.dk/speakup)

BEFORE
Prepare yourself – and consider bringing a companion.

DURING
Be aware of your role – listen and speak up.

AFTER
Keep track – react if there is anything that becomes unclear.

Guiden er udviklet af patienter og pårørende, der selv har oplevet at stå i sårbare situationer, hvor det har været svært at tage ordet under samtaler i sundhedsvæsenet – i samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

This guide is developed by patients and relatives, who have experienced being in vulnerable situations themselves, where it was difficult to speak up during conversations within the healthcare system – in cooperation with The Danish Society for Patient Safety.

Plakat fra patientguiden "Tag ordet". Plakaten er både på dansk og engelsk og er bl.a. egnet til venteværelser, boligforeninger etc.

Denne bog tilhører:

10 gode råd til patienter om patientsikkerhed

1 Spørg hellere for meget end for lidt
2 Fortæl os om dine vaner
3 Skriv ned undervejs
4 Flere ører hører bedre
5 Lad eventuelt en anden tage samtalen
6 Godkend dig selv
7 Hør om operationen
8 Sig til hvis det gør ondt
9 Spørg hvordan behandlingen skal fortsætte
10 Kend din medicin

Læs mere om de 10 gode råd til patienter – se side 110 og frem

Patientens bog
En guide til et sikkert patientforløb

Patientens bog

I 2006 udgav PSI sammen med TrygFonden "Patientens bog", der er en guide til patienter og pårørende i mødet med sundhedsvæsenet, blandt andet med "10 gode råd til patienter om patientsikkerhed".

Gennem årene har PSI fulgt op med en række materialer og hjælpemidler til patienter og pårørende. Blandt andet "Godt du spør" og senest "Tag ordet", som er en guide til patienter og pårørende om at indgå i samarbejdet med sundhedspersonalet om at finde frem til den rigtige diagnose og behandling.

Hej Sundhedsvæsen

I perioden 2014-2017 gennemførte PS! i samarbejde med TrygFonden kampagnen Hej Sundhedsvæsen, hvor målet var at øge patientsikkerheden ved at fremme indflydelse fra patienter og pårørende. Fremgangsmåden var at samle og dele gode råd, viden, redskaber og inspiration til, hvordan man som patient eller pårørende kan være med til at undgå fejl og sikre, at man får den bedst mulige behandling, når man er i kontakt med sundhedsvæsenet.



I forbindelser med kampagnen lanceredes en række redskaber, fx "Sig frem", som hospitalsafdelinger kan bruge til at få tilbagemelding fra patienterne. "Sig frem"-materialet består af postkort, som patienter og pårørende skriver deres feedback på, så sundhedsprofessionelle på en enkel og nem måde kan få indsigt i deres viden, oplevelser og erfaringer.

Hvad er vigtigt for dig?

Den internationale *What matters to you?*-dag begyndte i 2014 med en ambition om at spørge patienter "Hvad er vigtigt for dig?" i stedet for "Hvad er der i vejen med dig?". PS! og TrygFonden var bannerførere for at udbrede dagen i Danmark, og mere end ti år senere er det fortsat en dag, der nyder stor opbakning på hospitaler og i ældreplejen. Kampagnen opfordrer sundhedsprofessionelle til at spørge patienter, borgere, brugere og pårørende "Hvad er vigtigt for dig?" – ikke kun den ene dag, men året rundt.

Ved at vide, hvad der er vigtigt for borgeren eller patienten, kan sundhedsprofessionelle tilrettelægge behandlingsforløbet, så de tager udgangspunkt i den enkeltes vaner, behov og ønsker. Resultatet er større patienttilfredshed, bedre behandlingsresultater og i sidste instans større patientsikkerhed.

Flere steder er der også begyndt at være fokus på at stille medarbejderne det samme spørgsmål, enten i forbindelse med Hvad er vigtigt for dig?-dagen eller på en særskilt dag.

Tidligere blev dagen afholdt den 6. juni, men fra 2025 afholdes den første tirsdag i juni hvert år.



PS! og TrygFonden udgav de første år en række materialer, som var med til at skabe stor synlighed og opbakning til at deltage i dagen og spørge patienter, borgere og pårørende: "Hvad er vigtigt for dig?"

WWW

På patientsikkerhed.dk/kanonlinks er der direkte links til en række af de projekter, rapporter og materialer, der omtales i publikationen.



Sikkert Seniorliv forenede kræfter fra både ansatte og frivillige i kommunerne Faaborg-Midtfyn, Horsens og Thisted med en ambition om at finde nye veje til at forebygge depression i alderdommen.

Borgerinddragelse og samskabelse

Der arbejdes også med patient- og borgerinddragelse og samskabelse på et mere organisatorisk niveau. Fx i projektet Sikkert Seniorliv, der er gennemført af PS! i samarbejde med TrygFonden i 2017–2019. Her samarbejdede kommunalt ansatte og frivillige fra civilsamfundet om at finde nye veje til at forebygge aldersdepression.

Fra besøgstider til fri adgang for pårørende

I forbindelse med kampagnen Hej Sundhedsvæsen blev der fra 2013 til 2018 hvert år gennemført en kortlægning af besøgstider på de danske hospitaler. Kampagnen advokerede for, at besøgstider skulle afskaffes, idet begrænsede besøgstider blev anset for at udgøre en strukturel barriere for patienter og pårørende i mødet med sundhedsvæsenet.

Undersøgelsen fra 2013 viste, at begrænsede besøgstider var udbredt, uden at der lå nogen gennemgående faglig systematik bag. Dermed blev der sat spørgsmålstegn ved begrundelsen for besøgstider i det hele taget.

I de følgende år viste undersøgelserne, at stadig flere afdelinger afskaffede besøgstider for pårørende. Besøgstidsundersøgelsen fra 2018 kunne på baggrund af en kortlægning af 120 medicinske og kirurgiske afdelinger konkludere, at besøgstider stort set var afskaffet på de danske sygehuse, så pårørende nu har fri adgang.

10.

Patientsikkerhed fra niche til mainstream

PUBLIKATION

Charles Vincent (2006, 2. udgave 2010):

Patient Safety

Bogen er praktisk anvendelig og beskriver både tankegang og metoder inden for patientsikkerhed. Den bygger videre på tidligere forskning som "To Err is Human" (kapitel 3) og "Crossing the Quality Chasm" (kapitel 8), men går et skridt videre ved at beskrive konkrete redskaber til at analysere og forbedre patientsikkerheden. Dermed understøtter den sundhedsvæsenet i et systematisk arbejde med at forbedre patientsikkerheden.

Nøgleord: *Risikoanalyse, patientcentreret sikkerhed, organisatorisk læring*

Vincent C. *Patient safety*. 2nd ed. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010.

<https://dx.doi.org/10.1002/9781444323856>

Vincent's bog fra 2006, med en udvidet udgave fra 2010, er den første egentlige grundbog i patientsikkerhed. Den markerer, at patientsikkerhed ikke længere blot er en – måske lidt kontroversiel – niche for nogle få entusiaster, men en nødvendighed i det moderne sundhedsvæsen.

I Danmark afspejler denne udvikling sig i en øget opmærksomhed på patientsikkerhed, blandt andet i forbindelse med de store patientsikkerhedskampagner (se kapitel 8). Både regioner, hospitaler og kommuner ansætter risikomanagere, og man begynder at anvende værktøjer som mortalitetsanalyser, patientsikkerhedsrunder og kerneårsagsanalyser.

Som led i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) gennemføres mellem 2010 og 2015 to akkrediteringsrunder på de offentlige sygehuse, men der er kritik af DDKM for at være bureaukratisk. Derfor bliver akkreditering udfaset og afløses af Det Nationale Kvalitetsprogram for sundhedsvæsenet, hvor der i højere grad sættes fokus på kvalitetsudvikling frem for kvalitetskontrol og på klare mål og resultater, som skaber værdi for patienten og borgeren.



På læringsseminarer lærte ansatte i ældreplejen bl.a. om forbedringsmetoder og kunne udveksle erfaringer med hinanden. Her ses de 13 kommuner, der deltog i I sikre hænder 2, på et læringsseminar i maj 2018.

Patientsikkerhed i primærsektoren

Efter den kommunale strukturreform i 2007 har de 98 nye kommuner fået ansvaret for det primære sundhedsvæsen, dvs. forebyggelse, genoptræning og pleje. Det bliver dermed også relevant for kommunerne at beskæftige sig med patientsikkerhed.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed lancerede i samarbejde med Sundhedsministeriet og KL forbedringsprogrammet I sikre hænder, der havde til formål at sikre borgerne i ældreplejen en sikker pleje og behandling.

I sikre hænder begyndte med fem pilotkommuner i 2013, udvidede i 2016 med 13 kommuner, og i efteråret 2020 kom yderligere 15 kommuner med i programmet. Målet var at reducere tryksår, medicinfejl, fald og infektioner blandt borgere i ældreplejen. I sikre hænder viste, at det er muligt at reducere risikoen for tryksår og medicineringsfejl markant.



I sikre hænder

Det Nationale Kvalitetsprogram

Det Nationale Kvalitetsprogram blev indført i 2015 af regeringen, KL og Danske Regioner. Programmet bygger på nationale mål for sundhedsvæsenet, etablering af lærings- og kvalitetsteams på områder med kvalitetsudfordringer samt et nationalt ledelsesprogram, der skal styrke ledernes evne til at arbejde med løbende, dataunderstøttede forbedringer.

Lærings- og kvalitetsteams samler fagfolk og eksperter på tværs af sektorer for at forbedre kvaliteten inden for specifikke områder med kendte problemer, og nye teams etableres løbende. Derudover indgår fokus på patientinddragelse, værdibaseret styring og brug af sundhedsdata som en del af programmet.

11.

Patientsikkerhed kræver etiske overvejelser

PUBLIKATION

Runciman et al. (2007):

Safety and Ethics in Healthcare

Bogen er en guide til, hvordan sundhedsvæsenet kan drives på en måde, som både er sikker og etisk forsvarlig. Den beskriver de mange dilemmaer, som opstår, når man i sundhedsvæsenet skal balancere kvalitet, sikkerhed, retfærdighed, ressourceknaphed og ansvar over for patienter, personale og samfund. Målet er at "gøre det rette", "på den rette måde", "på det rette tidspunkt" og "for de rette mennesker".

Nøgleord: Etik, prioritering, gennemsigtighed, respekt for patientautonomi

Runciman WB, Merry AF, Walton MM. Safety and ethics in health care. *Qual Saf Health Care*. 2007;16(6):474–478.

<https://doi.org/10.1201/9781315607443>

Bogen "Safety and Ethics in Healthcare" argumenterer for, at etik og patientsikkerhed er tæt forbundne og ikke kan adskilles. At yde sikker behandling handler ikke kun om at undgå fejl, men også om at handle etisk forsvarligt over for patienter og kolleger.

Det betyder blandt andet, at der skal være respekt for patientautonomi, og at patienter skal have tilstrækkelig information og frihed til at træffe beslutninger om deres egen behandling.

Når fejl sker i sundhedsvæsenet, er det afgørende, hvordan de håndteres – gennem åbenhed, læring og systemforbedringer, ikke skyld og straf.

Også den begrænsning, der nødvendigvis er i sundhedsvæsenets ressourcer, skaber uundgåeligt etiske dilemmaer og risici for patientsikkerheden, især når prioriteringer sker uformelt og uigennemsigtigt.

PS! har gennem årene arbejdet med de etiske aspekter af patientsikkerheden, fx ved at støtte op om patienternes autonomi og en respektfuld behandling af patienter, der har været ude for fejl eller skade i sundhedsvæsenet. Også ulighed i sundhed og patientsikkerhed har været på dagsordenen ved konferencer og i debatindlæg.

Når noget går galt

En særlig udfordring for kommunikationen mellem patient og sundhedsvæsen opstår, når patienter er udsat for fejl eller utilsigtede hændelser, som eventuelt medfører patientskade. Allerede i 2008 udgav PS! folderen "Sig undskyld!" med anbefalinger til denne situation.

I 2021 var PS! koordinator for en konsensusproces, hvor man diskuterede, hvordan kommunikationen med borgere, patienter og pårørende bedst kan foregå, efter at noget er gået galt i et patientforløb. Arbejdsgruppen bestod af repræsentanter for PS!' bestyrelsesorganisationer samt to patientambassadører. Arbejdet resulterede i rapporten "Den gode samtale når noget går galt i sundhedsvæsenet".

På baggrund af rapporten er der desuden udarbejdet en række materialer, der skal understøtte den gode samtale.



Blandt materialerne, der blev udviklet til at understøtte den gode samtale, er denne "Appel fra borgerne", som Patientambassadørerne har givet input til.

Klar til samtalen om den sidste tid

Siden 2017 har PS! sat fokus på, at de sundhedsprofessionelle skal rustes til at tale med de ældste og de mest syge patienter om deres ønsker til den sidste levetid.

Hvis man ikke på forhånd har taget stilling til behandlingsniveauet, risikerer man, at patienter, der nærmer sig livets afslutning, udsættes for uønsket og belastende livsforlængende behandling og eventuelt genoplivningsforsøg med dårlig prognose. I ældreplejen er der væsentlige problemer med overmedicinering, polyfarmaci og unødige indlæggelser.

Materialet "Klar til samtalen" giver en række gode råd til, hvordan denne samtale mellem patient, pårørende og sundhedspersonale kan tages på en åben, ærlig og respektfuld måde.



Anbefalinger til “Den patientsikre journal”

Hvordan kan sundhedsprofessionelle og patienter i fællesskab styrke patientsikkerheden omkring journalføringen, sådan at patienter sikres mod fejl og misforståelser i patientjournalen?

Patientambassadørerne har i 2018 udarbejdet en række anbefalinger til “den patientsikre journal”. Først og fremmest er rammerne omkring journalsamtalen af afgørende betydning. Det er vigtigt, at samtalen sker under trygge rammer, herunder passende fysiske rammer, og foregår i gensidig respektfuld ånd. Udbyttet af samtalen vil være størst, når begge parter er velforberejede.

Det er de sundhedsprofessionelles ansvar, at journalen er korrekt og fyldestgørende, men patienterne selv og de pårørende kan også hjælpe. Desuden har sundhedsvæsenets ledere et ansvar for at stille de rette betingelser til rådighed.

Den patientsikre journal

Anbefalinger fra Patientambassadørerne til sundhedsprofessionelle, til patienter og pårørende samt til sundhedsvæsenets ledere.

1. Den gode journal er et samarbejde

Når patienten har bidraget til journalens indhold og er enig i det, der står i journalen, øger det muligheden for et godt behandlingsresultat. Den gode journal afspejler patientens ønsker og behov.

2. Journalens udformning understøtter patientsikkerheden

Når journalen er let at overskue, præcis og velargumenteret, vil det bidrage til at understøtte patientsikkerheden.

3. Fejlagtige oplysninger skal rettes

Ukorrekte oplysninger – eller oplysninger, der kan misforstås – kan være til fare for patientsikkerheden og kan komme patienten til skade i andre sammenhænge.

4. Udvikling af en mere åben og interaktiv patientjournal

Internationalt er der flere eksempler på, at der afprøves nye journalsystemer, som ikke alene er åbne for patienterne, men hvor patienterne også aktivt kan bidrage med kommentarer og eventuelle rettelser.

Prioritering under pandemier

I forbindelse med covid-19-pandemien 2020-2021 nåede det danske sundhedsvæsen tæt på kapacitetsgrænsen. Den normale behandlingspraksis var under pres, og de begrænsede ressourcer i sundhedsvæsenet betød blandt andet, at det var svært at imødekomme behovet, både for covid-patienter og patienter med andre lidelser, fx hjerte- og kræftsygdomme. De mange dilemmaer, der opstod under pandemien, er beskrevet i en antologi i to bind, udgivet af Dansk Selskab for Patientsikkerhed: "Nogle er ikke et antal – snart er ikke et tidspunkt" og "Håb er ikke en strategi", der handler om kvalitet og patientsikkerhed under covid-19.

I et af kapitlerne beskrives værktøjet Crisis Standards of Care (CSC), som er et sæt etiske og organisatoriske rammer, der guider sundhedsvæsenet, når behovet for behandling overstiger de tilgængelige ressourcer, fx under pandemier eller katastrofer. CSC er foreslået af det amerikanske National Academy of Medicine (tidligere Institute of Medicine).

Formålet med CSC er at sikre, at sundhedspersonale kan prioritere og tilpasse behandling på en måde, der maksimerer den samlede sundhed i befolkningen, samtidig med at beslutningerne er etisk forsvarlige og gennemsigtige. CSC indebærer et skift fra optimal individuel behandling til en mere populationsorienteret tilgang, hvor ressourcer fordeles efter klare og retfærdige kriterier.

For at standarderne skal være legitime, udvikles de gennem demokratiske processer med bred inddragelse af befolkningen, herunder offentlige dialoger og repræsentation af sårbare grupper, så samfundets værdier og normer er tydeligt afspejlet i de svære prioriteringer, der skal træffes under en krise.

Hvad har vi lært af covid-19-epidemien?

Ny bog:
De vigtigste erfaringer
fra over 100 aktører
i og omkring
sundhedsvæsenet

Bestil her:
patientsikkerhed.dk/bog-hvad-har-vi-laert



I september 2021 udgav Dansk Selskab for Patientsikkerhed en antologi i to bind, der samler de vigtigste erfaringer fra over 100 aktører i og omkring sundhedsvæsenet. Fra forskellige perspektiver svarer de på, hvad coronakrisen lærte os om kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet.

12.

Den modstandsdygtige organisation

PUBLIKATION

Sutcliffe & Weick (2007):

Managing the Unexpected

Bogen har stor betydning for forståelsen af, hvordan organisationer kan ruste sig imod og håndtere uforudsigelige hændelser og udvikle en stærk sikkerhedskultur. Den er især kendt for at introducere og operationalisere begreberne High Reliability Organizations (HROs) og *mindful organizing*, der er relevante i højrisikobrancher, herunder sundhedsvæsenet.

Nøgleord: HRO, resiliens, *mindful organizing*

Sutcliffe KM, Weick KE. *Managing the unexpected: Resilient performance in an age of uncertainty*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2007.

<https://www.wiley-vch.de/en/areas-interest/finance-economics-law/managing-the-unexpected-978-1-118-86241-4>

Weick & Sutcliffe beskriver begrebet High Reliability Organization (HRO). HRO'er har organiseret sig til at håndtere ikke blot dagligdagen, men også det uventede.

Centralt i bogen er idéen om *mindful organizing*, som blandt andet indebærer en aktiv opmærksomhed på de risici, der er til stede, samt opmærksomhed på signaler, der indikerer, at noget ikke er, som det skal være.

Forfatterne peger på fem kendetegn ved HRO'er: De har altid øje for fejl, undgår at gøre tingene for simple, er tæt på den daglige drift, arbejder målrettet med at være modstandsdygtige – og de lytter til dem med mest viden, uanset titel eller position.

Desuden peger bogen på, at kultur, ledelse og organisatorisk struktur må understøtte disse principper for at sikre, at organisationer både kan forudse og reagere effektivt på uventede begivenheder. Samlet set er budskabet, at høj pålidelighed kræver kontinuerlig læring, fleksibilitet og villighed til at navigere i usikkerhed – ikke at forsøge at eliminere den fuldstændigt.



What is striking to us about HROs is that they develop beliefs about the world and its hazards with fewer simplifications, less finality, and more revision than we see in many organizations.

Sutcliffe & Weick (2007)

Tidlig opsporing af kritisk sygdom, TOKS



Mobilt akut-team i aktion på Esbjerg Sygehus i forbindelse med Operation Life.

I midten af 00'erne bliver man fra international litteratur opmærksom på, at det hos indlagte patienter er muligt at observere såkaldte *early warning signs* (tidlige advarselssignaler), altså tegn på fysisk ustabilitet, op til otte timer før patienten får hjertestop. Disse advarselssignaler afspejler sig i afvigelser i de vitale værdier: puls, blodtryk, temperatur, respirationsfrekvens og iltmætning.

En undersøgelse fra et dansk universitetshospital viser i midten af 00'erne, at ca. en ud af ti patienter på sengeafdelingerne har abnorme vitale værdier, uden at personalet er klar over det, og at risikoen for død er forhøjet hos disse patienter.

På et andet dansk sygehus gennemgår man journaler på alle patienter, der fik uventet hjertestop i 2006 og 2007. Gennemgangen viser, at der hos næsten alle patienter i løbet af de sidste tre døgn op til hjertestoppet er registreret *events* (fx temperaturforhøjelse eller lav iltmætning), som kunne være tegn på akut kritisk sygdom.

På danske hospitaler indføres derfor systemer som tidlig opsporing af kritisk sygdom, TOKS, eller *early warning score*, EWS. Det indebærer, at indlagte patienter systematisk får målt vitale værdier: Temperatur, blodtryk, puls, vejrtrækning, bevidsthedsniveau og ilt i blodet. De seks værdier giver tilsammen en score, der afslører, om patientens tilstand forværres i en sådan grad, at der er risiko for kritisk sygdom.

Samtidig begynder hospitalerne – blandt andet som led i patientsikkerhedskampagnen Operation Life (2007-2009) – at etablere såkaldte mobile akut-team, hvor personalet på sygehusets sengeafdelinger direkte kan kalde et udrykningshold fra intensiv afdeling, hvis en patient uventet udvikler tegn på truende kritisk sygdom. Formålet er, at patienten kan behandles så tidligt, at den kritiske udvikling vendes, og patienten stabiliseres.

Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre

I 2017 udgav Sundhedsstyrelsen rapporten "Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker. Anbefalinger til arbejdsgange og anvendelse af redskaber".

Tankegangen bag tidlig opsporing er at muliggøre tidligere intervention og eventuel behandling for at forebygge yderligere svækkelse af helbredstilstanden eller tab af funktionsevne. Eventuelt kan tidlig opsporing bidrage til at forebygge hospitalsindlæggelser.

Opsporingen foregår ved hjælp af systematiske observationer af borgeren i hverdagen. Fx: Er der sket ændringer i forhold til habitual-tilstanden? Hvordan har borgeren det fysisk, psykisk og socialt? Hvordan ser hjemmet ud? Er pottedplanterne visne? Hvordan klarer borgeren sine hverdagsaktiviteter?

PS! har samarbejdet med Sønderborg og Frederiksberg Kommuner fra forbedringsprogrammet I sikre hænder om at afprøve Sundhedsstyrelsens anbefalinger i praksis. Det mundede i 2019 ud i erfaringskataloget "Tidlig opsporing og forebyggelse hos ældre".



Frederiksberg Kommune bruger de "Hjulet", som er et hjælpemiddel til systematisk observation af borgeren. Det er udviklet i Roskilde Kommune og indeholder seks fokusområder: Fysiske klager, Psykisk – Socialt, Medicinindtagelse, Hverdagsaktiviteter, Hjemmet samt Spise/drikke med dertilhørende underpunkter.

13.

Den menneskelige faktor i patientsikkerhed

PUBLIKATION

Flin et al. (2008):

Safety at the Sharp End

Publikationen fremhæver vigtigheden af menneskelige faktorer og ikke-tekniske færdigheder (fx beslutningstagning, teamwork og kommunikation) i komplekse systemer og højrisikomiljøer. Værket har bidraget til at udvide perspektivet på patient-sikkerhed til også at inkludere arbejdsmiljø, organisatorisk støtte og ledelsesstrategier, som er essentielle for at sikre, at sundheds-personalet kan agere korrekt under pres.

Nøgleord: Den menneskelige faktor (*human factor*), ikke-tekniske færdigheder, teamwork, beslutningstagning

Flin R, O'Connor P, Crichton M. *Safety at the sharp end: A guide to non-technical skills*. Aldershot: Ashgate; 2008.

<https://doi.org/10.1201/9781315607467>

Bogen "Safety at the Sharp End" argumenterer for, at det ikke er nok kun at fokusere på tekniske færdigheder og teknologiske løsninger for at skabe sikkerhed i højrisikomiljøer. I stedet fremhæves vigtigheden af ikke-tekniske færdigheder, dvs. kognitive, sociale og personlige ressourcer, hos dem, der arbejder helt ude i frontlinjen, *the sharp end*. Disse færdigheder omfatter blandt andet situationsbevidsthed (*situation awareness*), beslutningstagning, kommunikation, teamwork og lederskab.

Bogen understreger, at de ikke-tekniske færdigheder ikke blot er "bløde" egenskaber, men færdigheder, der kan forbedres gennem målrettet træning, øvelser, simulationer og feedback – på samme måde som tekniske færdigheder.

Det fysiske miljø spiller indirekte en vigtig rolle: Fx kan støj, dårlig belysning, trang plads eller afbrydelser gøre det sværere at opfatte kritiske informationer eller at opretholde koncentration om opgaven.

”

...efforts can be made to minimize, catch and mitigate errors by ensuring that people have appropriate non-technical skills to cope with the risks and demands of their work.

Flin et al. (2008)

Forstyrrelsesfri zoner

Noget af det, som er med til at udfordre medarbejdernes opmærksomhed og koncentration er, når de afbrydes eller forstyrres i deres arbejde. Både danske og internationale undersøgelser har vist, at sygeplejersker ofte er udsat for afbrydelser i deres arbejde. Det kan være særligt kritisk i forbindelse med opgaver, der kræver koncentration, fx dispensering af medicin.

Et klassisk redskab i patientsikkerheden er derfor de forstyrrelsesfri zoner, som der er arbejdet med både på sygehuse og i forbindelse med forbedringsprogrammet I sikre hænder i primærsektoren.

Folderen Patientsikkerhed og sygehusbyggeri (2010), der er udgivet af PSI, indeholder flere eksempler på, hvordan de fysiske rammer i sundhedsvæsenet kan være med til at understøtte medarbejdernes situationsbevidsthed.



Dør på plejehjemmet Lyngparken i Syddjurs Kommune, da de deltog i forbedringsprogrammet I sikre hænder.

Begrænset kapacitet for opmærksomhed

Bogen "Safety at the Sharp End" adresserer også menneskelige begrænsninger. Alle mennesker har en bestemt kapacitet, når det gælder opretholdelsen af opmærksomhed og koncentration, som varierer afhængigt af den konkrete situation. Denne kapacitet kan sammenlignes med en beholder, fx en kande, hvor informationsbelastningen repræsenteres af mængden af væske. Så længe der stadig er plads i kanden, kan den pågældende person bearbejde ny information. Når kanden derimod er fuld, kan der ikke tilføjes mere. I højrisikomiljøer er det ideelle, at der altid er lidt plads tilbage i kanden, så der er reservekapacitet, hvis der pludselig opstår behov for at tage stilling til ny information.

WWW

På patientsikkerhed.dk/kanonlinks er der direkte links til en række af de projekter, rapporter og materialer, der omtales i publikationen.

14.

Tjeklister redder liv

PUBLIKATION

Atul Gawande (2009):

The Checklist Manifesto

Bogen er et af de mest indflydelsesrige værker inden for patientsikkerhed. Den demonstrerer, hvordan simple, veludformede tjeklister kan reducere fejl og forbedre kvaliteten markant.

Nøgleord: *Tjeklister, standardisering, reduktion af fejl*

Gawande A. *The checklist manifesto: How to get things right*. New York: Metropolitan Books; 2009.

<https://us.macmillan.com/books/9780805091748/thechecklistmanifesto>

“The Checklist Manifesto” af Atul Gawande viser, hvordan simple tjeklister kan forbedre kvalitet og sikkerhed i komplekse arbejdsmiljøer, især i sundhedsvæsenet. Gawande argumenterer for, at selv erfarne fagfolk begår fejl, når opgaverne er mange, tidspresede eller teknisk krævende, og at tjeklister hjælper med at sikre, at kritiske trin ikke overses.

Bogen illustrerer gennem eksempler fra kirurgi, luftfart og andre brancher, hvordan tjeklister styrker samarbejdet og reducerer fejl. Den fremhæver, at løsningen på moderne kompleksitet ofte ikke er mere ekspertise, men bedre systemer, der støtter eksperterne i deres arbejde.

”

Checklists seem able to defend anyone, even the experienced, against failure in many more tasks than we realized. They provide a kind of cognitive net.

Gawande (2009)

Sikker Kirurgi-tjekliste

Forfatteren til "The Checklist Manifesto", den amerikanske kirurg Atul Gawande, er en af hovedpersonerne bag WHO's "Guidelines for Safe Surgery", som udkom allerede i 2008. Retningslinjerne blev senere videreudviklet til WHO-initiativet "Safe Surgery Saves Lives", der i 2009 blev lanceret som WHO's "second global patient safety challenge".

Et centralt element i initiativet er Sikker Kirurgi-tjeklisten, der af PSI oversættes til dansk og formidles i det danske sundhedsvæsen. Formålet med Sikker Kirurgi er at forbedre patientsikkerheden i forbindelse med kirurgiske indgreb, herunder at reducere antallet af dødsfald og komplikationer.

Sikker Kirurgi-tjeklisten er inddelt i tre faser, som svarer til tre tidsperioder i et normalt operationsforløb: "Tjek ind" (perioden før anæstesi indledes), "Timeout" (perioden efter anæstesi indledes og før kirurgisk incision) og "Tjek ud" (perioden under eller umiddelbart efter lukning af såret).

Tjeklisten er ikke udtømmende og kan tilpasses lokale behov.
Oversat fra WHO's Safe Surgery Checklist (1st ed) af Dansk Selskab for Patientsikkerhed, ver. 230309

SIKKER KIRURGI TJEKLISTE

Før anæstesi indledes →

TJEK IND
☐ Patienten har tilkendegivet - Sin identitet - Operationssted - Indgrebstype - Sit samtykke
☐ Operationssted markeret eller ej relevant
☐ Anæstesisikkerhedstjek udført
☐ Fungerende pulsoximeter på patient
Har patienten:
Kendt allergi? ☐ Nej ☐ Ja
Vanskelige luftveje? ☐ Nej ☐ Ja
Aspirationsrisiko? ☐ Nej ☐ Ja
Risiko for >500 ml blodtab? ☐ Nej ☐ Ja, og adækvat i.v. adgang og væsker er klar

Før incision →

TIME OUT
☐ Alle teammedlemmer har præsenteret sig
☐ Kirurg, operationssygepl. og anæstesi bekræfter verbalt: - Patientens identitet - Operationssted - Indgrebstype - Patientens lejrning
Forventede kritiske faser
☐ Kirurg gennemgår: - Forventede kritiske faser - Operationsvarighed - Forventet blodtab
☐ Anæstesi gennemgår: Forventede problemer
☐ Sygeplejeteam gennemgår: Sterilitet, evt. særligt udstyr klart
☐ Antibiotikaprofylakse givet indenfor seneste 60 min. eller ej relevant
☐ Billeddiagnostik på plads eller ej relevant

Før patienten forlader operationsstuen

TJEK UD
Operationsholdet opsummerer: - Hvilket indgreb, der er udført - Instrument- og servietoptælling OK - Mærkning af udtagne prøver OK - Evt. mangler ved udstyr
Kirurg, anæstesi og sygeplejerske gennemgår: Plan og væsentlige forhold af betydning for patientens postoperative håndtering

Sikker Kirurgi-tjeklisten, som er oversat til dansk af PSI.

15.

En øjenåbner for ledere og medarbejdere

PUBLIKATION

Dianne Parker (2009):

Managing Risk in Healthcare

Publikationen introducerer Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF), som er et værktøj til vurdering af sikkerhedskultur. Det hjælper organisationer med at evaluere deres forståelse og prioritering af sikkerhed på forskellige niveauer.

Nøgleord: Sikkerhedskultur, kulturel modenhed, helhedsorienteret sikkerhedsvurdering

Parker D. *Managing risk in healthcare: Understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)*. Manchester: University of Manchester; 2009.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00993.x>

Manchester Patient Safety Framework er et refleksionsværktøj, der anvendes af PSI og PSIimprove (konsulentvirksomhed under PSI) i forbindelse med undervisning og konsulentarbejde. I praksis kan værktøjet bruges ved, at en personalegruppe samles på tværs og i fællesskab forholder sig til forskellige dimensioner, der har betydning for patientsikkerheden. Det kan være kommunikation om sikkerhed, rapportering af utilsigtede hændelser eller ledelsens engagement.



Manchester Patient Safety Framework provides a useful method for engaging healthcare professionals in assessing and improving the safety culture in their organization, as part of a programme of risk management.

Parker (2009)

Hvor moden er patientsikkerhedskulturen?



Manchester Patient Safety Framework oversat til dansk.

For hver dimension diskuterer personalegruppen, hvor de mener, at afdelingen ligger på skalaen fra patologisk ("Hvem bekymrer sig om sikkerhed?") til generativ ("Sikkerhed er en integreret del af alt, vi gør").

Personalegruppen opdager fx, at rapportering af utilsigtede hændelser fungerer godt, mens læringen af utilsigtede hændelser er svag. De noterer konkrete eksempler, som underbygger vurderingen. På baggrund af diskussionen udarbejder afdelingen en handlingsplan, fx: "Vi indfører månedlige læringsmøder, hvor utilsigtede hændelser gennemgås anonymt", og "Ledelsen deltager aktivt i sikkerhedsbriefinger". Processen gentages løbende for at vurdere, om kulturen har rykket sig.

Fordele ved værktøjet er, at det skaber åben dialog om sikkerhed, det involverer hele teamet, det giver et fælles sprog for sikkerhedskultur, og det hjælper med at prioritere indsatsområder

Patientsikkerhedskultur

Begrebet patientsikkerhedskultur bruges om de fælles normer og praksisser, som præger en organisations tilgang til at forebygge fejl og utilsigtede hændelser samt skabe sikre patientforløb. Den enkelte medarbejder har et ansvar i form af faglig omhu, åbenhed om fejl og aktiv deltagelse i forbedringer, mens det er systemet, der skal skabe rammer, der gør det let at gøre det rigtige gennem tydelig ledelse, klare arbejdsgange og læringsorienterede processer. En moden patientsikkerhedskultur kendetegnes af tillid, tværfaglig kommunikation og en vedvarende indsats for at forstå og forbedre de systemiske forhold, der påvirker patientsikkerheden.

16.

En ny vinkel på patientsikkerhed

PUBLIKATION

Erik Hollnagel (2014):

Safety-I and Safety-II

Den danske patientsikkerhedsprofessor Erik Hollnagel introducerer i 2014 en ny synsvinkel på patientsikkerhed: Safety-II. Hollnagel argumenterer for et skift fra at fokusere på at forhindre fejl (Safety-I) til at fremme det, der går godt (Safety-II). Han introducerer desuden begreberne *work as imagined* (WAI) og *work as done* (WAD).

Nøgleord: Safety-I/Safety-II, WAI/WAD, resiliens

Hollnagel E. *Safety-I and Safety-II: The past and future of safety management*. Farnham: Ashgate; 2014.

<https://erikhollnagel.com/books/safety-i-safety-ii-2014>

Hollnagels "Safety-I and Safety-II" har haft en markant indflydelse på udviklingen af patientsikkerhedsarbejde og kultur i Danmark ved at introducere to komplementære perspektiver på sikkerhed: Safety-I, som fokuserer på at undgå fejl, og Safety-II, som understreger vigtigheden af at forstå og fremme de faktorer, der gør, at systemer fungerer godt.

I Safety-I handler sikkerhed om at undgå fejl og uønskede hændelser ved at finde årsagerne, når noget går galt, og forebygge gentagelser. I Safety-II ser man derimod sikkerhed som evnen til at få tingene til at gå rigtigt i en kompleks og foranderlig hverdag. Her fokuserer man på, hvordan personalet tilpasser sig, samarbejder og løser problemer, så systemet er resilient og fungerer sikkert det meste af tiden.

Hollnagel introducerer begreberne *work as imagined* (WAI), dvs. den praksis, der er beskrevet i retningslinjer og instrukser, og *work as done* (WAD), som er den praksis, der foregår i den virkelige verden i dagligdagen.



Safety management should therefore move from ensuring that 'as few things as possible go wrong' to ensuring that 'as many things as possible go right'. We call this perspective Safety-II; it relates to the system's ability to succeed under varying conditions.

Hollnagel et al. (2015)

Kurser og netværk om FRAM

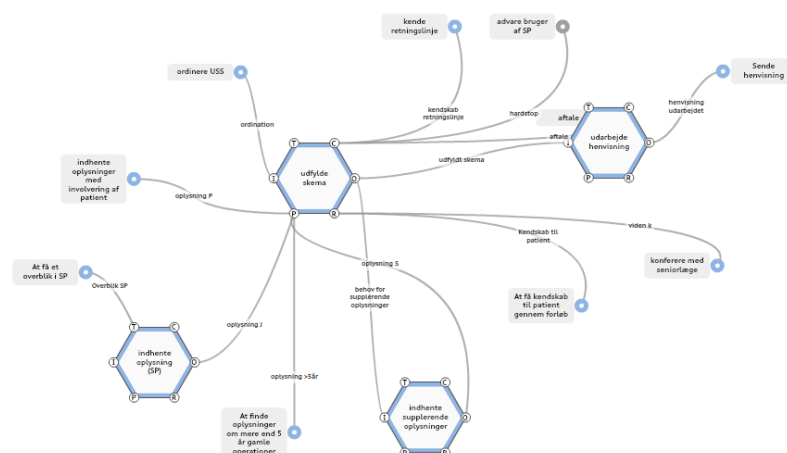
Funktionel Resonans Analysis Metode (FRAM) er en patientsikkerhedsanalysemetode, der bygger på Sikkerhed II-begrebet. Metoden er udviklet af ophavsmanden til Sikkerhed II, Erik Hollnagel.

Med FRAM forsøger man at forstå det daglige arbejde, som det faktisk udføres i al sin kompleksitet i sundhedsvæsenet. Metoden indebærer, at der opstilles et diagram, hvor de enkelte funktioner er repræsenteret ved sekskanter, hexagoner, og hvor de komplicerede sammenhænge mellem hexagonerne illustreres.

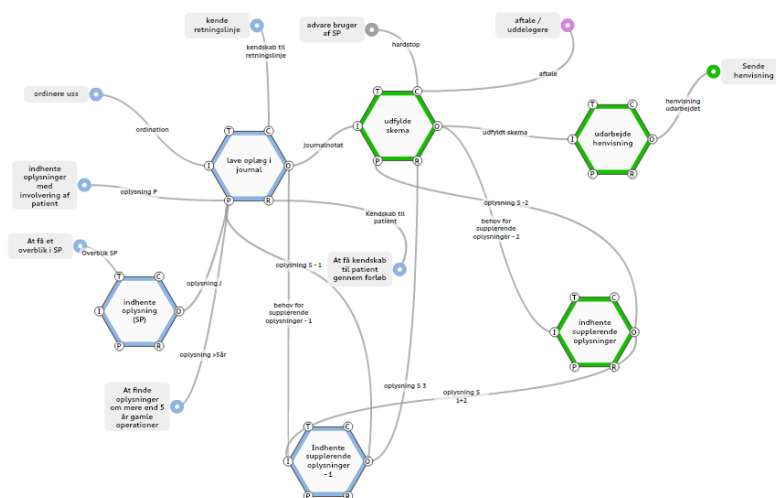
Analysemetoden har vundet udbredelse internationalt og anvendes også i det danske sundhedsvæsen.

PS! arrangerer efter behov kurser i FRAM og er også koordinator for et netværk for alle, der arbejder med analysemetoden – FRAMily Danmark.

Afdeling 1



Afdeling 2



To FRAM-modeller, der synliggør forskellige arbejdsgange i forbindelse med rekvisitioner til undersøgelser på to afdelinger på Sjællands Universitetshospital. Udarbejdet af specialkonsulent Tina Heintz, risikomanager Tine Renner og risikomanager Lene Stender Christensen.

17.

Sundheds-it og patientsikkerhed

PUBLIKATION

Sittig & Singh (2016):

Measuring and improving patient safety through health information technology: The Health IT Safety Framework

Artiklen beskriver en model for sikkerhed i forbindelse med implementering og brug af sundheds-it. Forfatterne foreslår en ny ramme, Health IT Safety (HITS), der skal fungere som fundament for måling, monitorering og forbedring af sundheds-it-relateret patientsikkerhed. Budskabet er, at it-systemer både kan forbedre patient-sikkerheden, men også skabe nye sikkerhedsrisici.

Nøgleord: Teknologisikkerhed, risikovurdering, målestrategier

Singh H, Sittig DF. Measuring and improving patient safety through health information technology: The Health IT Safety Framework. *BMJ Quality & Safety* 2016;25:226-232.

<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004486>

Sundheds-it har potentiale til at forbedre patientsikkerheden, men implementeringen og brugen af sundheds-it kan medføre utilsigtede konsekvenser og nye sikkerhedsproblemer. Sittig & Singhs artikel anbefaler en model til evaluering af digitale løsninger med fokus på organisatorisk læring og en omfattende 360-graders vurdering af it-sikkerhed, der involverer leverandører samt forbedring af måleværktøjer og -strategier.

Artiklen er med til at sætte fokus på, at den stigende anvendelse af it-løsninger i sundhedsvæsenet har konsekvenser for patient-sikkerheden, og flere tendenser i sundhedsvæsenet gør det mere og mere aktuelt at forholde sig til dette.

Det gælder blandt andet den øgede anvendelse af sundheds-it, hvor den fysiske interaktion mellem borgere og sundhedsprofessionelle erstattes af digital kommunikation. Denne udvikling blev yderligere accelereret under covid-19-pandemien, hvor fysisk kontakt var problematisk på grund af smitterisiko.

En anden udvikling, der kræver øget brug af sundheds-it, er den igangværende opgaveflytning fra hospitaler og hjem til borgeren.

Telemedicinrapporterne

I 2020 udgav PS! to rapporter om patientsikkerhed i forbindelse med telemedicin. Den første rapport fra april 2020 omhandler utilsigtede hændelser ved brug af telemedicin. Dels hændelser rapporteret til Dansk Patientsikkerhedsdatabase og dels erfaringer beskrevet af en række interviewpersoner i sundhedsvæsenet. Rapporten konkluderer, at der indtil da ikke har været stort fokus på patientsikkerheden i forbindelse med telemedicin. Den nævner eksempler på gavnlige virkninger af telemedicin, fx at man via digitale kanaler kan nå ud til patienter, som ellers ikke ville have gjort brug af sundhedsvæsenets tilbud. Men også, at telemedicinske løsninger kan give uforudsete problemer for patientsikkerheden.

Den anden rapport om patientsikkerhed og telemedicin er udarbejdet af PS! i samarbejde med Center for Innovativ Medicinsk Teknologi. Denne rapport omfatter, foruden interviews med danske nøglepersoner, en gennemgang af international litteratur. Rapporten finder, at der mangler viden på området, og der mangler struktur til at støtte et datadrevet arbejde med utilsigtede hændelser i forbindelse med telemedicin.

Blandt de hyppigst angivne risikofaktorer findes brugernes manglende digitale kompetencer, manglende forståelse og accept af teknologi, uoverensstemmelse mellem teknologiens design og brugernes behov, tvivl om ansvar, manglende muligheder for rettidig og adækvat tilpasning af telemedicin og uhensigtsmæssig patientsikkerhedskultur.

REMOTE – guide til almen praksis

Udviklingen henimod digitale løsninger tog især fart med covid-19-pandemien i 2020, hvor Min Læge-appen gav patienter mulighed for online konsultationer med praktiserende læge.

I samarbejde med bl.a. PS! og med bidrag fra Patientambassadørerne gennemførte Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus projektet REMOTE, der havde til formål at undersøge, hvordan den virtuelle lægekonsultation kan forbedres. Resultatet er bl.a. en tjekliste og en udvidet guide, der skal bidrage til en sikker og virkningsfuld anvendelse af videokonsultationer i almen praksis.

Guiden skal give tryghed for borgerne, når de bliver tilbudt videokonsultationer, og minimere risikoen for, at vigtige informationer går tabt. Samtidig lægger den op til refleksioner over, hvilke patienter og situationer det giver mening at bruge videokonsultationer til.



WWW

På patientsikkerhed.dk/kanonlinks er der direkte links til en række af de projekter, rapporter og materialer, der omtales i publikationen.

18.

Diagnoseprocessen – patientsikkerhedens blinde plet

PUBLIKATION

National Academy of Medicine (2015):

Improving Diagnosis in Health Care

Rapporten sætter globalt fokus på diagnostiske fejl som en kritisk udfordring for patientsikkerheden og understreger nødvendigheden af en systematisk tilgang til forbedring af diagnostik. Rapporten beskriver de forskellige faser i den diagnostiske proces og gennemgår fejlmuligheder og løsningsmodeller.

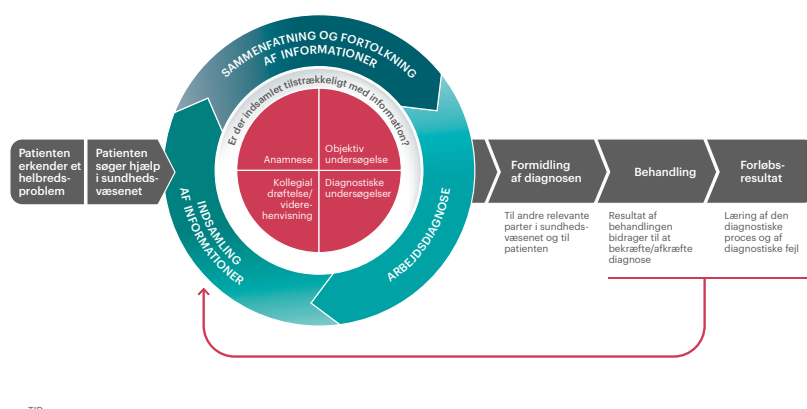
Nøgleord: Diagnostiske fejl, tværfaglighed, kommunikation

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Improving diagnosis in health care*. Washington (DC): National Academies Press; 2015.

<https://www.nationalacademies.org/projects/IOM-HCS-13-03/publication/21794>

Rapporten "Improving Diagnosis in Health Care" udgives i 2015 af National Academy of Medicine, det tidligere Institute of Medicine, der også stod bag de banebrydende rapporter "To Err is Human" (kapitel 3) og "Crossing the Quality Quasm" (kapitel 8) omkring årtusindeskiftet. Rapporten sætter for første gang tal på, hvor ofte der sker fejldiagnoser (manglende, forsinkede eller fejlagtige diagnoser) i det amerikanske sundhedsvæsen. Den konkluderer, at de fleste mennesker vil opleve mindst én diagnostisk fejl i løbet af deres liv, nogle gange med ødelæggende konsekvenser.

Rapporten beskriver, hvordan diagnostiske fejl – på trods af den udbredte forekomst og risikoen for alvorlig patientskade – stort set har været overset inden for kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet. Rapporten beskriver således diagnoseområdet som patientsikkerhedens blinde plet.



Den diagnostiske proces. Fra rapporten National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2015. *Improving Diagnosis in Health Care*. Washington, DC: The National Academies Press. Oversat og bragt med tilladelse fra National Academy of Sciences og The National Academies Press, Washington, DC.

Veje til bedre diagnoser

Som opfølgning på rapporten "Improving Diagnosis in Health Care" har PS! sammen med Patienterstatningen og Styrelsen for Patientsikkerhed gennemført to analyser, der udforsker området.

Analyserne sætter fokus på den diagnostiske proces og ser på mulige årsager og mønstre, der kan ligge bag, når denne proces ikke ender med det optimale resultat. Formålet er at skabe forbedringer for patienterne og at skabe veltillægte og trygge arbejdsbetingelser for sundhedsvæsenets personale.

Rapporten fra 2019, "Veje til bedre diagnoser", tager udgangspunkt i sager fra Patienterstatningen, hvor patienten har fået udbetalt erstatning for en skade, der er opstået i forbindelse med diagnoseprocessen. Den viser, at diagnosefejl er en af de hyppigste fejltyper i det danske sundhedsvæsen og har alvorlige konsekvenser for patienterne, de pårørende, for medarbejderne og for sundhedsvæsenets økonomi. Rapporten gennemgår en række løsningsstrategier både fra international litteratur og i dansk kontekst, blandt andet gennem interviews med en række danske fagpersoner og interessenter.

Et vigtigt fokusområde

"Veje til bedre diagnoser 2", udgivet i 2023, kigger på utilsigtede hændelser, rapporteret til Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Rapporten ser på hele den del af det samlede patientforløb, der handler om diagnostik; fra patientens adgang til sundhedsvæsenet, optagelse af sygehistorie, fysisk undersøgelse, lægens ræsonnement, ordination af undersøgelser og prøver, gennemførelse, fortolkning og kommunikation af undersøgelser og prøver, opfølgning med og evt. henvisning af patienten, kommunikation mellem de sundhedsprofessionelle og den senere opfølgning mellem patient og behandlersystem.

Analysen viser, at ca. en tredjedel af alle hændelser med alvorlige og dødelige konsekvenser for patienten har relation til den diagnostiske proces og bekræfter dermed, at diagnosesikkerhed er et relevant fokusområde.

Den kvalitative analyse, som omfatter hændelser med både alvorlig og mindre alvorlig konsekvens, giver et indblik i hvilke faser og trin i den diagnostiske proces, der med fordel kan styrkes. Analysen viser, at den kliniske vurdering af patienten og det lægelige ræsonnement kan være vanskelige punkter. Men meget ofte er det de arbejdsgange, der er nødvendige for en sikker diagnostisk proces, der går galt: overlevering af svar på prøver og undersøgelser, kommunikationen mellem de sundhedsprofessionelle og opfølgningen med patienten.

Netværk for diagnosesikkerhed

PS! fortsætter arbejdet med at styrke diagnosesikkerheden, blandt andet via et netværk for diagnosesikkerhed, bestående af fagpersoner og interessenter med interesse for området. Netværket koordineres af PS! og formålet er at diskutere, tage initiativ til og koordinere fremtidige indsatser på området.

19.

Patientsikkerhed og ledelsens afgørende rolle

PUBLIKATION

Lucian Leape Institute (2017):

Leading a Culture of Safety

Publikationen beskriver i detaljer, hvordan ledere i sundhedsvæsenet kan opbygge og vedligeholde en stærk sikkerhedskultur, som understøtter trygge og pålidelige patientforløb.

Nøgleord: Lederskab, sikkerhedskultur, organisatorisk ansvar

Lucian Leape Institute. *Leading a culture of safety: A blueprint for success*. Boston (MA): National Patient Safety Foundation; 2017.

https://www.ihi.org/sites/default/files/Leading_a_Culture_of_Safety_Blueprint.pdf

Allerede i patientsikkerhedens tidlige år var der opmærksomhed på, at sundhedsvæsenets ledere spiller en afgørende rolle for arbejdet med patientsikkerhed. Publikationen fra Lucian Leape Institute samler de erfaringer, der gennem årene er gjort med ledelse og patientsikkerhed.

Rapporten beskriver, hvordan ledelsen har en central rolle i at forme de normer, værdier og arbejdsgange, der afgør, hvordan en organisation håndterer fejl, risici og læring. Den understreger, at en sikkerhedskultur kun kan udvikles, hvis ledere aktivt fremmer psykologisk tryghed, så medarbejdere kan rapportere utilsigtede hændelser og bekymringer uden frygt for sanktioner, og hvis der skabes strukturer, som sikrer gennemsigtighed, konsekvent opfølgning og fælles ansvar for forbedring.

PS! og PS!improve anvender rapportens anbefalinger i forbindelse med konsulentarbejde. Tankegangen i Lucian Leape-rapporten går også igen i den ledelsesuddannelse, der er et element i Det Nationale Kvalitetsprogram.

Det Nationale Ledelsesprogram

Det Nationale Ledelsesprogram har siden 2016 været en central del af Det Nationale Kvalitetsprogram og har haft til formål at styrke ledelseskapaciteten i hele sundhedsvæsenet – på tværs af regioner, kommuner og praksissektoren. Programmet har rettet sig mod ledere af ledere og haft et særligt fokus på at understøtte en fælles national retning for kvalitets- og forbedringsarbejdet.

Evalueringer fra de første fire hold, der har gennemført programmet, peger på øget ledelseskapacitet, styrket samarbejde og konkrete forbedringer i deltagernes driftsområder.



**Lead and Reward
a Just Culture.**

Lucian Leape Institute (2017)

20.

OECD: Patientsikkerhed kan betale sig

PUBLIKATION

OECD (2017):

The Economics of Patient Safety

OECD-rapporten dokumenterer for første gang, at fejl og patientskader udgør en stor økonomisk belastning for sundhedsvæsenet. Den beskriver patientsikkerhed som en økonomisk nødvendighed, ikke kun et moralsk imperativ, og som et område, der kræver strategiske investeringer.

Nøgleord: Økonomisk analyse, investering i sikkerhed baseret på omkostningseffektivitet

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm*. Paris: OECD Publishing; 2017.

<https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>

15 % af sundhedsvæsenets aktivitet og budget kan tilskrives håndtering af fejl og følger af patientskader. Det konkluderer OECD i rapporten "The Economics of Patient Safety", der undersøger de sundhedsøkonomiske konsekvenser af (manglende) patientsikkerhed.

Rapporten beskriver, hvordan patientskader medfører store økonomiske og samfundsmæssige omkostninger, både direkte gennem behandling og indirekte gennem tabt produktivitet og mistet tillid til sundhedsvæsenet.

En stor del af byrden skyldes et relativt lille antal almindelige hændelser, såsom hospitalsinfektioner, blodpropper, tryksår, medicineringsfejl og fejl – eller forsinkede diagnoser. Mange af disse skader kan forebygges systematisk, og investering i forebyggelse er typisk langt billigere end omkostningerne ved selve skaden.



Patient harm is estimated to be the 14th leading cause of the global disease burden. This is comparable to diseases such as tuberculosis and malaria.

OECD (2017)

Rundspørge prioriterer patientsikkerhed på grunduddannelserne

Inspireret af OECD-rapporten gennemførte PSI i samarbejde med VIVE, Det Nationale Forsknings- og Analysecenter, en rundspørge blandt 50 beslutningstagere og interessenter fra det danske sundhedsvæsen. Respondenterne blev bedt om at vurdere effekt og omkostninger ved i alt 41 kendte patientsikkerhedsindsatser. Resultatet af rundspørgen blev i 2018 offentliggjort i rapporten "Mere patientsikkerhed for pengene – hvordan?".

De indsatser, som eksperterne vurderede ville give mest effekt for pengene, var især en række relativt simple tiltag med lave omkostninger og stor effekt. Fx brug af tjeklister før kirurgi og forebyggelse af medicinfejl gennem involvering af patienter i eget forløb.

Eksperterne blev også bedt om at vælge de syv indsatser, der som en samlet "pakke" af indsatser ville give mest patientsikkerhed for pengene i en dansk sammenhæng. Denne øvelse resulterede i, at eksperterne pegede på en række indsatser på både nationalt, organisatorisk og klinisk niveau. Det stemte overens med OECD-rapporten, der pegede på behovet for en flerstrengt strategi, hvor der investeres i alle organisatoriske niveauer.

Over halvdelen af eksperterne valgte "Patientsikkerhed på grunduddannelserne" som en indsats, der burde indgå i *best buy*-pakken. Flere end en tredjedel valgte "Forbedringsarbejde i organisationen" og "Opbygning af en positiv patientsikkerhedskultur".

Forebyggelse af tryksår betaler sig

Det kan være en god forretning at øge kvaliteten i ældreplejen, viste en sundhedsøkonomisk analyse fra Sønderborg Kommune. Som pilotkommune i forbedringsprogrammet I sikre hænder fra 2013 begyndte kommunen at arbejde med forbedringsmetoder og "tryksårspakken", der sikrer systematisk forebyggelse af tryksår hos borgere på plejehjem og i hjemmeplejen.

En sundhedsøkonomisk analyse, gennemført af fem studerende fra kandidatuddannelsen "Medical Market Access" på Aalborg Universitet, tydede på, at tryksårspakken er omkostningseffektiv.

Resultaterne var bemærkelsesværdige: Ikke alene blev udgifterne til tryksår reduceret – kommunen fik decideret frigjort ressourcer. Det gjaldt også, når startudgifterne ved at arbejde tryksårsforebyggende (undervisning mv.) blev regnet med.



Skovvang Plejecenter i Allerød Kommune kunne fejre 200 dage uden tryksår, da de deltog i forbedringsprogrammet I sikre hænder 2.

21.

Psykologisk tryghed fremmer patientsikkerheden

PUBLIKATION

Amy Edmondson (2018):

The Fearless Organization

Bogen har haft en væsentlig indflydelse på udviklingen af sikkerhedskultur i sundhedsvæsenet, særligt i relation til psykologisk tryghed og åbenhed omkring fejl. Værket har styrket forståelsen af, hvordan en tryk arbejdspladskultur fremmer læring, innovation og patientsikkerhed.

Nøgleord: *Psykologisk sikkerhed, læringskultur, innovation*

Edmondson AC. *The fearless organization: Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth*. Hoboken (NJ): Wiley; 2018.

<https://www.wiley-vch.de/en/areas-interest/finance-economics-law/the-fearless-organization-978-1-119-47724-2>

Amy Edmondsons "The Fearless Organization" beskriver, hvordan psykologisk tryghed er afgørende for, at medarbejdere samarbejder og yder deres bedste. Psykologisk tryghed betyder, at man tør tale åbent, stille spørgsmål, dele bekymringer og indrømme fejl uden frygt for at blive gjort til grin, ignoreret eller straffet.

For at understøtte denne kultur kan ledere gå forrest ved at vise åbenhed, lytte aktivt og reagere konstruktivt, når medarbejdere påpeger svagheder eller risici. Det kræver fx, at ledere viser sårbarhed, indrømmer egne fejl og inviterer til dialog i stedet for at dømmе.



Fear is the enemy of learning.

Edmondson (2018)

Mental sundhed for sundhedsprofessionelle

I sundhedsvæsenet kommer man som medarbejder ud for mange intense oplevelser og situationer, der handler om liv og død. Det kan medføre stor mental belastning, der kan føre til dårlig trivsel blandt medarbejderne, sygefravær, personaleflugt og risiko for patientsikkerheden.

I 2020-2022 gennemførte PSI i samarbejde med CAMES (Copenhagen Academy for Medical Education and Simulation) og Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv Behandling på Herlev Hospital projektet Mental sundhed for sundhedsprofessionelle. Det havde til formål at styrke den mentale sundhed hos medarbejderne og give sundhedsprofessionelle bedre redskaber til at klare de psykiske belastninger, som jobbet kan indebære.

Målet var at bidrage til, at sundhedspersonalet oplever en mere åben og empatisk kultur, der medvirker til at fremme mental sundhed og øger tryghed og psykologisk sikkerhed.

To typer samtaler

Der blev arbejdet med to typer samtaler i projektet: Den støttende, kollegiale samtale, som er en uformel samtale mellem to kollegaer, hvor den ene taler, og den anden forholder sig aktivt lyttende. Og defusing, som er en fortrolig samtale blandt flere, fx et team, som afholdes kort tid efter en konkret, kritisk situation.

En spørgeskemaundersøgelse før og efter projektet viste, at halvdelen af respondenterne nu var mere opmærksomme på kollegaers behov for at tale om vigtige emner.

En tredjedel mente, at projektet havde medført øget kollegaskab i afdelingen, og 78 % af medarbejderne, som havde gennemført de støttende, kollegiale samtaler, tilkendegav, at de havde haft stor eller meget stor betydning for dem.

Derudover havde projektet generelt øget lederes og ansattes opmærksomhed på at spørge ind til hinanden, lytte og give støtte.

Efter projektets afslutning er indsatsen udbredt til flere afdelinger på hospitalet.

Europæisk patientsikkerhedspris

Mental sundhed for sundhedsprofessionelle modtog i oktober 2025 den europæiske patientsikkerhedspris Butterfly Impact Award 2025. Prisen uddeles af European Patient Safety Foundation (EUPSF) og gives til en indsats, der styrker patientsikkerheden gennem enkle, evidensbaserede løsninger med dokumenteret effekt og potentiale for udbredelse i Europa.



22.

Medfølelse – århundredets nye vidundermiddel?

PUBLIKATION

Trzeciak & Mazzarelli (2019):

Compassionomics: The revolutionary scientific evidence that caring makes a difference

Bogen gennemgår en lang række videnskabelige undersøgelser og konkluderer, at medfølelse (compassion) i sundhedsvæsenet ikke blot er et etisk ideal, men har konkrete, målbare effekter. Bogen viser, at omsorg forbedrer behandlingsresultater og øger patienttilfredshed, samtidig med at stress og udbrændthed blandt sundhedspersonale reduceres. Forfatterne argumenterer for, at medfølelse kan læres og praktiseres effektivt, og den kan også føre til lavere omkostninger og bedre resultater for sundhedssystemet som helhed.

Nøgleord: *medfølelse, compassion*

Trzeciak S, Mazzarelli AJ. *Compassionomics: The revolutionary scientific evidence that caring makes a difference*. Pensacola (FL): Studer Group; 2019.

<https://www.compassionomics.com/>

Compassion (medfølelse) har indvirkning på både behandlingsresultater, patienttilfredshed og medarbejdertrivsel i en sådan grad, at det ved lanceringen af bogen blev beskrevet som det 21. århundredes nye vidundermiddel.

Bogen viser, at når sundhedsprofessionelle møder patienterne med nærvær, forståelse og en villighed til at lytte, forbedres patienternes helbred. De kommer sig hurtigere, føler sig trygge, følger behandlingen bedre og oplever mindre smerte og angst. En vigtig pointe er, at medfølelse ikke kræver meget tid; blot få sekunders ægte opmærksomhed kan have betydelig effekt på relationen og udfaldet.

Samtidig viser bogen, at medfølelse ikke kun er til gavn for patienterne. Sundhedspersonale, der arbejder med en medfølelende tilgang, oplever mindre stress og mindre risiko for udbrændthed. Den følelsesmæssige forbindelse til patienterne kan faktisk styrke arbejdsglæden i stedet for at dræne den.

Forfatterne peger også på, at sundhedssystemet som helhed vinder på en mere medfølelende praksis, fordi det fører til færre unødvendige undersøgelser, færre klager og bedre samarbejde – og dermed både bedre kvalitet og lavere omkostninger.

Overordnet argumenterer "Compassionomics" for, at medfølelse ikke skal betragtes som noget "ekstra", man tilbyder, når tiden tillader det, men som en central klinisk intervention, der kan læres, trænes og systematisk styrkes. Bogen gør det tydeligt, at medfølelse ikke blot er en blød værdi, men en vital del af god, effektiv og menneskelig behandling.

Compassion på international patientsikkerhedskonference

PS!' mangeårige samarbejdspartner Institute for Healthcare Improvement, IHI, og British Medical Journal, BMJ, står bag International Forum on Quality and Safety in Healthcare, som er den centrale internationale konference for kvalitet, forbedrings- og patient-sikkerhedsarbejde. Hvert år afholdes konferencen i et nyt europæisk land, og i 2023 kom konferencen til København med PS! som strategisk partner.

På konferencen kunne man bl.a. høre President Emerita og Senior Fellow hos IHI Maureen Bisognano give følgende eksempel på betydningen af compassion, baseret på to lægers forskning i compassion:

"Fx undersøgte lægerne, hvad det betød, at anæstesilægen bevægede sig ud fra operationsstuen for at møde patienten, før vedkommende blev kørt ind til operation – her satte anæstesilægen hånden på patientens arm og sagde: "Jeg hedder Maureen. Du skal under bedøvelse i dag, og jeg skal nok sørge for, at du er komfortabel. Jeg er med dig hele tiden, og jeg bringer dig tilbage her efter operationen."

De 40 sekunders compassion betød ifølge Maureen Bisognano, at patienterne havde brug for mindre bedøvelse under operationen, mindre smertestillende medicin efterfølgende og en kortere indlæggelsestid.



3054 mennesker fra 55 forskellige lande deltog i international Forum 2023 i København, heraf var 1151 fra Danmark. IHI's grundlægger Don Berwick, der har været en inspiration for patientsikkerhedsarbejdet over hele verden, var blandt talerne.

Foto: Phillip Waterman, phillipwaterman.com. Taken at International Forum on Quality and Safety in Healthcare, Copenhagen, 15-17 May 2023.

Videnssygehus for compassion

Esbjerg og Grindsted Sygehus har siden 2022 været Videnssygehus for compassion. Det betyder, at man har arbejdet aktivt for at bringe compassion ind i de medmenneskelige relationer, der findes i sundhedsvæsenet. Det gælder både compassion i forhold til patienterne, men også kollegialt, i forhold til samarbejdspartnere og i ledelses-medarbejder-relationen.

Der arbejdes med compassion som en del af kulturen. Alle ledere og medarbejdere undervises i compassion, og sygehuset arrangerer konferencer om emnet. Desuden er igangsat forskning, der skal vise, om indsatsen bærer frugt.

Formålet er at styrke trivslen på arbejdspladsen og fremme et godt arbejdsmiljø samt forebygge stress og udbrændthed. Desuden er compassion afgørende i relation til patienterne, hvor *compassionate care* virker positivt på diagnostik og behandling af patienterne og øger deres oplevelse af tryghed og inddragelse.

23.

Sikkerhed III – et udvidet perspektiv på patientsikkerhed

PUBLIKATION

Nancy Leveson (2020):

Safety III

Safety III markerer en videreudvikling af sikkerhedstænkning, der bygger videre på Safety-I og Safety-II. Tilgangen fokuserer på komplekse systemer og forebyggelse af utilsigtede hændelser gennem systematisk design og kontrol frem for individuel adfærd.

Nøgleord: Systemsikkerhed, kontrol, feedback

Leveson N. *Safety III: A systems approach to safety and resilience*. Cambridge (MA): MIT Press; 2020.

<http://sunnyday.mit.edu/safety-3.pdf>

Nancy Leveson introducerer et nyt perspektiv på sikkerhed: Safety III. Hun mener, at både Safety-I og Safety-II fokuserer for snævert – Safety-I på fejl og Safety-II på menneskers tilpasning – og at moderne, komplekse systemer derfor kræver en mere systemisk tilgang.

I Safety III handler sikkerhed om at forstå hele systemets struktur, kontrolmekanismer og interaktioner, ikke om at placere ansvar hos enkeltpersoner eller daglige variationer. Leveson argumenterer for, at ulykker i komplekse systemer opstår, når kontrollen i systemet svigter, og derfor skal man fokusere på systemdesign, klare grænser, feedback, kommunikation og styring for at forebygge hændelser.

Det lærende sundhedsvæsen

PS! udgav i 2022 et oplæg, der opfordrer til at skabe bedre læring i sundhedsvæsenet. Oplægget beskriver læring som værende et bærende element i at arbejde med patientsikkerhed, da læring kan bruges til at skabe sikre arbejdsgange, systemer og strukturer, der er med til at mindske risikoen for fejl. Oplægget beskriver en række principper, der understøtter læring. Fx er det vigtigt, at alle involverede i sundhedsvæsenet har en system- og organisationsforståelse, herunder en forståelse af sundhedsvæsenet som en sammenhængende enhed, hvor alle arbejder sammen på tværs af sektorer, grænser og fagligheder. Andre principper er fx adgang til data og feedback, fælles retning og meningsskabelse samt anerkendelsen af, at patienter og pårørende er partnere i det lærende sundhedsvæsen og indgår i en samskabelsesproces.

24.

Et langvarigt samarbejde med WHO

PUBLIKATION

WHO (2021):

Global Patient Safety Action Plan

”Global Patient Safety Action Plan 2021–2030” sætter en international ramme og globale mål og strategier for patient-sikkerhed. Den sætter mål for forbedringer frem mod 2030.

Nøgleord: *Global strategi, mere systemtænkning, mere patientinvolvering*

World Health Organization. *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care.* Geneva: World Health Organization; 2021.

<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

WHO's ”Global Patient Safety Action Plan 2021–2030” er en tiårig verdensomspændende strategi med det formål at gøre sundhedsvæsenet mere sikkert og forebygge patientskade. Planen lægger vægt på uddannelse af sundhedsarbejdere, udvikling af sikre kliniske processer, brug af data til at lære af fejl og inddragelse af patienter i beslutninger om deres egen pleje. Samtidig giver den lande konkrete retningslinjer til at implementere sikkerhedsforbedringer, måle fremskridt og styrke samarbejde på tværs af sektorer.

Selvom Danmark allerede ligger relativt godt, når det gælder patientsikkerhed, opfordrer planen til at styrke de nationale strategier. Planen betoner især behovet for at bevæge sig fra en primært reaktiv tilgang til en mere proaktiv og systemorienteret praksis, hvor risici identificeres og håndteres, før de udvikler sig til skader.

Handlingsplanen både støtter og skubber dermed Danmark mod et mere helhedsorienteret, proaktivt og patientinddragende sikkerhedsarbejde frem mod 2030.

Danmark og Dansk Selskab for Patientsikkerhed har gennem flere årtier aktivt støttet op om WHO's initiativer på patientsikkerhedsområdet, blandt andet ved at bakke op om de tre store *global patient safety challenges*: ”Clean care is safer care” (håndhygiejne), ”Sikker kirurgi” (se kapitel 15) og ikke mindst ”Medicin uden skade”.

EKSEMPLER

Håndhygiejne

Siden WHO i 2005 lancerede håndhygiejnekampagnen "Clean care is safer care" har PS! haft fokus på området, fx i forbindelse med patientsikkerhedskampagnerne Operation Life og Patientsikkert Sygehus.

I forbedringsprogrammet I sikre hænder, hvor målgruppen var primærsektoren, var håndhåndhygiejne et fast element i infektionspakken, der havde til formål at forebygge infektioner på plejecentre og i hjemmeplejen.

I forbindelse med covid-19-pandemien blev behovet for håndhygiejne aktualiseret.



Den danske del af WHO-projektet Medicin uden skade blev lanceret i 2018 af PS! og Styrelsen for Patientsikkerhed og mødte bred opbakning fra det samlede danske sundhedsvæsen.

Medicin uden skade

WHO lancerede i 2017 sin tredje verdensomspændende patientsikkerhedsudfordring – Medication Without Harm – med det overordnede globale mål at reducere antallet af alvorlige, forebyggelige, medicinrelaterede skader med 50 % frem mod 2023. Reduktionen skulle ske ved hjælp af indsatser, som rettede sig mod tre aktionsområder, som WHO udvalgte: Polyfarmaci, overgange og højrisikosituationer.

Styrelsen for Patientsikkerhed og PS! har med udgangspunkt i WHO's Medication without Harm skabt det nationale program Medicin uden skade, der skulle medvirke til, at Danmark bidrog til den samlede globale målopfyldelse. En lang række af sundhedsvæsenets organisationer og myndigheder har arbejdet med og støttet programmet.

World Patient Safety Day og patientsikkerhedsprisen

PS! markerer hvert år World Patient Safety Day den 17. september, som WHO tog initiativ til i 2019. I forbindelse med dagen har PS! stiftet Patientsikkerhedsprisen, som tildeles personer, enheder eller projekter, der arbejder ud fra kriterierne:

- Involvering af patienter, borgere, pårørende
- Patientsikkerhed i fokus
- Nytænkning, mod, gennemslagskraft
- Påvist effekt (eller foreløbige erfaringer)
- Egnet til inspiration og/eller spredning.

De første modtagere af prisen i 2019 var Patientambassadørerne, og siden har Patientambassadørerne udgjort den bedømmelseskomité, der har udpeget vinderne af prisen de følgende år.



Vinder af Patientsikkerhedsprisen 2025 var Slagelse Sygehus. Afdelingen fik prisen for dens arbejde med at sikre for tidligt fødte og deres forældre den bedst mulige og mest trygge overgang i forbindelse med flytning mellem hospitaler, mellem afdelinger og mellem sygehus og hjem. Bl.a. gennem forældreinvolvering. Formand for Dansk Selskab for Patientsikkerhed Lars Gaardhøj overrakte prisen.

25.

Patientsikkerhed som integreret del af sundhedsvæsenet

PUBLIKATION

Rexbye & Frappart (red.) (2022, 2. udgave 2025):

Patientsikkerhed, UTH og risikostyring

Med afsæt i den nyeste lovgivning, teorier og retningslinjer giver bogen grundlæggende viden om patientsikkerhed og redskaber til at kunne arbejde med proaktive og reaktive arbejdsgange i sundhedsvæsenet på hospitaler, i kommuner, praksissektoren og akutberedskaber/præhospital. Bogen henvender sig til sundhedsprofessionelle og til alle, der arbejder med eller interesserer sig for arbejdet med patientsikkerhed.

Nøgleord: Grundbog, metode, patientsikkerhed, risikostyring, utilsigtede hændelser

Rexbye H, Søgaard Frappart H, editors. *Patientsikkerhed, UTH og risikostyring*. 2nd ed. København: FADL's Forlag; 2025.

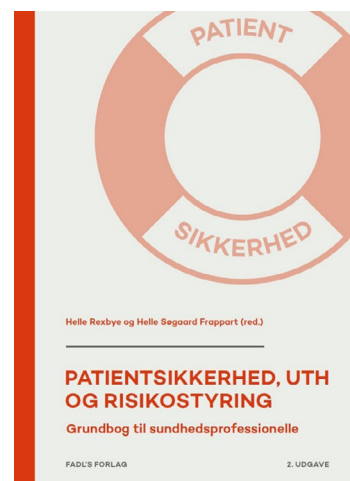
<https://fadlforlag.dk/produkt/patientsikkerhed-uth-og-risikostyring-2-udgave/>

Bogen dækker emneområdet patientsikkerhed fra mange forskellige vinkler og er den første egentlige grundbog i patientsikkerhed på dansk. Den beskriver både proaktivt og reaktivt patientsikkerhedsarbejde, og omfatter både hospitaler, primærsektor og det tværsektorielle samarbejde. Den beskriver medarbejderperspektiv og arbejdsmiljø samt patientinddragelse og den ledelsesmæssige opgave. PS! har bidraget med kapitler om psykologisk tryghed og om patientsikkerhed og forbedringsarbejde.

"Patientsikkerhed, UTH og risikostyring" er den første grundbog i patientsikkerhed på dansk. Udgivelsen af bogen er et af mange signaler, der viser, at patientsikkerhed er blevet en integreret del af arbejdet i sundhedsvæsenet. Og det er der brug for.

Sundhedsreformen, der træder i kraft i 2027, er den største forandringsproces i sundhedsvæsenet siden strukturreformen i 2007. Samtidig er mangel på arbejdskraft i sundhedsvæsenet og ældreplejen en udfordring, ikke blot i Danmark, men globalt. Dertil kommer nye teknologier og kunstig intelligens, hvor udviklingen går stærkt, men hvor det samtidigt er afgørende at sikre, at forandringerne reelt er forbedringer, og at de fører til gavn – ikke skade.

"Først, gør ingen skade" er en ofte citeret vending inden for lægevidenskaben og patientsikkerhedsområdet. Det mantra kommer PS! til at holde fast i, når vi går fremtiden i møde – sammen mod et sikkert sundhedsvæsen.





PS!

Dansk Selskab for Patientsikkerhed
c/o Frederiksberg Hospital
Vej 8, indgang 1, 1 sal
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg