

DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI rapport 2004.05

Pilottest af FAS' rapporteringssystem til utilsigtede hændelser

Henriette Lipczak

Sundhedsvæsenet
FREDERIKSBORG AMT



Pilottest af FAS' rapporteringssystem til utilsigtede hændelser

Henriette Lipczak

April 2004



DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI Institut for Sundhedsvæsen er en selvejende institution oprettet i 1975 af staten, Amtsrådsforeningen i Danmark og Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune. Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler de planlæggende og styrende myndigheder inden for sundhedsvæsenet.

Copyright © DSI Institut for Sundhedsvæsen 2004

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

DSI Institut for Sundhedsvæsen
Postboks 2595
Dampfærgevej 27-29
2100 København Ø
Telefon 35 29 84 00
Telefax 35 29 84 99
Hjemmeside: www.dsi.dk
E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 87-7488-391-7 (Trykt version)
ISBN 87-7488-393-3 (Elektronisk version)
ISSN 0904-1737
DSI rapport 2004.05

Grafisk design og tryk: Frederiksberg Bogtrykkeri A/S

Forord

I 2001 viste en undersøgelse af forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse i Danmark, at knap hver 10. patient bliver udsat for en skadevoldende hændelse under indlæggelse. Undersøgelsen dokumenterede et problem, hvis omfang svarer til det man har fundet i tilsvarende udenlandske undersøgelser. I 2002 præsenterede en anden dansk undersøgelse personalets holdninger og krav til rapporteringssystemer for utilsigtede hændelser. Den her afrapporterede pilottest af Frederiksborg Amts rapporteringssystem til utilsigtede hændelser skal ses i relation til disse undersøgelser og til udviklingen af patientsikkerhedsarbejdet i Danmark de seneste år.

Sideløbende med gennemførelsen af ovennævnte undersøgelser har man i Frederiksborg Amt arbejdet med forskellige aspekter af patientsikkerhed. Arbejdet har bl.a. resulteret i beskrivelsen af et amtsligt rapporteringssystem til utilsigtede hændelser. Inden implementering af dette har man ønsket at pilotteste systemet. Samtidig har man, med det formål at få større viden om og indsigt i fænomenet sikkerhedskultur, indledt et samarbejde med Forskningscenter Risø. Samarbejdet indgår som en del af ph.d. projektet 'Sikkerhedskultur og professionsetik', der gennemføres af Marlene Dyrlov Madsen, cand.mag. i filosofi og kommunikation. I projektet belyses sikkerhedskulturen før og efter introduktion af rapporteringssystemet.

Nærværende rapport henvender sig til den gruppe af personer i det danske sundhedsvæsen, der fra centralt og lokalt hold arbejder med implementering af rapporteringssystemer og læring.

Pilottesten af FAS' rapporteringssystem kunne ikke have været gennemført uden engagement og deltagelse af personalet på de fire testafsnit. En stor tak skal derfor lyde til medarbejdere på anæstesiologisk/intensiv afdeling, Helsingør Sygehus, ortopædkirurgisk afdeling, Frederikssund Sygehus, medicinsk afsnit F0861, Hillerød Sygehus samt anæstesiologisk/intensiv afdeling, Frederikssund Sygehus.

Nærværende rapport er udarbejdet af læge Henriette Lipczak, der som konsulent i RiskEnheden i FAS dels har deltaget i pilottesten, dels har evalueret forløbet.

Sygeplejerske Inge Ulriksen, RiskEnheden har løbende fungeret som sparringspartner på rapporten og har ydet væsentlige bidrag i forbindelse med dens tilblivelse.

Rapporten er forud for publicering reviewet af:
Seniorforsker Henning Boje Andersen, Forskningscenter Risø,
Læge, ph.d. Annemarie Hellebek, Klinisk Farmakologisk Enhed, Bispebjerg
Hospital og Speciallæge Majbritt Christensen, DSI Institut for Sundheds-
væsen.

Alle takkes for konstruktive kommentarer til arbejdet.

Pilottesten er finansieret med midler fra Sofus Carl Emil Friis og Hustru Olga
Friis' legat, Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen og DSI Institut for
Sundhedsvæsen.

Henriette Lipczak
Projektleder
DSI Institut for
Sundhedsvæsen

Henrik Hauschildt Juhl
Vicedirektør
DSI Institut for
Sundhedsvæsen

Anne Mette Fugleholm
Kvalitetschef
Frederiksborg Amts
Sundhedsvæsen

Indhold

Forord	3
Resumé	6
Baggrund	8
Definitioner og ordforklaring	9
Rapporteringssystemet	11
Referenceramme	11
Organisering	12
Opgave- og ansvarsdeling	12
Kriterier for rapportering	13
Rapportering	15
Analyse	17
Feedback & formidling	19
Pilottesten	20
Formål	20
Metode	20
Database og databehandling	21
Resultater	22
Indrapporterede hændelser	22
Brugerundersøgelse	28
Erfaringer fra RiskEnheden	40
Diskussion	46
Konklusion	58
Anbefalinger	60
Referencer	64
Bilag A Rapporteringsskemaer	65
Bilag B Scoring af hændelse/nærhændelse	74
Bilag C Vejledning til information af personale	76
Bilag D Vejledning til information af patient	77
Bilag E Program for Kursus i Patientsikkerhed & Risikostyring	78
Bilag F Spørgeskemaer fra brugerundersøgelser	82
Bilag G Lommekort til personalet	95
Bilag H Eksempel på nyhedsbrevet RiskNyt	96

Resumé

Pilottesten af Frederiksborg Amts rapporteringssystem foregik over en 4-måneders periode på fire sygehusafsnit i amtet. I forbindelse med testen blev der opbygget en lokal patientsikkerhedsorganisation og etableret en midlertidig RiskEnhed i stabsafdelingen FoQUS. Under testen rapporterede personalet utilsigtede hændelser og nærhændelser indenfor fire forskellige kategorier: 'medicinering', 'forveksling/fejlkommunikation', 'død i forbindelse med elektiv kirurgi' og 'frivillig rapportering'. Hændelserne blev efterfølgende analyseret, og der blev iværksat korrigerende tiltag. Ved testens afslutning blev der, m.h.p. indsamling af erfaringer, udsendt et spørgeskema til personale og ledelser på de deltagende afsnit. Derudover har personalet fra RiskEnheden bidraget med egne erfaringer fra pilottesten.

Pilottesten viste, at det er muligt at etablere et velfungerende amtsligt rapporteringssystem baseret på personalets rapportering af risikable situationer. Det i Frederiksborg Amt skitserede system kan - efter enkelte justeringer - anvendes som led i personalets håndtering af utilsigtede hændelser. Resultater fra undersøgelsen viser, at personalet generelt er optimistiske i forhold til at rapporteringssystemet kan bruges til bedring af patientsikkerheden. Testen har bekræftet, at systemet ikke er velegnet til frembringelse af valide epidemiologiske rater.

På baggrund af pilottestens resultater anbefales det, at man også i den fremtidige organisering af arbejdet med rapporteringssystemet tilstræber lokal forankring. Den lokale forankring er vigtig dels i forhold til fremme af en sikkerhedskultur hvor åbenhed, vidensdeling og læring er i centrum, dels i relation til at udnytte klinikernes viden og lokalkendskab. Endelig er den lokale ledelses opbakning betydende for driften af systemet, herunder kontinuerlig opmærksomhed, støtte til introduktion af relevante forebyggelsestiltag og formidling. Det lokale arbejde kan understøttes og koordineres i samarbejde med en amtslig RiskEnhed.

I forbindelse med afprøvning af rapporteringssystemet er der identificeret en række forhold der skal arbejdes målrettet med for at bedre systemets funktion, bl.a.:

- Lettilgængelig og hurtig rapportering
- Tilbagemelding til rapportører

Optimering af rapporteringssystemets funktion forudsætter videreudvikling af flere af systemets elementer. Dele af denne udviklingsproces kan varetages lokalt, mens andre med fordel kan ske på nationalt niveau.

Sideløbende med pilottesten er der i Frederiksborg Amt taget en række beslutninger vedr. det fremtidige patientsikkerhedsarbejde. Beslutningerne understøttes af resultaterne fra pilottesten og indgår i de opstillede anbefalinger for det videre arbejde med rapporteringssystemet i Frederiksborg Amt. Anbefalingerne kan resumeres som følger

- Organisering af rapporteringssystemet baseres på lokal forankring og kobles til et netværk på et højere organisatorisk niveau
- Rapporteringssystemet baseres på fortrolighed
- Alle faggrupper skal kunne rapportere
- Rapporteringen omfatter udvalgte obligatoriske hændelseskategorier suppleret af mulighed for frivillig rapportering
- Rapporteringen omfatter både utilsigtede hændelser og nærhændelser
- Rapporteringen baseres på fritekstbeskrivelse af hændelsen
- Hændelserne scores lokalt
- Der udarbejdes en funktionel årsagsklassifikation
- Funktioner relateret til analyse, tilbagemelding og handling differentieres ift. hændelsernes score
- Organisationens personale uddannes i patientsikkerhed og risikostyring
- Rapporteringssystemet evalueres efter 2 år

Baggrund

Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen (FAS) har igennem de sidste mange år beskæftiget sig med forskellige aspekter af patientsikkerhed. I ca. 5 år, har der eksisteret en database for alle amtets klagesager, dvs. såvel serviceklager som klager til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn samt en database dækkende sager sendt til Patientforsikringen. Formålet med databaserne er at systematisere arbejdet med klage- og forsikringssager, samt at udnytte den viden der findes i sagerne til kvalitetssikring og -udvikling.

I august 2001 blev arbejdet med patientsikkerhed intensiveret og målrettet, da Sundhedsudvalget i Frederiksborg Amt besluttede, at indføre et rapporteringssystem. Beslutningen blev udmøntet, da man i forbindelse med det forberedende akkrediteringsarbejde i amtet, nedsatte en arbejdsgruppe vedr. patientsikkerhed. Arbejdsgruppen bestod af otte klinikere fra amtets sygehuse, en chefapoteker, en repræsentant fra FACIT,¹ en praktiserende læge, en embedslæge samt to medarbejdere fra Patientkontoret² (kontorchef og sygeplejefaglig medarbejder) samt to repræsentanter fra FoQUS³ (kvalitetschef og souschef).

Med afsæt i den Nationale strategi for Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet (1), udkast til en model for kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet (2) samt Lov om patientsikkerhed (3) beskrev arbejdsgruppen et rapporteringssystem til utilsigtede hændelser.

I arbejdet valgte man at tage højde for sygehuspersonalets krav og ønsker vedr. rapportering af utilsigtede hændelser, ligesom man forsøgte at inddrage den såvel danske som udenlandske erfaringer på området (4-7).

Arbejdsgruppens beskrivelse af et rapporteringssystem lå færdig i juni 2003 (8). Nærværende rapport beskriver den efterfølgende pilottest af systemet og forsøger at sammenfatte de justeringer, pilottestens resultater lægger op til.

¹ Frederiksborg Amts Center for IT.

² Patientkontoret tager sig af patientvejledning og driver databaser over sager sendt til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og Patientforsikringen.

³ FoQUS varetager opgaver indenfor områderne forskning, kvalitet, kompetenceudvikling og uddannelse.

Definitioner og ordforklaring

Aggregeret analyse

Se afsnit om rapporteringssystemet - analyse.

Audit

Se afsnit om rapporteringssystemet - analyse.

Frontliniepersonale

Personale der har kontakt til patienterne, f.eks. læger og sygeplejersker.

Hændelser

Samlebetegnelse for utilsigtede hændelser og nærhændelser (8).

Kerneårsagsanalyse

Se afsnit om rapporteringssystemet - analyse.

Lokal rapporteringstid

Antal dage fra rapporteringsskemaet udfyldes til skemaet signeres af ledelsen.

Modtager

Den eller de personer der af afdelingsledelsen har fået til opgave at modtage hændelsesrapporter fra det øvrige personale – i udgangspunktet en udpeget sygeplejerske og læge. Opgaven kan dog uddelegeres til andre, såfremt lokale forhold taler herfor (8). Betegnelsen 'modtager' anvendes synonymt med betegnelsen patientsikkerhedsansvarlig.

Nærhændelse

En utilsigtet hændelse, der når at blive korrigeret i tide før gennemført handling (9).

Patientsikkerhedsansvarlig

Se 'modtager'.

Proaktiv analyse

Se afsnit om rapporteringssystemet – analyse.

Rapporteringssystem

Et system bestående af aktiviteterne dataindsamling, regelmæssig dataanalyse, tilbagemelding til rapportører og andre interessenter samt formulering, implementering og evaluering af målrettede forebyggelsestiltag (10).

Rapportør

Personale der rapporterer en utilsigtet hændelse. Kan tilhøre alle faggrupper (8).

Rapporteringstid

Tid fra hændelsen indtræffer/opdages, til rapporteringsskemaet udfyldes (antal dage).

Scoring

Vurdering af hændelsens alvor og hyppighed, der vha. en særlig matrix (se næste afsnit om rapporteringssystemet) anvendes til prioritering af den videre analyse og håndtering af hændelsen.

Systembeskrivelse

Dokument der beskriver Frederiksborg Amts system til rapportering af utilsigtede hændelser(8).

Utilsigtet hændelse

En ikke-tilstræbt begivenhed, der skader patienten eller indebærer risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets handlinger eller mangel på samme (9). Utilsigtede hændelser omfatter såvel kendte som ukendte komplikationer og egentlige fejl.

Rapporteringssystemet

Referenceramme

Arbejdet med patientsikkerhed i FAS bygger på en grundlæggende forståelse af, at hovedparten af hændelser kan relateres til menneskelige faktorer, og at disse skal ses i lyset af den organisatoriske kontekst, hvori menneskene befinder sig. Med udgangspunkt i, at det er menneskeligt at fejle, og at denne egenskab ikke umiddelbart lader sig fjerne, fokuseres der på identifikation og korrektion af de forhold i organisation og systemer, der gør det muligt, at hændelserne får konsekvenser for patienterne (11-13).

I arbejdet med rapporteringssystemet indgår udviklingen af en sikkerhedskultur, hvor læring er i fokus frem for placering af skyld og ansvar. Denne kultur skal ikke ses som et udtryk for, at sundhedspersonalet fratages ansvaret for deres handlinger, men afspejler en forventning om at læring og bedring af sikkerheden henholdsvis placering af ansvar og sanktioner bedst håndteres i uafhængige systemer (5).

I beskrivelsen af rapporteringssystemet har man tilstræbt at designe et system, der dels afspejler ovenstående grundholdning, dels gør brug af den eksisterende viden om, hvilke faktorer der fremmer brugen og udbyttet af rapporteringssystemer. De bærende principper for FAS' rapporteringssystem er således:

- Lokal forankring
- Synlig ledelsesopbakning
- Fokus på læring/kultur
- Fortrolighed og tryghed for personalet
- Hurtig og lettilgængelig rapportering
- Hurtig tilbagemelding/opfølgning
- Igangsættelse af forebyggelsestiltag/synliggørelse af effekt.

Et af grundelementerne i et rapporteringssystem er oprettelsen af en database over de utilsigtede hændelser der optræder. Velvidende at dataindsamling ikke i sig selv har en positiv effekt på patientsikkerheden, er det derfor vigtigt at understrege, at databasen kun er ét af flere elementer, der sammen udgør rapporteringssystemet (10). Når der i dette arbejde refereres til et rapporteringssystem, menes således et system bestående af samtlige nedenstående elementer/aktiviteter:

- Systematisk dataindsamling (rapportering)
- Regelmæssig dataanalyse (årsagsanalyse)
- Tilbagemelding til rapportører og andre interessenter
- Formulering og implementering af korrigerende aktiviteter
- Evaluering af de gennemførte aktiviteter.

Organisering

I forbindelse med pilottesten blev der, som en del af stabsafdelingen FoQUS, oprettet en såkaldt RiskEnhed. RiskEnheden var i testperioden bemannet af to deltidsansatte medarbejdere, som tilsammen arbejdede ca. 40 timer pr. uge i RiskEnheden. I cirka 80% af tiden var én eller begge personer til stede i RiskEnheden, mens det resterende arbejde blev udført fra andre adresser.⁴ Ansatte i RiskEnheden refererer til amtets kvalitetschef, som er leder af FoQUS.

I hvert af de deltagende afsnit blev der etableret en lille patientsikkerhedsorganisation bestående af et antal 'modtagere' (typisk 1 læge og 1 sygeplejerske) samt afdelingsledelsen (se det følgende afsnit for beskrivelse af opgave- og ansvarsfordeling).

Opgave- og ansvarsdeling

I det skitserede rapporteringssystem er der lagt op til, at alle niveauer i organisationen er involveret i patientsikkerhedsarbejdet (8). Nedenfor er opgaver og ansvar beskrevet for relevante parter i organisationen:

Direktionen

- Udformer en overordnet politik for området
- Sikrer, at relevante aktiviteter inden for området besluttet, koordineres og formidles
- Udpeger risikoområder på tværs af sygehusene.

Sygehusledelsen

- Følger de amtslige rammer og mål for håndtering af utilsigtede hændelser
- Udpeger indsatsområder på tværs af sygehuset
- Sikrer relevante uddannelsesinitiativer
- Understøtter afdelingernes arbejde med dataindsamling, analyse og implementering af forbedringstiltag ved synlig opbakning og tilførsel af ressourcer.

Afdelingsledelsen

- Sikrer en organisering i de enkelte afsnit der gør, at personalets rapporter modtages og videresendes i anonymiseret form
- Sikrer at data opsamles systematisk, formidles og at der handles på analyse af data
- Afstikker rammer for og sikrer en debriefing af personalet
- Sikrer, at der på afsnits- og afdelingsniveau skabes et forum, hvor hændelser regelmæssigt diskuteres
- Udpeger risikoområder lokalt.

⁴ Stabsafdelingen Patientkontoret i FAS henholdsvis DSI Institut for Sundhedsvæsen.

Afsnitsledelsen

- Modtager rapportering af hændelser på en måde, så personalet føler det trygt at rapportere
- Stimulerer personalet til rapportering af hændelser.

Specialeråd/sundhedsfaglige råd

- Sikrer identifikation af risikoområder inden for de pågældende specialer
- Yder sundhedsfaglig rådgivning.

Den enkelte fagperson

- Holder egen viden ajour, kender og følger gældende vejledninger og retningslinier samt følger gældende love og regler
- Rapporterer hændelser ifølge de aftalte retningslinier.

RiskEnheden

- Modtager rapporteringer fra afdelingerne
- Indtaster data i amtets database
- Tager initiativ til og gennemfører aggregerede analyser
- Gennemfører kerneårsagsanalyser i samråd med afdelingerne
- Giver feedback til afdelingerne
- Formidler generaliserbar viden og læring fra analyserne til sundhedsvæsenet i amtet
- Samarbejder med Patientkontoret
- Yder generel rådgivning
- Indsamler erfaringer fra afdelingerne vedr. korrigerende handlinger.

Kriterier for rapportering

Rapportering til systemet omfatter både **utilsigtede hændelser** og **nær-hændelser** i henhold til de tidligere anførte definitioner (se afsnittet Definitioner og ordforklaring).

Rapporteringssystemet er bygget op omkring **obligatorisk rapportering** af tre hændelseskategorier, der er udvalgt på grund af væsentlighed og generel forebyggelighed:

- Dødsfald i forbindelse med elektiv kirurgi
- Medicineringshændelser
- Forveksling/fejlkommunikation

men giver desuden mulighed for **frivillig rapportering** baseret på personalets skøn af de oplevede hændelsers karakter.

De omfattede kategorier er beskrevet nedenfor (8).

Dødsfald

- Dødsfald under elektiv operation/indgreb, eller
- Dødsfald inden for 30 dage efter elektiv operation/indgreb.

I systembeskrivelsen er der lagt op til, at ovennævnte dødsfald skulle identificeres på baggrund af udtræk i amtets patientadministrative systemer og efterfølgende tilgå de involverede afsnit med henblik på afklaring af, hvorvidt dødsfaldet opfyldte krav for rapportering.

Medicinering

Hændelser relateret til medicinering omfatter brist i den medicineringsproces, der sikrer, at patienten får rette medicin i rette dosis, på rette tidspunkt og rette måde.

Rapportering af hændelser forbundet med medicinering omfatter alle led i medicineringsprocessen, dvs. hændelser relateret til:

- Ordination
- Transskription
- Dispensering
- Administration.

Ordination omfatter

- Ordination trods kendt allergi eller kontraindikation
- Ulæselig/uforståelig ordination.

Transskription omfatter

- Overførsel af ordinationer fra et skema til et andet
- Overførsel af ordinationer fra en sektor til en anden.

Dispensering omfatter alle former for ophældning og afmåling af præparat, herunder

- Infusionshastighed
- Brug af udløbet medicin
- Forkert præparat, dosis eller udregning.

Administration omfatter alle former for omdeling, udlevering, indtagelse, herunder

- Fejlagtig administrationsvej
- Manglende dokumentation af given medicin
- Medicin ikke givet eller givet flere gange.

Forveksling og fejlkommunikation

Hændelser relateret til forveksling og fejlkommunikation omfatter:

- Forkert sideidentifikation ved undersøgelse eller behandling, herunder kirurgi
- Forkert patientidentifikation
- Forkert skriftlig dokumentation, herunder
 - journalark i forkert journal
 - manglende persondata på gennemslagspapir

- Forsinket diagnose og terapi pga. fejlkommunikation, herunder
 - henvisningen afsendt, men forsvundet
 - brist i skriftlig eller mundtlig kommunikation ved overflytning af patient.

Frivillig rapportering

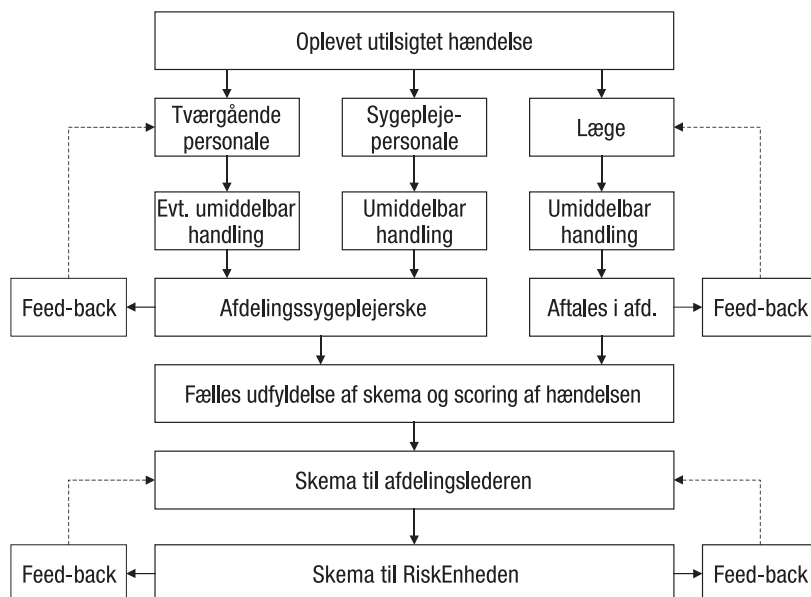
Frivillig rapportering foretages ved hændelser,

- der af personalet vurderes som alvorlige
- der ud fra en umiddelbar betragtning kunne være undgået
- som personale og ledelse finder væsentlig
- der har generelt læringspotentiale.

Rapportering

Rapporteringssystemet tager udgangspunkt i, at personalet hurtigst muligt og senest førstkommande hverdag rapporterer hændelser, de har været involveret i. Alle faggrupper kan rapportere. Det tages for givet, at der forud for rapportering iværksættes relevante tiltag, således at yderligere skade i relation til den pågældende hændelse forhindres eller minimeres.

Rapporteringen følger nedenstående flowdiagram (figur 1). Afdelingsledelsen har det overordnede ledelsesmæssige ansvar for, at personalet rapporterer hændelser, mens afsnitsledelsen fungerer som modtager af rapporte-



Figur 1. Flow for rapportering af hændelser

ringerne.⁵ Af diagrammet fremgår således, at sygeplejepersonale og tværgående personalegrupper som udgangspunkt rapporterer til afdelings-sygeplejersken, mens modtager af rapporter fra lægegruppen aftales i det enkelte afsnit.

Modtagere af rapporteringen orienterer afdelingsledelsen. Dette dokumenteres ved afdelingsledelsens signatur på hændelsesrapporten. Rapporten videresendes efterfølgende til RiskEnheden.

Ved overflytning tager ledelsen på det afsnit, hvor patienten er indlagt, stilling til, hvorvidt evt. hændelser opstået før eller under overflytningen skal rapporteres. Rapportering skal i givet fald ske under samråd med afgivende afsnit.

Til hver af de fire mulige rapporteringskategorier findes særskilt rapporteringsskema (se bilag A). Det for den aktuelle hændelse relevante skema udfyldes i fællesskab af rapportør og modtager.

Fælles for de fire rapporteringsskemaer er en såkaldt scoring af hændelsen. Udgangspunktet for scoringen er et skøn over **skadens alvor** og **risiko for gentagelse** (se bilag B). På baggrund heraf kan hændelsens score aflæses i nedenstående tabel. Tabellen er modificeret efter en lignende matrix, der anvendes i H:S (4), idet gradueringen af hyppighed er ændret fra 4 til 3 grader.⁶ Med henblik på senere identifikation og analyse af såvel alvor som hyppighed har man i FAS valgt, at scoren markeres på rapporteringsskemaet med en cirkel om det valgte tal i matrix.

Tabel 1. Scorematrix

SCORE		ALVOR			
		Katastrofal	Betydelig	Moderat	Minimal
HYPPIGHED	Hyppig	3	3	2	1
	Mindre hyppig	3	2	1	1
	Sjælden	3	2	1	1

⁵ Hvor særlige forhold gør sig gældende, kan afdelingsledelsen uddelegere modtagelse af rapporter til andre end afsnitsledelsen. For nærmere beskrivelse af 'modtager', se afsnittet Definitioner og ordfor-
klaring.

⁶ I H:S opererer man med yderligere én grad af hyppighed kaldet 'meget sjælden'.

I forbindelse med den personlige kontakt mellem rapportør og modtager uddybes hændelsens indhold, og det umiddelbare forebyggelsespotentiale afdækkes. Der gives efter behov information og støtte til rapportør i henhold til en skriftlig vejledning (se bilag C). Formålet er, at understøtte udviklingen af et miljø hvor der tales åbent om hændelser samt at sikre debriefing af rapportøren. Derudover lægges der vægt på, at rapportøren løbende holdes orienteret om den videre håndtering/behandling af hændelsesrapporten samt evt. iværksatte handlinger foranlediget heraf.

Systemet lægger endvidere op til, at patienter og evt. pårørende orienteres hurtigst muligt, såfremt der opstår utilsigtede hændelser, der medfører konsekvenser for patienten. Vejledning heri fremgår af systembeskrivelsen (se bilag D).

Analyse

Analyse af de hændelser der rapporteres gennemføres i udgangspunktet vha. fire forskellige metoder. Metodernes indhold og anvendelsesområde er kort beskrevet herunder. For yderligere information henvises til systembeskrivelsen (8).

Samtlige analyseformer har til formål, at afdække årsager til at hændelsen kunne finde sted, samt at formulere tiltag der kan forhindre gentagelse af samme eller lignende hændelser. De analyseformer der involverer personalet, har endvidere til formål at bidrage til organisatorisk læring - sidstnævnte i form af tilegnelse og spredning af viden dels om den konkrete hændelse, dels om patientsikkerhed generelt.

Audit

Audit er en proces, i hvilken fagpersoner gennemgår konkrete processer m.h.p. at vurdere kvaliteten. Kvalitetsvurderingen sker med udgangspunkt i implicitte kriterier (fælles forståelse af 'god klinisk praksis') eller eksplicitte kriterier (forud formulerede standarder).

Audit anvendes ved

- Dødsfald under elektiv kirurgi eller inden for 30 dage efter elektiv kirurgi, og
- Akkumulerede ens hændelser.

Aggregeret analyse

Ved den aggregerede analyse forstås en analyse af ensartede hændelser inden for en nærmere fastlagt periode. Hændelserne kan f.eks. have fælles-træk i relation til årsagsmønster eller forløb og er karakteriseret ved en relativ høj forekomst.

Aggregeret analyse anvendes ved

- Grupper af ensartede hændelser, samt
- Udvalgte patientklagenævnssager og patientforsikringssager.

Kerneårsagsanalyse

Kerneårsagsanalysen er en systematisk analyse, der gennemføres efter en forskrift. Anvendelsen af en forskrift sikrer i nogen grad reproducerbarheden af analysens resultater, ligesom den medvirker til, at en lang række forskellige faktorer overvejes som mulig årsag til hændelsen. Analysen gennemføres af en til formålet nedsat analysegruppe⁷ under afholdelse af 2-3 møder (å 1-2 timers varighed). Den her anvendte analyseform svarer i al væsentlighed til den, der anvendes i H:S (4;8).

Kerneårsagsanalyse anvendes ved

- Forvekslingskirurgi
- Hændelser, der scorer 3.

Proaktiv analyse

I modsætning til de ovenfor nævnte tre analyseformer identificeres risici ved en proaktiv analyse, inden hændelsen indtræffer. Dette sker under anvendelse af eksisterende viden om særligt risikobehæftede procedurer eller forhold. Kilder kan f.eks. være litteratur, frontliniepersonalets kliniske viden eller andre personer/organisationer, som beskæftiger sig med patientsikkerhed.

Proaktiv analyse anvendes på områder, hvor

- der er viden om tidligere utilsigtede hændelser, eller
- der vurderes at være høj risiko for forekomst af utilsigtede hændelser.

Sager fra patientklagenævn og patientforsikring

I systembeskrivelsen lægges der op til, at udvalgte patientklagenævnssager og patientforsikringssager inddrages i patientsikkerhedsarbejdet m.h.p. at uddrage læring. Dette sker under henvisning til, at disse fora er patienternes eneste formelle mulighed for at bibringe systemet viden om utilsigtede hændelser. Anvendelsen af disse kilder tager udgangspunkt i, at afdelingsledelsen og Patientkontoret udvælger sager til analyse og efterfølgende iværksættelse af forebyggende handlinger. RiskEnheden får efterfølgende til opgave at formidle evt. generaliserbare resultater til resten af sundhedsvæsenet.

⁷ Analysegruppen består typisk af repræsentanter fra ledelsen, frontliniepersonalet, evt. eksperter samt medarbejdere fra RiskEnheden.

Feedback & formidling

Erfaringer viser, at hurtig, brugbar og forståelig feedback til rapportørerne er blandt de faktorer, der har afgørende betydning for et rapporteringssystems succes (5). På baggrund heraf, er der i systembeskrivelsen lagt op til, at modtagere i forlængelse af hændelsesrapporters modtagelse forestår tilbagemelding til rapportør og evt. øvrigt personale, om hvilken umiddelbar handling der er iværksat.

Efter gennemført analyse har RiskEnheden til opgave at formidle den tilvejebragte viden til resten af sundhedsvæsenet. Formidlingen er beskrevet som bestående af følgende aktiviteter:

For den enkelte hændelse (fra RiskEnheden til modtager)

- Kvittering for modtagelse og angivelse af analyseplan
- Formidling af analyseresultater.

For alvorlige hændelser (fra RiskEnheden til afdelingsledelser)

- E-mail med advarsel/oplysning om risiko.

For øvrige hændelser

- Kvartalsvise e-mails (kaldet *RiskNyt*) til patientsikkerhedskontaktpersoner, afsnits- og afdelingsledelserne
- Periodevis papirudgave af *RiskNyt* til personalet
- Afholdelse af møder
- RiskEnhedens hjemmeside
- Årsrapport
- Videnskabelig publikation.

I systembeskrivelsen lægges der endvidere op til, at RiskEnheden løbende følger op på iværksatte forebyggende tiltag m.h.p. at vurdere effekten af disse og muliggøre formidling af eventuelle 'gode erfaringer'.

Der er endvidere lagt op til, at RiskEnheden hver 2. måned gennemgår/opdaterer litteratur- og informationssøgning for gennem analysearbejdet og de ovennævnte fora at muliggøre vidensdeling med hele sundhedsvæsenet.

I systembeskrivelsen pålægges afdelingsledelserne ansvaret for, at der sker læring af hændelserne via eksisterende eller nye relevante fora i afsnitte-/afdelingerne.

Pilottesten

Formål

Formålet med pilottesten af FAS' system til rapportering af utilsigtede hændelser var at afprøve systemet for herigennem at danne grundlag for justering inden udbredelse til hele amtet.

Metode

Pilottesten fandt sted i perioden 15. september 2003 til 15. januar 2004 og involverede de fire nedenstående afsnit:

- Anæstesi/intensiv afsnit, Helsingør Sygehus
- Anæstesi/intensiv afsnit, Frederikssund Sygehus
- Ortopædkirurgisk afsnit, Frederikssund Sygehus
- Medicinsk onkologisk afsnit (F0861), Hillerød Sygehus.

Afsnittene blev udvalgt på baggrund af et ønske om repræsentation af alle amtets sygehuse, repræsentation af såvel skærende som ikke-skærende specialer samt en forventning til afdelingens interesse for og ønske om at deltage aktivt i projektet.

Alle deltagende afsnit skulle i løbet af den fire måneder lange testperiode anvende rapporteringssystemet som anført i systembeskrivelsen af august 2003.

I forbindelse med testens påbegyndelse blev de deltagende afsnit introduceret til systemet. På samtlige afsnit blev der indledningsvist afholdt informationsmøder for alt personale. Møderne var planlagt som 45-minutters informationsmøder midt på dagen, hvor personalet kunne komme og spise frokost, mens rapporteringssystemet blev gennemgået. Alle afdelingsledelser og de udpegede modtagere af rapportering fra de deltagende afsnit fik udleveret skriftligt materiale om pilottesten og rapporteringssystemet,⁸ ligesom der til hver enkelt medarbejder var udarbejdet et lamineret 'lommekort' (se bilag G) der i oversigtsform beskrev rapporteringsproceduren og de hændelser der skulle rapporteres. Afdelingsledelser og modtagere deltog endvidere i et 2½ dags patientsikkerhedskursus (se bilag E for udførligt program). På en enkelt afdeling blev pilottesten præsenteret ved en intern temadag om patientsikkerhed. Alle afdelinger fik tilbudt uformelle møder m.h.p. erfaringsudveksling. Sådanne møder blev afholdt på hovedparten af afsnittene.

⁸ Det udleverede skriftlige materiale bestod af et ringbind indeholdende systembeskrivelsen samt rapporteringsskemaer.

I systembeskrivelsen var RiskEnheden tildelt en central rolle qua funktioner relateret til rapportering og analyse, men også som koordinerende organ med opgaver relateret til sparring, vidensdeling og formidling. Disse funktioner blev afprøvet i løbet af de fire måneder og erfaringerne løbende indsamlet.

I forlængelse af den fire måneder lange testperiode blev der gennemført en brugerundersøgelse blandt personalet på testafsnittene. Til formålet blev der udarbejdet tre spørgeskemaer (ét til ledelse, ét til modtagere samt ét til rapportører). Hensigten med spørgeskemaerne var, at afdække de erfaringer brugerne havde haft med rapporteringssystemet i testperioden.

Database og databehandling

Ved pilottestens påbegyndelse blev der vha. softwareproduktet SPSS® udviklet en database til håndtering af indkomne rapporter. Databasen var i udgangspunktet en simpel kopi af de fire forskellige rapporteringsskemaer.

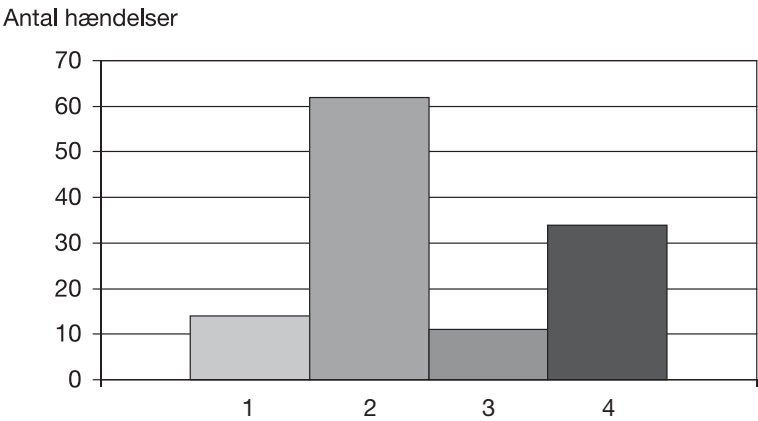
Indkomne rapporter blev manuelt indtastet i databasen af RiskEnhedens medarbejdere. Der var tale om enkeltindtastning uden systematisk kontrol af datakvaliteten.

Resultater

Indrapporterede hændelser

Hændelsernes antal og karakter

I løbet af den fire måneder lange testperiode modtog RiskEnheden i alt 121 rapporter. Der blev rapporteret hændelser fra samtlige afdelinger, dog med en vis variation i antal rapporter (figur 2).



Figur 2. Antal indrapporterede hændelser på de fire deltagende afsnit

Korrigeres disse tal for personalestørrelsen på de fire afsnit ses nedenstående rapporteringsrater. Heraf kan udledes, at forskellen i antallet af rapporter ikke alene kan tilskrives forskelle i personalestørrelsen (tabel 2).

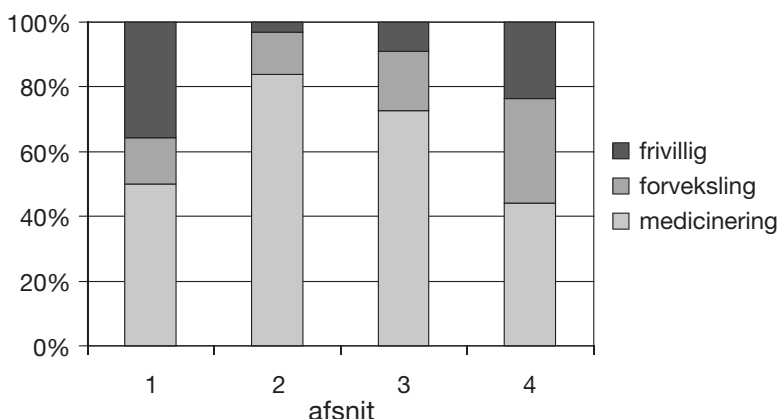
Tabel 2 Rapporteringsrater på de 4 testafsnit

Afsnit	Rapporteringsrate (antal rapporter/personale/4 måneder)
1	0,2
2	1,0
3	0,3
4	0,6

Rapporteringsskemaet gav ikke mulighed for at tilkendegive, hvorvidt hændelsen var en egentlig utilsigtet hændelse eller en nærhændelse. Efterfølgende gennemgang af rapporternes fritekstbeskrivelser viser imidlertid, at der overvejende er tale om utilsigtede hændelser (77%). De resterende rapporter omhandler nærhændelser (22%), fraset dog en enkelt rapport (1%) der ikke iflg. de anvendte definitioner kan karakteriseres som værende en hændelse.

Fordelingen af de 120 hændelser på de fire rapporteringskategorier viser, at 82 af hændelserne er relateret til medicineringsprocessen (68%). Kategorierne forveksling/fejlkommunikation og frivillige rapporteringer var repræsenteret i henholdsvis 23 (19%) og 15 rapporter (13%), mens der slet ikke optrådte hændelser i kategorien død i forbindelse med elektiv kirurgi (se afsnittet Erfaringer fra RiskEnheden for beskrivelse af problemer omkring fremskaffelse af lister over patienter i denne kategori).

Betragter man fordelingen af hændelserne på de forskellige hændelseskategorier afdelingsvis, er der på alle afdelinger en overvægt af hændelser relateret til medicineringsprocessen. Omfanget varierer dog fra en andel på 46% af alle afsnittets hændelser på ét afsnit til 84% på afsnittet med den største andel af medicineringshændelser. Variationen i andelen af 'forvekslingshændelser' er væsentlig mindre (fra 13% til 33%), mens der er større variation i andelen af 'frivillige hændelser' afdelingerne imellem (fra 3% til 36%), jf. figur 3.



Figur 3. Rapporter tilhørende de forskellige hændelseskategorier fordelt på afsnit.

Personalet

Personalet på de deltagende afsnit omfattede i alt 220 personer (49 læger, 171 sygeplejepersonale). Med et samlet antal rapporterede hændelser på 120, findes en rapporteringsrate på 0,14 rapport pr person pr måned, svarende til 1,6 rapport pr person pr år.

En opgørelse over hvilke faggrupper der var involveret i de rapporterede hændelser viser en klar overvægt af sygeplejesker (82%). Læger alene og læger i fællesskab med sygeplejeske var begge anført som involveret i 8% af de rapporterede hændelser. For en enkelt hændelse (1%) var faggruppen ikke anført på rapporteringsskemaet.

96% af rapporterne var påført oplysninger om involveret personales anciennitet. 18% af rapporterne kunne relateres til personale med mindre end 2 års erfaring i specialet, mens de resterende 78% involverede personale med mere end 2 års erfaring i specialet. For de hændelser, hvor flere fagpersoner var involveret, er det imidlertid uvist, hvis anciennitet der er anført på rapporteringsskemaet.

Hændelser relateret til medicineringsprocessen

Ved rapportering af medicineringshændelser var der lagt op til 'lokalisering' af hændelsen i medicineringsprocessen. Af samtlige 82 medicineringshændelser blev 2 hændelser rubriceret i kategorien 'ordination' (2%), 12 hændelser i kategorien 'overførsel af ordinationer' (15%), 25 hændelser i kategorien 'dispensering' (31%), 21 i kategorien 'administrering' (26%) og 34 i kategorien 'andet' (42%). Nogle hændelser blev rubriceret i mere end én kategori.

Medicineringshændelserne blev endvidere forsøgt kategoriseret i forhold til den umiddelbare årsag til hændelsen. I visse tilfælde var der anført flere årsager til samme hændelse. Rapporterne fordelte sig på de forskellige årsagskategorier som følger (tabel 3).

Tabel 3. Medicineringshændelser fordelt på årsagskategorier

Årsagskategori	Antal	(%)
Manglende oplæring	0	0
Mangelfuld dokumentation af om dosis er givet	2	2
Upræcis eller manglende vejledning/instruks	2	2
Manglende viden	3	4
Forhold vedr. emballage/etikette	4	5
Manglende angivelse af dosis	4	5
Regnefejl	4	5
Afbrydelse/forstyrrelse af arbejdet	10	12
Stor arbejdsbelastning	10	12
Instruks ikke fulgt	11	13
Andet	22	27
Forglemmelse	29	35

67% af rapporterne vedr. medicineringshændelser indeholdt oplysning om hvilket lægemiddel der var involveret i hændelsen. Gennemgang af disse oplysninger identificerede ingen lægemidler, der hyppigere end andre indgik i hændelsen. De anførte lægemidler optrådte således primært med frekvensen 1.

Hændelser relateret til forveksling/fejlkommunikation

Rapportering af hændelser i kategorien forveksling og fejlkommunikation lagde ligeledes op til en 'lokalisering' af hændelsen i arbejdsprocessen. Fordelingen af de i alt 23 hændelser var som følger: 15 hændelser var relateret til 'skriftlig dokumentation' (65%), 1 hændelse kunne relateres til 'forveksling ved undersøgelse og behandling' (4%), 4 hændelser var relateret til 'patientidentifikation' (17%), og 4 hændelser havde relation til 'fejlkommunikation' (17%). I kategorien skriftlig dokumentation optrådte subkategorien 'journalark med patientidentifikation i forkert journal' i hele 13 tilfælde (57% af alle hændelserne relateret til forveksling/fejlkommunikation).

Som for medicineringshændelserne omfattede rapporteringsskemaet til forvekslings- og fejlkommunikationshændelser en kategorisering af årsagerne til de rapporterede hændelser. Fordelingen af de i alt 23 hændelser på disse kategorier fremgår af tabel 4.

Tabel 4. Forvekslings- og fejlkommunikationshændelser fordelt på årsagskategorier		
Årsagskategori	Antal	%
Manglende viden	0	0
Journalen ikke til stede	0	0
Instruks ikke fulgt	1	4
Manglende oplæring	1	4
Forglemmelse	5	22
Andet	6	26
Afbrydelse/forstyrrelse i arbejdet	10	44
Stor arbejdsbelastning	11	48

Frivilligt rapporterede hændelser

Rapporteringsskemaet til frivillig rapportering gav mulighed for fritekstbeskrivelse af hændelsen. Da man forventede hændelser af stærkt varierende karakter, var der ikke her lagt op til 'lokalisering' af hændelsen i den pågældende arbejdsproces. Som for de andre hændelseskategorier var der dog mulighed for at angive formodede årsager til hændelsen. Af tabel 5 fremgår fordelingen af de 15 hændelser på de mulige kategorier (tabel 5).

Tabel 5. Frivilligt rapporterede hændelser fordelt på årsagskategori		
Årsagskategori	Antal	%
Manglende oplæring	0	0
Afbrydelse/forstyrrelse i arbejdet	1	7
Instruks ikke fulgt	3	20
Stor arbejdsbelastning	4	27
Manglende viden	5	33
Andet	12	80

Scoring

Af samtlige indrapporterede hændelser (n=120) var 114 scoret 1 (95%), mens 6 blev scoret 2 (5%). Ingen af pilottestens hændelser blev scoret 3. På rapporteringsskemaet var der lagt op til en angivelse af, præcis hvor i scor-matrix hændelsen blev placeret. Dette blev angivet i 116 af rapporterne. Tabel 6 viser, hvordan vurdering af hændelsernes alvor og hyppighed forde-ler sig.

Tabel 6. Scoring af hændelserne, fordelt på alvor og hyppighed					
SCORE		ALVOR			
		Katastrofal	Betydelig	Moderat	Minimal
HYPPIGHED	Hyppig	0	0	4	51
	Mindre hyppig	0	1	2	27
	Sjælden	0	2	8	21

Som det ses af tabellen, udgør de minimalt alvorlige hændelser størstepar-ten af de indrapporterede hændelser (85%), med et jævnt fald i forekomst fra kategorien 'hyppig' (44% af total), over mindre hyppig (23% af total) til sjældent forekommende (18% af total).

Tidspunkt

Tidspunktet for hændelsen blev anført med henholdsvis dato, ugedag (hver-dag vs. weekend/helligdag) samt klokkeslæt. Gennemgang af disse oplys-ninger viser en jævn rapportering over hele perioden. Deler man rapporte-ringerne ud på henholdsvis hverdag og weekend/helligdag, ses imidlertid en højere rapportering på hverdage (1,1 rapport/dag) end på weekend/hellig-dag (0,7 rapporter/dag). Betragter man den tidsmæssige fordeling af hænd-elser over døgnet, ses antydninger af 'toppe' morgen, middag og aften samt lavere hyppighed over natten (mellem kl. 24 og 6).

Oplysning om hvorvidt hændelsen var sket i forbindelse med vagtoverleve-ring viste, i de 112 tilfælde hvor dette var angivet, at 17 hændelser (15%) indtraf/blev opdaget inden for den første time i ny vagt, mens dette ikke var tilfældet for de resterende 95 hændelser (85%).

Rapporteringsskemaet havde rubrikker til angivelse af såvel hændelsesdato, dato for rapportering af hændelsen samt dato for afdelingsledelsens signa-tur. Analyse af disse data viste en rapporteringstid (antal dage fra hændel-sen indtræffer/opdages til den rapporteres) fra 0 til 34 dage med en gen-nemsnit på 2,2 dage. Tilsvarende ses en lokal rapporteringstid (antal dage fra rapporteringsskemaet udfyldes til skemaet signeres af ledelsen) der spænder fra 0 til 26 dage med et gennemsnit på 7,6 dage.

Patienter og information

Oplysninger om de involverede patienter (n=117) viste en kønsfordeling på 51 mænd (44%) og 66 kvinder (56%). Patienternes gennemsnitsalder var 62 år, men varierede fra 9 til 92 år.

På spørgsmålet om hvorvidt patienten var informeret om hændelsen, var svaret ja i 34 tilfælde (28%) og nej i 78 tilfælde (65%). I 8 rapporter var der ingen oplysninger om information af patienten (7%). Holdes disse svar op mod alvoren af hændelserne, fås en fordeling svarende til nedenstående tabel 7.

Tabel 7. Patientinformation i relation til skadens alvor

		PATIENTINFORMATION	
		Ja	Nej
SKADENS OMFANG	Minimal	26 (28%)	66 (72%)
	Moderat	6 (46%)	7 (54%)
	Betydelig	2 (67%)	1 (33%)
	Katastrofal	0 (0%)	0 (0%)

Tabellen antyder en tendens i retning af at patienterne hyppigere informeres, såfremt den påførte skade er alvorlig. Tendensen er ikke signifikant ($p=0,078$, Mann-Whitney rangbaseret test).

Korrigerende handlinger - forslag og aktion

På alle rapporteringsskemaer var der mulighed for at anføre umiddelbare forslag til forebyggelse af en lignende hændelse i fri tekst. Dette var sket i alt 108 gange (90% af alle), heraf 82 gange i forbindelse med medicineringshændelser (100%), 14 gange ved rapportering af hændelser relateret til forveksling/fejlkommunikation (61%) og 12 gange i forbindelse med frivilligt rapporterede hændelser (80%). Forslagene varierede i karakter og fra meget konkrete tiltag (eks.: to laryngoskoper i akutbordet, udarbejdelse af retningslinje for brug af epiduralpumpe) til de mere diffuse forslag (eks.: større omhu, se sig bedre for).

På rapporteringsskemaer til samtlige hændelseskategorier var der plads til angivelse af, hvilken aktion der lokalt er taget på den rapporterede hændelse. Denne rubrik var udfyldt i alt 18 gange (15% af alle hændelser). Af disse var 6 relateret til medicineringshændelser, 5 til forvekslings- og fejlkommunikationshændelser og 7 til frivilligt rapporterede hændelser. Nedenfor er en række af de anførte tiltag listet:

- Planlagt nye medicinskemaer
- Læge informeret
- Ordinerende forvagt kontaktet m.h.p. bekræftelse af ordination samt at få det dokumenteret i jr.

- Overlæge adviseret om fejlen
- Pumpe sendt til reparation
- Skemaer sendt tilbage til respektive afdelinger
- Forsøg på at være mere opmærksomme på at adskille patientpapirer
- Medtages på næste personalemøde
- Rapportering til vagthavende anæstesilæge
- Prøvesvar returneret til relevant afdeling
- Kontakt til og diskussion med teknisk chef samt information af personalet v. gentagne morgenmøder
- Gelestykke over nakkestøtten
- Information om vanlig procedure i nyhedsbrev
- Købt øjenbeskyttelsesplastre og præciserer disse anvendelse i vejledningen
- Planlagt undervisning, planlagt revision af instruks samt udarbejdelse af nyt skema
- Slangerne fra atmosfærisk luft og iltudtag skal nu kun være 30 cm lange før de sættes på Y-rør og får en forlængerslange på, desuden skrives ATM med sort pen på slangen
- Tages med på audit.

Udover disse er RiskEnheden i anden anledning blevet oplyst om følgende lokale handlinger:

- Øget opmærksomhed ved medicinophældning, herunder ændring af arbejdsrutiner
- Udarbejdelse eller revision af retningslinier
- Udarbejdelse af nyt kassesystem til håndtering af patientpapirer på arbejdsbord for at undgå papirforveksling.

Dobbeltrapportering

På baggrund af de oplysninger RiskEnheden har haft til rådighed, er ingen af hændelserne rapporteret mere end én gang. Dobbeltrapportering er således ikke forekommet i testperioden.

Brugerundersøgelse

Til undersøgelse af de erfaringer personalet på forskellige niveauer i organisationen havde gjort med anvendelsen af rapporteringssystemet under pilottesten, var der udarbejdet tre spørgeskemaer: ét til personale, ét til modtagere og ét til ledelsen (se bilag F).

Der blev udsendt spørgeskemaer til i alt 235 personer på de deltagende afdelinger, heraf var 56 læger, 178 sygeplejepersonale og 1 psykolog. Alle læger med tilknytning til de deltagende afsnit fik således tilsendt et spørgeskema, selvom deres tilknytning i visse tilfælde kun var relateret til vagtarbejde. Det viste sig efterfølgende, at sidstnævnte læger (n=7) ikke var

informeret/introduceret til pilottesten/patientsikkerhedsarbejdet, hvorfor de efterfølgende er ekskluderet af brugerundersøgelsen. Noget tilsvarende gjorde sig gældende for den ene psykolog samt en klinisk vejleder, som ligeledes udgik af undersøgelsen (n=2). Yderligere 6 sygeplejersker blev ekskluderet grundet orlov eller langvarig sygdom i testperioden. Undersøgelsen omfattede således i alt 220 personer, heraf 49 læger og 171 sygeplejersker-personale.

I alt 121 spørgeskemaer blev returneret. Svarprocenten for de deltagende afsnit varierede fra 37% til 65%, mens den gennemsnitlige svarprocent var på 55%. Responsraten var 55% i sygeplejegruppen og 53% i lægegruppen.

Personale

Personalegruppen bestod af i alt 200 personer. Fordeling på faggrupper samt svarprocenter fremgår af tabel 8. En person havde ikke afgivet oplysninger om faggruppe, hvorfor summen af læger og sygeplejersker i 'antal besvarelser' ikke svarer til rubrikken 'i alt'. 98% af den samlede personalegruppe havde været ansat mere end tre måneder i det pågældende afsnit.

Tabel 8. Antal personer og besvarelser i personalegruppen fordelt på faggrupper			
Personalegruppe	Antal personer	Antal besvarelser	Svarprocent
Sygeplejersker	158	86	54%
Læger	42	20	48%
I alt	200	107	54%

Spørgsmålet, om hvilke kilder der havde bibragt personalet information om formålet og brugen af rapporteringssystemet, blev besvaret som vist i tabel 9.

Tabel 9. Procent af personalet der har modtaget information om rapporteringssystemet fra den anførte kilde	
Kilde	Ja
Afsnitsledelsen	61%
Afdelingsledelsen	51%
RiskEnhedens personale	25%
Ringbindet 'Rapportering af utilsigtede hændelser i FAS 2003/2004'	17%
Ingen information	1%
Andet	4%

Som 'anden information' var anført mundtlig orientering på personale-møde/af afdelingens kompetenceperson samt udlevering af materiale fra kollega.

94% så sig, på baggrund af den introduktion de havde modtaget til rapporteringssystemet, i stand til at rapportere en utilsigtet hændelse. De 6% der ikke mente sig i stand hertil, anførte bl.a. usikkerhed om, hvordan skemaet skulle udfyldes, samt at det var svært at skelne, hvad der skulle rapporteres. De deltagende afsnits andel af personale, der ikke så sig i stand til at rapportere, varierede fra 3% af det samlede personale på ét afsnit til 13% af det samlede personale på et andet. Andelen af personer, der anførte manglende introduktion til rapportering, var totalt set større i lægegruppen (15%) end i sygeplejegruppen (4%).

51% af respondenterne havde rapporteret en utilsigtet hændelse. 29% havde i testperioden oplevet én eller flere hændelser som de kunne have rapporteret, men som de ikke rapporterede. Blandt de der mente de burde have rapporteret én eller flere hændelser men ikke gjorde det, var andelen blandt sygeplejersker 30% mod 20% i lægegruppen.

Årsagerne til ikke at rapportere hændelser, der kunne have været rapporteret, var angivet i 24 tilfælde og kan samles i 6 overordnede kategorier:

- Travlhed/manglende tid/glemte det (63%)
- Hændelsen var ikke alvorlig/ubetydelig (13%)
- Manglende enighed med overordnet om hvorvidt der skulle rapporteres (13%)⁹
- Andre rapporterede hændelsen (8%)
- Gentagelse af allerede rapporteret (4%).

104 personer havde anført, hvem de skulle rapportere utilsigtede hændelser til i testperioden. Besvarelsene afspejlede det i systembeskrivelsen foreslåede og beskrev i overvejende grad en organisering, hvor læger rapporterede til læger og sygeplejepersonale til sygeplejersker. 25% af lægerne angav dog muligheden for, at de også kunne rapportere til en sygeplejerske, mens 16% af sygeplejerskerne angav at kunne rapportere til en læge.

Besvarelsen af spørgsmålet om hvorvidt personalet fandt det hensigtsmæssigt at rapportere til den for dem pågældende person, fordelte sig som vist i tabel 10.

Tabel 10. Personalets besvarelse af, hvorvidt de fandt det hensigtsmæssigt at rapportere til den for dem pågældende person

Svar	Andel af personalegruppen
Ja	87%
Nej	5%
Ja og nej	2%
Missing	7%

⁹ Den manglende enighed refererer her til 1) manglende enighed om, hvilken type hændelse der var tale om, 2) hændelsen sket på anden afdeling og 3) kollega var ligeglad.

Der fandtes ingen sammenhæng mellem utilfredshed og rapportering til person fra anden faggruppe end ens egen. De der fandt det uhensigtsmæssigt at rapportere til den for dem pågældende person angav flg. årsager:

- Problemer med at rapportere til overordnet
- Foretrækker en uvildig person, som ikke er tilknyttet afdelingen dagligt
- Foretrækker (kortfattet) skriftligt system, da det kan være svært at træffe modtager.

Personalegruppens besvarelse af spørgsmålene vedr. feedback på rapportering var meget ufuldstændig, idet 91% besvarede det indledende spørgsmål, mens de øvrige spørgsmål var udfyldt i varierende omfang (fra 13% til 39%). Besvarelsen af det indledende spørgsmål viste, at 42% af de personer der havde rapporteret en hændelse, modtog direkte, personlig feedback på rapporteringen. Besvarelse af spørgsmålene vedr. indhold og hyppighed af tilbagemeldingen er ikke opgjort pga. det store antal missing data i samtlige kategorier.

83% af personalet er i forbindelse med pilottesten blevet bekendt med, at der har fundet utilsigtede hændelser sted i deres egen afdeling, mens 42% er bekendt med at én eller flere hændelser har ført til ændringer i afdelingen. De anførte ændringer omfatter:

- Bedre plads til eksempelvis journaler så papirerne ikke forbyttes
- Opmærksomhed på fejl i forbindelse med medicinadministration
- Der arbejdes på at reducere antallet af overskrivninger af ordineret medicin til 1 gang i døgnet
- Nye retningslinier (evt. inkl. gennemgang og undervisning i samme)
- Fremover kun én koncentration af 'Propofol'
- Vælger infusionspumper med flere alarmfunktioner
- Farveændring på slange til atmosfærisk luft
- Flere emner gennemgås på auditmøder
- Minus forstyrrelse ved ophældning af medicin (færre personer i medicinrum samt ro)
- Indgift af medicin i spinalkateter er ændret fra nattevagtsopgave til dagvagsopgave
- Journaler ligger nu i bakker m.h.p. reduktion af papirforbytning
- Ændring af lejring ved operation
- Overvejer papirgangen ved medicinering
- Ændrede arbejdsprocedurer.

12% af personalegruppen er blevet præsenteret for andre afdelingers erfaringer/viden fra arbejdet med utilsigtede hændelser under pilottesten.

Kilder til viden og erfaringer fordeler sig som vist i tabel 11 nedenfor. Tabellen viser andelen af sygeplejersker, der har modtaget information via den pågældende kilde, andelen af læger der har modtaget information via den pågæl-

dende kilde, samt hvor stor en del af det samlede personale der har angivet at kilden har bibragt dem viden. Nogle har fået information via flere kilder, hvorfor kolonnen 'i alt' ikke summerer til 100%.

Tabel 11. Kilder til personalets viden om resultater og erfaringer fra pilottesten

Kilde	Sygeplejersker	Læger	I alt
Afdelingsledelsen	41%	28%	36%
Afsnitsledelsen	43%	17%	35%
RiskNyt	30%	6%	22%
Modtager af rapporteringen	25%	11%	21%
Kollega	15%	6%	12%
Andet	6%	6%	6%

Kategorien 'Andet' omfatter her alternativer som farmakonomer tilknyttet afdelingen, informationsmøde, RiskEnheden samt udviklingssygeplejersker.

Nedenstående tabel 12 viser respondenternes angivelse af, i hvilke sammenhænge de blev præsenteret for resultater, viden og erfaringer fra pilot-testen.

Tabel 12. Andel af personalegruppen der blev præsenteret for resultater, viden og erfaringer fra pilottesten i de nævnte fora

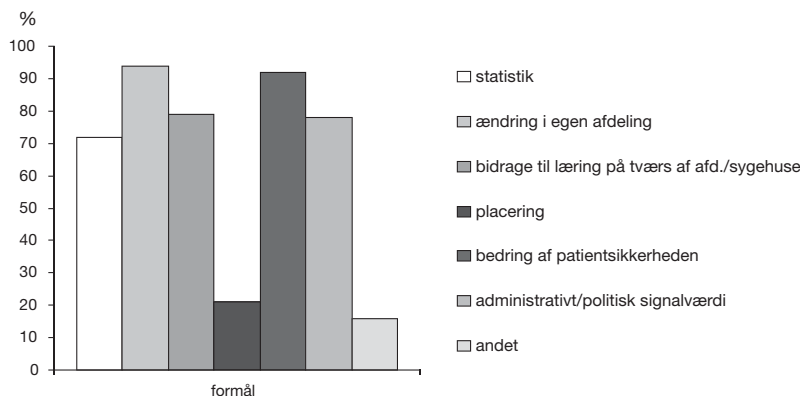
Forum	Andel af personalegruppen
Morgenkonference	42%
Monofaglige møder	35%
Ingen præsentation	26%
Tværfaglige møder	15%
Andet	7%

Den enkelte havde mulighed for at modtage information i mere end én sammenhæng, hvorfor summen af procentsatserne også her overstiger 100%. Som 'Andet' figurerede almindelig samtale med kolleger, 15-minutters fredags infomøde/morgenmøde, over frokost/morgenkaffe, RiskNyt, eftermiddagskonference, personlig tilbagemelding samt samtale med nøgleperson.

12% af respondenterne angav, at de havde ideer til andre anvendelige fora til deling af viden og erfaringer i forbindelse med et rapporteringssystem. Udover de ovenfor anførte forslag blev følgende nævnt:

- Afdelingsmøde
- En central database
- En seddel i min kasse
- Intranet/internet
- Ugentlig skriftlig meddelelse til hele personalet/nyhedsbrev på mail
- Temadag/temaeftermiddag.

Spørgsmålene vedr. formålet med et rapporteringssystem blev besvaret af mellem 94% og 98% af respondenterne. Svarene fordelte sig som vist i figur 4.



Figur 4. Personalets mening om, hvad rapporteringssystemet kan bruges til

Blandt de der har svaret 'Andet' til formål med rapporteringssystemet figurerer nedennævnte formål som supplement til ovennævnte:

- Hjælp til patientklager
- Synliggørelse af personalets til tider urimelige arbejdsforhold
- Fokusering på bestemte områder
- Øge bevidstheden om mulige fejl og mangler
- Åbenhed om at sygeplejersker også er mennesker (at mennesker fejler).

64% af personalet anfører, at det i deres afdeling er almindelig praksis at orientere patienter om utilsigtede hændelser af betydning for vedkommende. 17% svarer nej til dette spørgsmål, mens 8% har svaret både 'ja og nej'.

Af tabel 13 fremgår personalets meninger om, hvem der bør orientere en patient, som har været udsat for en utilsigtet hændelse af betydning for vedkommende.

Tabel 13. Andel af personalegruppen der mener at de nævnte personer skal informere patienten der har været involveret i en betydende hændelse	
Personer der skal informere	Andel af personalegruppen
Den læge eller sygeplejerske der har været involveret i hændelsen	92%
Afsnitsledelsen (overlæge eller afdelingssygeplejerske)	39%
Afdelingsledelsen (adm. overlæge eller oversygeplejerske)	15%
Andre	3%
Jeg mener ikke patienten skal underrettes	3%

Flere af respondenterne angiver imidlertid flere muligheder og skriver, at orientering af patienten i høj grad afhænger af situationen (bl.a. hændelsens karakter, hvornår den opdages, og om man som involveret fagperson er til stede). I kategorien 'Andre' er patientvejleder anført, m.h.p. oplysning om klagemulighed/erstatning. Endelig anfører en enkelt, at der bør informeres af både læge og sygeplejerske.

Blandt de kommentarer der er anført i fritext sidst i spørgeskemaet optræder følgende:

- Indtil det [rapportering/rapporteringssystemet] bliver 'en vane', er det vigtigt, at der ofte gøres opmærksom på systemets eksistens, og at man til morgenrapport gør opmærksom på, hver gang en hændelse rapporteres og hver gang der er en tilbagemelding.
- Scoringen af hændelserne er vanskelig at gennemskue
- En mappe på konferencebordet og i skadestuen samt i afdelingen, hvor man hurtigt kan anføre hændelser
- Elektronisk rapportering vil gøre det lettere for den enkelte at rapportere, mens situationen er ny
- En del rapporteringer glemmes (ikke bevidst), fordi kun én i afdelingen rapporterer [modtager rapporter].

Modtager

Gruppen af modtagere omfattede i alt 12 personer, heraf 9 sygeplejersker og 3 læger. Af disse besvarede i alt 10 personer spørgeskemaet (7 sygeplejersker og 3 læger). Dette resulterer i en svarprocent på 83% i gruppen af modtagere (78% for sygeplejerskerne, 100% for lægerne).

Alle modtagere, der besvarede skemaet, havde modtaget information om formålet med og brugen af rapporteringssystemet ved deltagelse i kursus i patientsikkerhed og risikostyring. 40% havde fået information fra afdelingsledelsen, 40% fra afsnitsledelsen, mens 50% havde læst i Ringbindet 'Rapportering af utilsigtede hændelser i FAS 2003/2004'. Kategorien 'Andet' var anført som svar af 20%, og her blev bogen 'Patientsikkerhed – fra sanktion til læring' (14) nævnt som supplerende kilde.

90% af de responderende modtagere så sig i stand til at modtage personalets rapportering af utilsigtede hændelser. Den ene person (10%), der svarede nej til dette spørgsmål, angav manglende tid som begrundelse for besvarelsen. Alle modtagere mente sig i stand til, på baggrund af den introduktion til arbejdet med patientsikkerhed de havde modtaget, at understøtte et lærende miljø.

Blandt modtagerne havde to personer (en læge og en sygeplejerske) ikke modtaget rapporter om utilsigtede hændelser i testperioden. Som årsag hertil var anført, at rapporterne blev modtaget af den sygeplejefaglige mod-

tager/afdelingssygeplejersken. De otte øvrige modtagere havde alle modtaget rapporter i testperioden.

Som organisatoriske forhold der vanskeliggjorde håndteringen af personalets rapportering, herunder skabelse af diskussion og iværksættelse af forebyggende tiltag i afdelingen, blev flg. anført:

- Tidsmangel
- Vanskeligheder med at finde et forum, hvor folk er samlet længe nok - med mindre man tager en del af deres frokost.

60% af modtagerne fandt det hensigtsmæssigt, at netop de skulle modtage rapporteringer. Begrundelser herfor omfattede:

- Jeg er kendt i afdelingen
- Jeg er i ledende funktion i afdelingen
- Møder dagligt mandag til fredag og har endvidere ansvaret for udviklingen i afdelingen
- Vigtigt at det er en synlig, gennemgående person der modtager.

De tre modtagere, der ikke fandt det hensigtsmæssigt, anførte ingen årsager hertil. På baggrund af indhold og formulering af svarene i resten af det ene spørgeskema fremgår det imidlertid, at manglende tid er en medvirkende årsag til, at den ene modtager ikke finder det hensigtsmæssigt at fungere som modtager.

90% af modtagerne anførte, at det efter deres mening er en fordel, at én fra eget afsnit modtager rapporteringen. Én person havde ikke besvaret spørgsmålet. Blandt fordelene ved, at modtager kommer fra eget afsnit, blev flg. anført:

- Baggrundsviden og dermed forståelse optimeres, erfaringer kan bruges løbende
- Kendskab til de lokale forhold, men hvis modtageren har ressourcer/rammer til at være til rådighed, kan denne også komme fra afdelings-/funktionsniveau
- Det er nemt og giver mulighed for at følge op på hændelser
- Det gør bearbejdningen af rapporterne nemmere/mere nærværende – man kan hjælpe/tale om hændelsen
- Er kendt i afdelingen
- Tryghed
- Trygt og gør forståelsen for mange af de utilsigtede hændelser større, hvilket gør det nemmere at rapportere.

Alle 10 modtagere havde under pilottesten videregivet erfaringer/viden fra arbejdet med utilsigtede hændelser. 70% af modtagere var blevet præsenteret for andre afdelingers erfaringer/viden under pilottesten, mens 30% ikke havde modtaget en sådan præsentation. Vidensdeling og formidling var sket i omstående fora, jf. tabel 14.

Tabel 14. Fora der iflg. modtagere har været anvendt til vidensdeling og information	
Forum	Andel af modtagere
Monofaglige møder	70%
Tværfaglige møder	60%
Morgenkonference	50%
Andet	60%

Tre modtagere anfører, at de har ideer til andre fora, der vil være anvendelige til deling af viden og erfaringer i forbindelse med et rapporteringssystem. Ideerne omfatter bl.a..

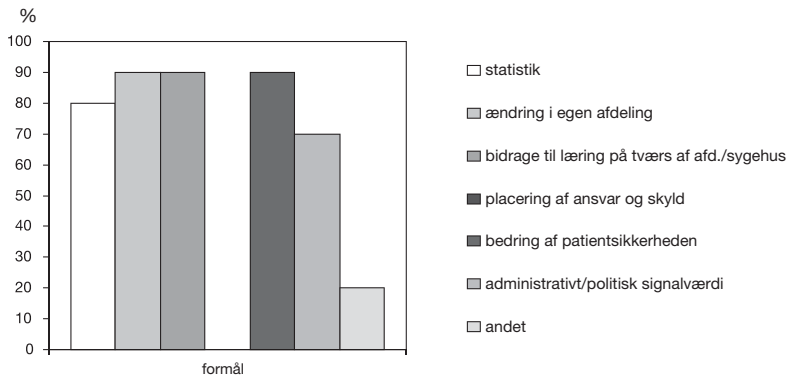
- Andre afdelinger med samme speciale i amtet/Danmark
- Tværfaglige temadage
- Ledelsesgruppemøder
- Personalemøder.

Ingen af modtagerne i lægegruppen tilkendegav, at de under pilottesten var involveret i ændringer af arbejdsgange, procedurer e.l. afledt af arbejdet med rapporteringssystemet. I modsætning hertil svarede alle sygeplejefaglige modtagere, at de havde været involveret i sådanne ændringer.

På spørgsmålet om forhold, der gør det vanskeligt at give feedback til rapportørerne og sikre vidensdeling, svarer 50%, at sådanne forhold er til stede. Blandt disse nævnes:

- Svært at skabe tid til at organisere og afvikle et møde/travlhed/stress
- Stort personale med mange på deltid/i skiftende vagt.

Besvarelsen af spørgsmålet om, hvad rapporteringssystemet kan bruges til fremgår af nedenstående figur 5.



Figur 5. Modtageres meninger om hvad rapporteringssystemet kan bruges til

Af de, der svarer 'Andet' på ovennævnte spørgsmål, anføres flg. alternative formål:

- Blive bevidste om hvor grænsen mellem kendte komplikationer og utilsigtede hændelser ligger
- Vi SKAL det her...det er værre ikke at lære af sine fejl, end at begå dem.

Alle 10 modtagere anfører, at det er almindelig praksis i deres afdeling at orientere patienten om utilsigtede hændelser, der har konsekvens for vedkommende. I forlængelse heraf mener alle modtagere, at den læge eller sygeplejerske der har været involveret i hændelsen skal orientere patienten. Ingen mener at afdelingsledelsen skal orientere patienten i nævnte situation, mens tre (30%) anfører, at afsnitsledelsen i visse situationer bør involveres i orienteringen af patienten. Som kommentarer til sidstnævnte anføres, at det en gang imellem kan være nødvendigt at involvere afsnitsledelsen, og at der er en vis signalværdi overfor patient/pårørende forbundet hermed. Ligeledes anføres det, at lægen og sygeplejersken må aftale indbyrdes hvem, der mest hensigtsmæssigt orienterer patienten.

7 (70%) af modtagerne anfører, at de er blevet opmærksomme på særlige forhold, der fremmer arbejdet med rapporteringssystemet. Blandt sådanne forhold nævnes:

- Synliggørelse/'holde gryden i kog'
- At personalet får fornemmelsen af, at det handler om læring og det indrapporterede får en konsekvens/at personalet oplever forbedringer i patientsikkerheden
- At personalet bliver indført i systemet i en grad så relevansen bliver tydelig
- Få, men synlige personer der modtager rapporteringer
- Gentage-gentage-informere jævnligt
- Rose og bemærke hver gang der er en rapportering/vise at man gerne vil det og synes det er vigtigt
- Tidsressourceperson - der skal afsættes tid daglig til opfølgning.

Tilsvarende anføres nedennævnte faktorer som værende hæmmende for arbejdet med rapporteringssystemer:

- Manglende tid/daglig travlhed, der skubber opgaven i baggrunden
- At det primært administreres som et monofagligt (sygeplejefagligt) system
- Der skal hele tiden 'fyres op under' opmærksomheden omkring rapportering
- Hvis ALT skal rapporteres kører personalet sur i det, så bliver det for meget
- Hvis hændelsen sker på anden afdeling, da samarbejdet på tværs endnu er utrolig trægt.

To personer ud af de i alt 10 modtagere anfører at de i forbindelse med pilot-testen er blevet opmærksomme på opgaver eller aktiviteter, som RiskEnheden burde gøre mere ud af/påtage sig. Der er dog kun anført én opgave, nemlig 'opsamling ude på afdelingerne'. Det nærmere indhold af eller ønsker til denne funktion er ikke beskrevet. Alle anfører, at de har været tilfredse med samarbejdet med RiskEnheden (støtte, dialog etc.), og ingen har anført mangler i samarbejdet.

Modtagernes fritekst-kommentarer sidst i spørgeskemaet omfatter følgende:

- En stor fordel at RiskEnheden hele tiden har stået til rådighed
- Nærhændelserne er vigtige m.h.p. forebyggelse/læring. Sæt evt. fokus på nærhændelserne, her er aktøren jo en 'helt', da hændelsen blev afværget, ligesom det er lettere at tale om, når patienten ikke kom til skade
- Opsamlingen er det svære, det skal i faste rammer
- Tid er penge.

Ledelse

Ledelsesgruppen omfattede under det meste af pilottesten i alt otte personer, heraf fire læger og fire sygeplejersker. I begyndelsen af januar 2004 ophørte den ene af de lægelige ledere i sin ledelsesfunktion, hvorfor vedkommende ikke har besvaret spørgeskemaet. Fire personer (en sygeplejerske og tre læger) returnerede skemaerne fra brugerundersøgelsen. Svarprocenten i hele ledelsesgruppen er således 50% (25% i sygeplejegruppen og 75% i lægegruppen). Én af de deltagende testafdelinger var slet ikke repræsenteret i besvarelsen af spørgeskemaet til ledelsen.

Alle medlemmer i ledelsesgruppen havde modtaget information om formålet med og brugen af rapporteringssystemet. Én person (25%) havde ikke deltaget i Kursus om patientsikkerhed og risikostyring, mens de øvrige tre (75%) angav kurset som kilde til viden. Ringbindet 'Rapportering af utilsigtede hændelser i FAS 2003/2204' havde bibragt tre personer (75%) viden, mens ingen anførte alternative kilder.

På baggrund af den modtagne introduktion så alle fire ledelsesmedlemmer sig i stand til at håndtere personalets rapportering af utilsigtede hændelser og til at understøtte et lærende miljø. Ingen af respondenterne anførte mangler i introduktionen i henhold til disse aktiviteter.

Alle de fire repræsentanter for testafdelingernes ledelse, der besvarede spørgeskemaet, havde underskrevet én eller flere rapporter om utilsigtede hændelser i testperioden. Én person anførte, at der var forhold, der havde gjort det vanskeligt at håndtere personalets rapporteringer, herunder at skabe diskussion i afdelingen og iværksætte forebyggende tiltag. Disse forhold var imidlertid ikke nærmere beskrevet.

Alle 4 ledelsesmedlemmer oplevede det som værende hensigtsmæssigt, at de skulle præsenteres for og signere rapporteringer fra egen afdeling. Som begrundelse herfor blev det nævnt, at

- Det er ledelsesmæssigt essentielt at være orienteret om sagerne
- Hvis ikke jeg præsenteres for hændelserne, er det vanskeligt at følge med i hændelserne og give dem ledelsesmæssig opmærksomhed.

Tre ud af fire (75%) havde besvaret spørgsmålet om, hvorvidt de anså det som en fordel, at der er en modtager af rapporteringen i hvert afsnit. Alle tre svarede 'ja' til spørgsmålet, men angav ingen begrundelse.

På spørgsmålet om hvorvidt afdelingsledelsen arbejder tværfagligt med implementeringen af patientsikkerhed, svarede 75% ja, mens 25% svarede nej.

Halvdelen af ledelsesgruppen mente, at man i deres afdeling rutinemæssigt giver feedback til et personalemedlem, som har rapporteret en utilsigtet hændelse.

Alle respondenter anførte mindst ét forum, der i deres afdeling anvendes til regelmæssig diskussion af hændelser. 75% anførte, at monofaglige møder blev anvendt, 75% tværfaglige møder, og 50% at morgenkonferencen blev brugt til diskussion af hændelser. Ingen anførte andre fora, mens man fra ét afsnit præciserede, at de tværfaglige møder havde karakter af auditmøder på afsnittet.

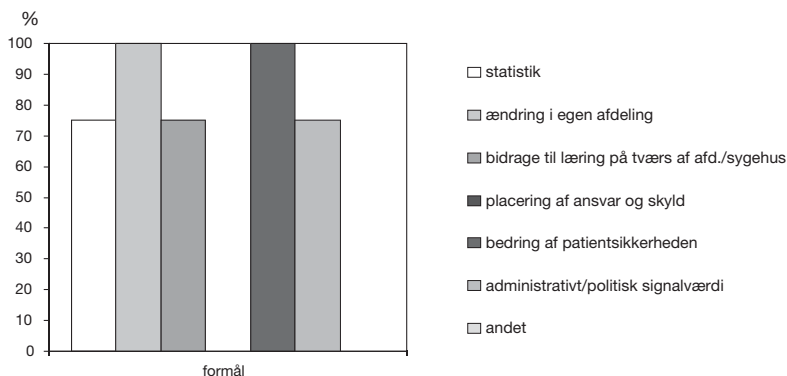
Som ideer til andre fora, der kunne være anvendelige til deling af viden og erfaringer i forbindelse med et rapporteringssystem, blev følgende nævnt:

- Tværfaglige temadage
- Inddragelse af bredere gruppe (stamafdeling).

Tre personer (75%) havde besvaret spørgsmålet, om hvorvidt de som ledere havde været involveret i ændring af arbejdsgange, procedurer e.l. afledt af arbejdet med rapporteringssystemet. To personer svarede ja til dette spørgsmål og en svarede nej.

Spørgsmålene vedr. formålet med et rapporteringssystem blev besvaret af alle ledelsesmedlemmer. Svarene fordelte sig som vist i figur 6 på næste side.

Alle fire medlemmer af ledelsesgruppen (100%) anførte, at det i deres afdeling var almindelig praksis at orientere patienten om utilsigtede hændelser af betydning for vedkommende. 75% mente, at den læge eller sygeplejerske der har været involveret i hændelsen bør orientere patienten, ingen mente det var afdelingsledelsens opgave, mens én anførte at også afsnitsledelsen bør involveres i orientering af patienten. En person (25%) havde afkrydset



Figur 6. Ledelsens meninger om, hvad rapporteringssystemet kan bruges til

rubrikken 'Andre' og begrundede dette med, at emnet afgør, om det er personalet selv eller ledende personer der bør orientere patienten.

To personer anførte, at de var blevet opmærksomme på særlige forhold, der fremmer arbejdet med rapporteringssystemet, og anførte i forlængelse heraf:

- Personalet oplever der bliver taget konsekvens af hændelserne
- Opfølgning hele tiden.

Tilsvarende blev følgende anført under forhold, der hæmmer arbejdet med patientsikkerhed:

- Når personalet føler sig presset tidsmæssigt.

Ingen i ledelsesgruppen var i forbindelse med pilottesten blevet opmærksomme på opgaver eller aktiviteter, som RiskEnheden burde gøre mere ud af eller påtage sig. Alle anførte tilfredshed med samarbejdet med RiskEnheden og anførte ingen mangler i forbindelse hermed.

Erfaringer fra RiskEnheden

Forberedelse

Forud for pilottestens start blev der udført et ikke ubetydeligt forberedelsesarbejde i RiskEnheden. Fremstillingen af skriftligt materiale hørte blandt de opgaver, der lagde beslag på mange ressourcer i den sidste måned inden teststart. Følgende materiale blev udarbejdet og trykt:

- Systembeskrivelse
- Rapporteringsskemaer
- Kursusmapper
- Lommekort til personalet (se bilag G)
- Oplysningsmateriale.¹⁰

¹⁰ Der blev informeret om projektet i *Nyt om Sundhedsvæsen* og på *HospitalNet*.

Igangsættelsen af projektet omfattede herudover en del praktisk arbejde i relation til planlægning af bl.a. informationsmøder, patientsikkerhedskursus og oprettelse af database til håndtering af de indkomne rapporter.

I forbindelse med opstart af pilottesten gennemgik RiskEnhedens medarbejdere et 1-dags analysekursus. Kurset bestod af en gennemgang af praksis og teori i relation til især kerneårsagsanalyse. Første kursusdag blev fulgt op på en halv opsamlingsdag midt i testperioden, der mere havde karakter af sparring og udveksling af erfaringer vedr. rapportering og risikostyring.¹¹

For at orientere personalet om pilottesten og dens indhold, blev der afholdt informationsmøder i alle deltagende afsnit. I håb om størst muligt fremmøde blev møderne arrangeret som åbne møder midt på dagen.

Kurset i patientsikkerhed og risikostyring (se bilag E) blev gennemført med fire eksterne undervisere. Øvrige undervisere var rekrutteret internt i organisationen, idet det blev prioriteret at klinikere fra arbejdsgruppen bag rapporteringssystemet deltog. Evalueringen af kurset viste, at det var en fordel at have egne klinikere med som undervisere, da de dels kunne bidrage med relevante, kliniske eksempler, dels havde et indgående lokalkendskab med forståelse for de forhold i organisationen, der potentielt kunne fremme og hæmme arbejdet med patientsikkerhed. Kursisternes evaluering af kurset var langt overvejende positiv.

Testfasen

Den fire måneder lange testperiode må på mange måder karakteriseres som værende en opstartsfasen. Det har betydet, at der er gået tid med at gennemtænke og etablere rutiner for mange af RiskEnhedens driftsopgaver. Det må forventes, at disse ressourcer er engangsudgifter, hvis omfang gradvis aftager, efterhånden som systemet overgår til egentlig drift i hele FAS.

De ansvarsområder og aktiviteter, der i systembeskrivelsen var skitserede for RiskEnheden, var på mange måder ambitiøse og beskrev krav til et fuldt implementeret system. Set i lyset af den ovennævnte opstartssituation og de tilgængelige personalemæssige ressourcer var det således ikke forventet, at RiskEnheden ville opnå indsigt i og erfaring med samtlige skitserede opgaver og aktiviteter under pilottesten.

I forhold til RiskEnhedens ansvar og opgaver har den i projektet afprøvede organisering fungeret tilfredsstillende. RiskEnheden har i forbindelse med formidling og erfaringsudveksling primært benyttet sig af kontakten til modtagere i afsnittene og haft gode erfaringer hermed. Kontakten har primært vedrørt afklaring af tvivlsspørgsmål i forbindelse med de modtagne rapporter eller heraf afledte kliniske forhold. Der har kun været sparsom kontakt

¹¹ Underviser på kurset var læge, ph.d. Annemarie Hellebek, som qua sit tidligere arbejde i H:S Enhed for Patientsikkerhed, har praktisk erfaring med analysearbejdet.

med det rapporterende personale og afdelingsledelserne. Sidstnævnte har demonstreret velvilje og opbakning ved kontakt fra RiskEnheden.

RiskEnhedens personale har haft flere diskussioner om kriterier for rapportering/definitioner med personale og modtagere på de deltagende afdelinger. I forhold til definitionerne af utilsigtede hændelser og nærhændelser skal både kendte komplikationer og mindre alvorlige hændelser, der ikke nødvendigvis har konsekvens for patienten rapporteres. Nogle klinikere har overfor RiskEnheden givet udtryk for, at dette er problematisk set i lyset af deres sparsomme tid og prioritering i forhold til andre aktiviteter og opgaver. RiskEnheden lægger op til, at definitionerne følges, men at klinikerne i alle tilfælde må vurdere relevansen af at rapportere. Findes der f.eks. i den pågældende afdeling en systematisk registrering af komplikationer, skal hændelser af sådan karakter ikke også tilgå rapporteringssystemet.

Der har vist sig en række vanskeligheder i forbindelse med anvendelsen af de fire rapporteringsskemaer. Overordnet set synes det u hensigtsmæssigt, at have flere forskellige skemaer i spil på samme tid. RiskEnheden finder det således ikke hensigtsmæssigt, at personale og modtagere skal holde styr på flere forskellige skemaer. Dertil kommer, at der ikke var fuldstændig konsistens i indholdet/opbygningen af de fire rapporteringsskemaer. F.eks. var der forskellige klassifikationer af årsager til hændelsen på de fire skemaer - et forhold, der i relation til analyse og formulering af korrigerende tiltag ikke skønnes hensigtsmæssigt. Endelig var visse af de prædefinerede svarrubrikker (afkrydsningsmuligheder) ikke udtømmende. Dette betød, at ikke alle hændelser i den pågældende kategori kunne klassificeres i én af de listede svarkategorier. For visse variable medførte dette en uforholdsmæssig høj andel af svar i kategorien 'Andet' (>50%). Af øvrige mangler på de testede skemaer kan nævnes manglende rubrik til angivelse af, hvorvidt der er tale om en utilsigtet hændelse eller en nærhændelse, samt manglende differentiering af scoringen (faktuel eller potentiel score), faggruppe (rapporterende eller involveret personale), erfaring i specialet (ved flere involverede fagpersoner), tidspunkt for hændelsen (kan ikke altid anføres) og angivelse af lægemiddel (rapporteringsskemaet lagde op til, at både generisk navn og handelsnavn, lægemiddelform, administrationsvej, dosis, koncentration samt hastighed skulle anføres for det eller de lægemidler, som skulle være givet henholdsvis som blev givet).

Udfyldelsen af skemaerne var for størstepartens vedkommende af en karakter, der gav RiskEnheden mulighed for at uddrage anvendelig viden. En ikke ubetydelig andel af skemaerne havde dog visse mangler set i lyset af ønsket om læring i resten af organisationen (mangelfuld beskrivelse af hændelsen og af evt. konsekvenser for patienten). RiskEnheden valgte kun at kontakte afdelingen for yderligere oplysninger, såfremt scoring eller oplysninger beskrev hændelsen som potentielt alvorlig.

I pilottesten havde man valgt papirbaseret rapportering. Udover de problemer dette giver i forhold til 'tilgængelighed' for rapportørerne, betød det også, at RiskEnheden efterfølgende måtte bruge ressourcer på indtastning i databasen. Såfremt man fortsat vælger et papirbaseret rapporteringssystem, er der behov for sekretærbistand til RiskEnheden.

I relation til hændelseskategorien 'Dødsfald under elektiv operation eller inden 30 dage efter elektiv operation eller anden invasiv behandling' gik RiskEnheden forud for pilottestens påbegyndelse i dialog med FACIT vedr. fremskaffelse af lister over patienter, der opfylder kriterierne i denne kategori. Data er iflg. FACIT ikke umiddelbart tilgængelige, men skal konstrueres ved en kobling af flere forskellige registre. Det har ikke været muligt at fremskaffe de nødvendige lister i løbet af pilottesten. Hvorvidt dette på sigt vil være muligt, og hvilke ressourcer der i givet fald vil være forbundet hermed, har FACIT ikke været i stand til at oplyse.

Første udgaven af den SPSS-database der skulle anvendes til det strukturerede arbejde med de rapporterede hændelser, blev udarbejdet af en til FoQUS knyttet ekstern konsulent efter aftale med RiskEnhedens personale. Ved indtastning og senere analyse af data viste der sig imidlertid visse uhenigtsmæssigheder og mangler, hvilket nødvendiggjorde justering af databasen. Dette blev udbedret i RiskEnheden.

I løbet af testperioden viste der sig flere gange problemer med databasen. Resultatet var, at RiskEnheden to gange mistede store mængder data. Da SPSS køres fra en central server i FACIT, og der kun udføres backup én gang i døgnet (om natten), blev der i dagtimerne indført sikkerhedsrutiner i form af regelmæssig lagring af data på diskette/cd-rom.

RiskEnheden har ikke i testperioden fået kendskab til resultater af gennemførte audits i testafdelingerne. Da ingen hændelser i testperioden opfyldte kriterierne for gennemførelse af en kerneårsagsanalyse (forvekslingskirurgi eller score 3), blev denne analyseform ikke afprøvet. RiskEnheden var løbende på udkig efter en mindre alvorlig hændelse (score 2) der kunne fungere som 'test-hændelse' men fandt ingen hændelser af en karakter, der muliggjorde en sådan metodeafprøvning.

Der blev gennemført overordnede dataanalyser 1-2 gange månedligt i testperioden. Ingen af disse havde karakter af egentlige aggregerede analyser. Grundet det i begyndelsen sparsomme datamateriale var det først ved testperiodens afslutning muligt at identificere mønstre i forekomsten af hændelserne. RiskEnheden mener dog at have erfaret, at analyseformen vil være anvendelig i relation til identifikation af fokusområder for de enkelte afdelinger. Identifikation af relevante forebyggelsestiltag samt læring for organisationen skønnes ligeledes mulig på baggrund af de foreløbige erfaringer fra RiskEnheden.

Proaktiv analyse var beskrevet i systembeskrivelsen, men på grund af etableringen af de tidligere nævnte driftsopgaver, tog RiskEnheden ikke initiativ til anvendelse af denne analyseform under pilottesten. Proaktiv analyse anses dog som en vigtig og brugbar analyseform fremover.

Vel vidende at tilbagemelding til rapportør, modtager og ledelse er afgørende for et rapporteringssystems succes, har RiskEnheden lagt stor vægt på varetagelsen af denne opgave. Ved pilottestens begyndelse blev der udarbejdet en model for, hvordan denne feedback skulle finde sted. Ifølge modellen skal RiskEnheden kvittere for modtagelsen af hver enkelt hændelse. Idet hovedparten af hændelserne var scoret 1 (altså var begrænset alvorlige), og da der ved etablering af databasen kun var relativt få erfaringer og begrænset viden at dele med modtager, valgte RiskEnheden at overgå til at give samlede tilbagemeldinger på 5-10 hændelser ad gangen. Ved slutningen af den fire måneder lange testperiode ses antydningen af tendenser i hændelsesforekomsten, ligesom databasen efterhånden rummer forslag til forebyggelse af udvalgte hændelsestyper.

I forlængelse af ovenstående er det RiskEnhedens erfaring, at score 1-hændelserne bedst håndteres lokalt. Udover at viden om disse hyppige og/eller mindre alvorlige hændelser er størst ude i afsnittene, har RiskEnheden ikke ressourcer til at håndtere alle score 1-hændelser i hele amtet.

I planerne for feedback var der lagt op til, at RiskEnheden hver måned analyserede de rapporterede hændelser og vurderede, dels *hvorvidt* der var behov for formidling, dels *hvordan* denne formidling i givet fald skulle ske. I testperioden er der ikke indkommet rapporter, der har givet anledning til udsendelse af advarsler pr. e-mail, ligesom der ikke er søgt videnskabelig publikation af viden og erfaringer. De anvendte fora til vidensdeling har således været en papirudgave af nyhedsbrevet RiskNyt, kontakt til modtagere i testafsnittene samt afholdelse af uformelle møder med modtagere i tre af afsnittene. Kontakten til modtagere i testafsnittene foregik dels personligt, dels via telefon og mail.

Nyhedsbrevet RiskNyt blev udsendt tre gange i løbet af testperioden. Initialt var der planlagt to versioner af RiskNyt: en elektronisk version til patientsikkerhedsansvarlige, afsnits- og afdelingsledelser samt en papirudgave til personalet. I testperioden blev der kun udarbejdet en papirversion, der blev distribueret til alle afdelingsledelser, ligesom modtagere fik tilsendt 8-10 styk til omdeling/kopiering i personalegruppen (se bilag G).

I løbet af testperioden har personalet fra RiskEnheden endvidere formidlet viden og erfaringer via oplæg i forskellige sammenhænge/fora, herover

- Temadag om patientsikkerhed, Anæstesiologisk afdeling/OP, Hillerød Sygehus
- Staff-meeting, DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Temadag om patientsikkerhed, Foreningen af lærende anæstesiologer.

Uformel vidensdeling og formidling har endvidere fundet sted såvel mundtligt og skriftligt, idet RiskEnheden i testperioden har modtaget henvendelse fra en række forskellige personer, der ønskede yderligere oplysninger om projektet. Foreløbige resultater og erfaringer fra pilottesten er endvidere blevet præsenteret af amtets kvalitetschef på et seminar for bestyrelsen i Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Dokumenterne vedrørende patientsikkerhed er gjort tilgængelige på FoQUS' hjemmeside.¹² RiskEnheden betragter hjemmesiden som et oplagt forum for vidensdeling og ser et potentiale i den videre udvikling af siden.

En anden af RiskEnhedens opgaver var opfølgning på iværksatte handlinger. Opgaven, der afhænger af de konkrete iværksatte handlinger, har under pilottesten primært haft karakter af opklarende og uddybende beskrivelse af afsniternes aktiviteter. Opfølgningen har fundet sted via mail, telefon og/eller mødeafholdelse.

I forbindelse med vidensdeling og formidling var der i udgangspunktet lagt op til, at RiskEnheden hver anden måned skulle gennemføre en litteratur- og informationssøgning. Denne opgave har primært haft karakter af ad hoc-søgninger i relation til konkrete problemstillinger. Der blev i testperioden udarbejdet en søgeprofil med relevante MeSH-words m.h.p. søgning i databasen PubMed, ligesom diverse internationale patientsikkerheds-sites jævnligt blev besøgt.

RiskEnheden har ikke i løbet af testperioden haft tid til at gøre en indsats for at sikre koblingen mellem enhedens arbejde og det arbejde der udføres lokalt i afdelingerne og i Patientkontoret i forbindelse med sager til Patientforsikringen og Patientklagenævnet.

RiskEnheden tillægger den lokale forankring af patientsikkerhedsarbejdet stor betydning for systemets virke. Kontakten med modtagere i de delta-gende afsnit har vist, at varetagelsen af opgaver relateret til rapporteringssystemet kræver tid, tilstedeværelse og engagement. Skal rapporteringssystemet bidrage til de ønskede resultater i forhold til risikostyring, er det derfor nødvendigt, at der prioriteres ressourcer til arbejdet.

¹² www.foqus.fa.dk/rapporteringssystem.htm

Diskussion

Kontekst

Resultaterne af denne undersøgelse skal ses i sammenhæng med de gennemgribende strukturelle forandringer, der sideløbende med pilotundersøgelsen er blevet indledt i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen. De tidligere sygehus- og afdelingsledelser er således blevet nedlagt, og store dele af arbejdet i sundhedsvæsenet er reorganiseret. Pr. den 1.2.2004 blev der indført en matrixstruktur med Funktionsenheder, der har ledelse på tværs af geografiske lokaliteter. Dette har selvsagt givet anledning til en vis turbulens og, for nogles vedkommende, til prioritering af andre opgaver. Disse og andre konkurrerende opgaver er formentlig en medvirkende årsag til brugerundersøgelsens responsrate på 55%.

De afsnit, der deltog i pilotprojektet omfattede to anæstesiologiske, et medicinsk onkologisk samt et ortopædkirurgisk afsnit. De tre førstnævnte er karakteriseret ved en mangeårig tradition for at forholde sig til sikkerhed samt for at beskæftige personale med gennemsnitlig høj kompetence/anciennitet. Kun to af afsnittene er egentlige sengeafsnit. De deltagende afsnit er således ikke repræsentative for sundhedsvæsenet som helhed. Til gengæld har de, qua eksisterende kendskab til og engagement i patientsikkerhedsarbejdet været i stand til at bidrage både kvalificeret og engageret til testen af FAS' rapporteringssystem. Den manglende repræsentativitet giver anledning til et vist forbehold for generalisering af testens resultater.

Pilottesten er gennemført over relativ kort tid på få afdelinger. Mange af de subgrupper der optræder i materialet er små (gruppen af læger på de enkelte afsnit, ledelsesgruppen, gruppen af modtagere, antallet af hændelser på det enkelte afsnit, antal hændelser i kategorierne forveksling/fejlkommunikation og frivillige etc.). På baggrund heraf er de gennemførte kvantitative analyser primært af deskriptiv karakter, ligesom de overvejende er baseret på det samlede materiale. Fortolkning af undersøgelsens resultater sker derfor med de forbehold der følger et til tider spinkelt datamateriale. Resultaterne fra brugerundersøgelsen skal ligeledes fortolkes under forbehold for den mulige selektionsbias der følger en responsrate på 55%.

Den foreliggende rapport afspejler, at der var tale om en test af rapporteringssystemet per se. Karakteren og håndteringen af de enkelte indrapporterede hændelser, vil således ikke blive gennemgået her.

Organisering

På baggrund af såvel RiskEnhedens erfaringer som resultaterne fra brugerundersøgelsen synes det hensigtsmæssigt fortsat at sikre en lokal forank-

ring af patientsikkerhedsarbejdet. Personalet har helt overvejende udtrykt stor tilfredshed med at rapportere til en person fra eget afsnit og gerne én fra egen faggruppe. I den forbindelse, er det dog betydende, at modtager af rapporteringen er lettilgængelig og synlig i afdelingen. Under pilottesten er der i relation hertil beskrevet positive erfaringer med at dele opgaven mellem to personer indenfor samme faggruppe, for på den måde at sikre tilgængelighed trods vagter og lignende.

Mens hovedparten af modtagerne fandt det hensigtsmæssigt at de skulle modtage rapporter fra det øvrige personale, fandt en fjerdedel af modtagerne det ikke hensigtsmæssigt at netop de skulle varetage funktionen. På basis af spørgeskemabesvarelsen og RiskEnhedens dialog med modtagerne er der næppe tvivl om, at årsagen hertil helt eller delvist kan tilskrives det forhold, at der ikke automatisk bliver afsat tid til, at den enkelte modtager kan varetage funktionen.

Afdelingsledelserne forholdt sig positive til den præsentation for og signatur af hændelsesrapporten, der var lagt op til i systembeskrivelsen. Ledelserne må nødvendigvis orienteres om afdelingens hændelser for at kunne bidrage til/støtte implementering af korrigerende handlinger. Tilsvarende er deres kendskab til 'sikkerhedssituationen' i afdelingen af afgørende betydning for, at de kan yde den opbakning der er nødvendig for at sikre det fortsatte patientsikkerhedsarbejde, herunder udviklingen af sikkerhedskulturen i afdelingen.

I forbindelse med pilottesten er der set problemer med at håndtere hændelser der involverer mere end én afdeling. En del af problemerne skyldes formentlig det forhold, at pilottesten har kørt isoleret i fire afsnit, hvorfor pilotafsnittenes samarbejdspartnere ikke har haft samme udgangspunkt for at indgå i dialog omkring 'fælles' hændelser. Erfaringerne har imidlertid vist, at også forhold af mere praktisk karakter (hvem skal kontaktes, hvem følger op og lignende) kan virke som en barriere når det kommer til dialog og indsats på tværs af afdelinger. Der er således behov for en klar beskrivelse af ansvars- og opgavedeling ved håndteringen af hændelser der involverer flere afdelinger. Da det ydermere er relevant at kende særlige risici hos egne samarbejdspartnere/andre specialer, tegner der sig et behov for at etablere et netværk på tværs af Funktionsenhederne med tovholdere højere i systemet. I forbindelse med sikring af den generelle vidensdeling i amtet arbejdes der allerede nu på at etablere en database med ressourcepersoner, herunder navne på de patientsikkerhedsansvarlige i hver Funktionsenhed.

Rapportering

Alle deltagende afdelinger har rapporteret hændelser i testperioden, om end i varierende omfang/antal. Testsituationen har haft den fordel, at personalet i RiskEnheden har haft mulighed for at 'kigge bag om tallene' og følge pati-

entsikkerhedsarbejdet i afdelingerne. På den baggrund synes antallet af rapporter per se ikke altid at være et entydigt mål for patientsikkerhedsaktiviteten og engagementet i afdelingen. Under henvisning til, at afdelingerne har forskellige udgangspunkter, er der således under pilottesten set eksempler på afdelinger, der med omtrent samme antal rapporter arbejder meget forskelligt med patientsikkerhed. På baggrund af denne viden skal det også her understreges, at kvantiteten af rapporter ikke alene er et velegnet mål for den indsats der gøres et givent sted for at bedre patientsikkerheden.

Trods en entydig definition af hvilke hændelser der skal rapporteres til systemet, har der vist sig en vis usikkerhed og tvivl herom. Der synes at være en tendens til, at visse hændelser der opfylder de definitoriske kriterier er så hyppigt forekommende, at personalet oplever det som overflødigt at rapportere (eksempelvis forveksling af journalark). Tilsvarende giver nogle klinikere udtryk for, at det ikke giver mening at rapportere kendte komplikationer (der jo er omfattet af definitionen på en utilsigtet hændelse), da disse i sagens natur er kendte og indgår i den kliniske vurdering af f.eks. indikation for en given behandling. Rammerne for hvad der skal rapporteres skal holdes op mod klinikernes tidspres og prioritering i forhold til øvrige opgaver. I forlængelse heraf efterlyser nogle et vigtighedskriterium eller en bagatelgrænse for rapporteringen. Set fra RiskEnhedens synspunkt er det relevant at fastholde de anvendte definitioner og kriterier. Det at noget forekommer så hyppigt, at det er blevet hverdag, hjælper ikke den patient, der måske kommer til at bære konsekvenserne af hændelsen. Tilsvarende kan også kendte komplikationer forekomme med en højere hyppighed visse steder end andre, hvorfor dette argument ikke i sig selv taler for at ekskludere de kendte komplikationer. I erkendelse af, at personalet ofte er pressede i deres hverdag, og at rapportering ikke skal ske for rapporteringens egen skyld, er der på nuværende tidspunkt behov for en mere pragmatisk tilgang til, hvad der skal rapporteres. I udgangspunktet kan man således vælge at lade rapporteringen basere på et implicit 'væsentlighedskriterium', dvs. giver det i den konkrete situation mening for den enkelte klinikere at rapportere? Eller formuleret på anden vis: Kan den aktuelle viden være til gavn for kolleger eller patienter? Et sådant kriterium vil selvsagt få betydning for 'videnskabeligheden' af de data der ligger i systemet. Omvendt er det almindelig kendt og accepteret, at rapporteringssystemet aldrig vil kunne frembringe et validt epidemiologisk fundament, men dog kan fungere som et praktisk værktøj til identifikation af mønstre og tendenser i hændelsesforekomsten og til iværksættelse af korrigerende tiltag på baggrund heraf.

Tre af de til testen udvalgte fire hændelseskategorier var alle repræsenteret i det indkomne datamateriale og afspejler relevans i både omfang, indhold og iværksatte handlinger. Kategorien død synes på baggrund af den oplagte alvor også relevant. En række praktiske forhold i FACIT har imidlertid ikke gjort det muligt at vurdere, hvordan samtlige dødsfald identificeres. Valg af

hændelseskategorier må endvidere ske under hensyntagen til, hvilke kategorier Sundhedsstyrelsen definerer som værende obligatoriske i relation til rapportering i Dansk PatientSikkerhedsDatabase. I forlængelse heraf synes det hensigtsmæssigt, at man i FAS erstatter kategorien 'død i forbindelse med elektiv kirurgi' med Sundhedsstyrelsens 'hændelser relateret til operative/invasive' procedurer. At de valgte kategorier synes relevante her og nu, forhindrer imidlertid ikke, at man - hen ad vejen - modificerer og evt. erstatter visse af hændelseskategorierne med andre.

Rapportering i det afprøvede system var papirbaseret og omfattede i alt fire forskellige rapporteringsskemaer. Set i lyset af hverdagen i klinikken vil det fremover være hensigtsmæssigt at arbejde for en forenkling af selve rapporteringsproceduren. RiskEnheden kan se fordele ved, at man udelukkende opererer med ét skema, ligesom der bør arbejdes hen mod en elektronisk løsning. I løbet af testperioden blev det åbenbart, at visse af de valgte variable på rapporteringsskemaerne ikke var anvendelige. Den manglende anvendelighed kan helt overordnet henføres til to forhold:

1. Manglende relevans for den efterfølgende handling på hændelsen og
2. Visse af de kategoriske variable var ikke udtømmende i deres svarmuligheder og resulterede derfor i en uforholdsmæssig stor andel af svar i kategorien 'Andet'.

Manglende relevans af oplysninger er specielt problematisk i en situation, hvor personalet føler sig presset i tid. Eksempler på sådanne (i denne sammenhæng) mindre betydende variable fra pilottesten er: hverdag/week-end/helligdag, vagtoverlevering inden for den første time i ny vagt, erfaring i specialet, patientens alder og patientens køn. Alle disse oplysninger kan, for så vidt de har betydning for hændelsen, anføres i fritekst eller indsamles ved kontakt til rapportør/modtager. Noget tilsvarende gør sig gældende for oplysninger, der allerede på forhånd er givne (eksempelvis sygehus og afdeling). Det er grundlæggende uhensigtsmæssigt at personalet bruger tid på at notere ting, der kunne fortrykkes eller indstilles som 'default' værdier i et elektronisk system.

Analyse af de indkomne hændelsesrapporter identificerede en række kategoriske variable, der ikke var hensigtsmæssigt opdelt/definerede. Et eksempel herpå er årsagskategorierne for både hændelser relateret til forveksling/fejlkommunikation, medicinering og især de frivilligt rapporterede hændelser. Andelen af besvarelser i kategorien 'Andre årsager' udgjorde for disse tre kategoriers vedkommende henholdsvis 26%, 31% og hele 75%. En omgåelse af dette problem kunne finde sted ved at erstatte de prædefinerede svarkategorier med fritekstbeskrivelse. Selvom fritekstbeskrivelse stiller større krav til rapportøren, er det RiskEnhedens erfaring, at fritekst ofte giver den bedste forståelse af, hvad der er sket. Da fritekstbeskrivelser imid-

lertid ikke er optimale for hverken rapportør eller modtager/RiskEnheden (vanskeliggør analysearbejdet), vil det være hensigtsmæssigt, såfremt man i det fremtidige arbejde med rapportering gør en indsats for at udvikle relevante og anvendelige kategoriske variable. I forhold til læringsaspektet, er det endvidere vigtigt, at personalet får indsigt i, hvilke oplysninger der er nyttige i relation til analyse og handling (f.eks. oplysning om hvilke konsekvenser hændelsen har for patienten).

De rapporter RiskEnheden modtog i forbindelse med pilottesten involverede i mere end 80% af tilfældene sygeplejersker. Forskellen i antallet af sygeplejerspersonale henholdsvis læger er ikke tilstrækkeligt til at forklare denne forskel. Yderligere forklaring kan formentlig findes i de to faggruppers forskellige organisering og arbejdsform, og dertil kommer, at størsteparten af de indrapporterede hændelser var medicineringshændelser. Da det typisk er det sygeplejefaglige personale, som varetager de praktiske opgaver relateret til medicinerung af patienterne kan også dette forklare en del af forskellen imellem faggrupperne. Tilbage står dog, at det formentlig er nødvendigt med særlige lokale justeringer, der imødekommer de enkelte faggruppers specifikke behov. F.eks. kunne man lette skematilgængeligheden ved at lægge et blankt rapporteringsskema i alle journaler eller ved at anvende personlige logbøger (i ambulatoriet).

Rapporteringssystemet var baseret på fortrolighed. RiskEnheden modtog således ingen oplysninger, der muliggjorde identifikation af hverken personale eller patienter. Qua afsnittenes modtagere var der dog mulighed for at indhente supplerende oplysninger om hændelsen i situationer, hvor dette var nødvendigt. Hovedparten af personalet har tilkendegivet tilfredshed med fortrolighedsprincippet, og ingen har fremført ønsker om anonymitet. Erfaringerne fra RiskEnheden understøtter, at fortrolighed er at foretrække frem for anonymitet. Problemet med et anonymt system er, at mulighederne for at iværksætte forebyggelsestiltag i de fleste tilfælde er lig nul. At sige til personalet at man på basis af anonyme rapporter kan bedre patientsikkerheden er i bedste fald en tilsnigelse. Hvis ikke man som minimum har kendskab til, hvilken afdeling hændelsen er sket på, er det utopi at forestille sig, at det er muligt at introducere tiltag målrettet forebyggelse af en konkret type hændelse.

Under pilottesten blev hændelserne scoret af rapportør og modtager i fællesskab. Enkelte har givet udtryk for, at scoringen kunne være vanskelig. Ikke desto mindre synes det mest hensigtsmæssigt, at opgaven varetages af de der kender den kliniske hverdag og kontekst. For udenforstående vil det måske nok være muligt at give et kvalificeret bud på skadens faktuelle og potentielle alvor, hvorimod skøn over hvor hyppigt en lignende hændelse vil kunne forventes at forekomme fordrer et indgående kendskab til den kliniske praksis. Selvom den lokale scoring medfører en større interobserva-

tørvariation på scoringen, end hvis hændelsen f.eks. blev scoret af 2-3 personer i RiskEnheden, er validiteten af den enkelte scoring formentlig tilsvarende større ved lokal scoring.

I forbindelse med scoringen af hændelserne blev der under pilottesten ikke skelnet mellem faktisk og potentiel score.¹³ De indrapporterede hændelser afspejlede imidlertid et behov for at anvende denne skelnen, idet den faktuelle score ikke altid udgør et tilstrækkeligt beslutningsgrundlag for iværksættelse af forebyggende tiltag.

Der er ikke observeret dobbeltrapportering af hændelser under pilottesten. Hvorvidt dette skyldes, at testen har været afgrænset til de fire testafsnit, vides ikke. Udspillet fra RiskEnheden har været, at man - når flere personer er involveret i en hændelse - indbyrdes aftaler, hvem der rapporterer. Dette princip vil også kunne anvendes i et system, der dækker hele amtets sundhedsvæsen. Tilbage står dog fortsat en mulighed for dobbeltrapportering af visse hændelser. Fremtidige erfaringer må medvirke til en kvantificering af problemets omfang og betydning. Da det, som tidligere nævnt, ikke er rapporteringssystemets primære formål at producere epidemiologisk valide rater, betragtes det i udgangspunktet som et mindre betydende problem.

Databehandling

Under pilottesten var der ikke lagt op til systematisk kontrol af indkomne data m.h.p. sikring af, at de valgte 'afkrydsningskategorier' modsvarede fritekstbeskrivelsen af hændelsen. Der blev derfor foretaget stikprøvekontrol samt ad hoc-rettelser i de tilfælde, hvor evt. misforhold blev opdaget i forbindelse med indtastning e.l. Behovet for kontrol af data afhænger af både data og af formålet med databasen. Såfremt der udelukkende opereres med fritekstbeskrivelser, er behovet for datakontrol begrænset. I andre situationer, f.eks. hvor samme oplysninger optræder i både fritekst og i kategoriske variable, vil det imidlertid give mening at introducere en form for check af, at data stemmer overens. Behovet skal dog ses i lyset af formålet med databasen. Det testede system lægger op til samlede analyser af større datamængder fra forskellige afdelinger. Sådanne analyser vil, hvis resultaterne skal være valide, stille krav til datakvaliteten. Hvis man i stedet har at gøre med systemer der primært har til formål at identificere hændelserne og opbevare oplysninger herom, er kravet til ensartet kodning oplagt mindre.

I forbindelse med behandlingen af hændelsesrapporter indkom der flere gange rapporter, der var skrevet på baggrund af en implicit klinisk forståel-

¹³ aktuell score: hvad skete der i den konkrete situation, potentiel score: hvad kunne der være sket ('worst case').

se af den givne problemstilling. I de fleste tilfælde kunne tvivl og manglende forståelse afklares ved kontakt til modtager eller afdelingsledelse. Alle klinikerne i pilottesten udviste stor forståelse herfor og bidrog gerne med supplerende oplysninger og svar på RiskEnhedens spørgsmål. Det er vanskeligt at forudsige, om det også fortsat vil være muligt og fornuftigt at bruge de involverede klinikers tid til afklaring af sådanne uddybende kliniske spørgsmål. Såfremt dette viser sig problematisk, kan man overveje at oprette et ekspertpanel bestående af repræsentanter fra de forskellige specialer til at bistå RiskEnhedens personale i afklaringen af eventuelle kliniske tvivlsspørgsmål.

Analyse

RiskEnheden har ikke haft mulighed for at gennemføre en egentlig kerneårsagsanalyse under pilottesten. På baggrund af de erfaringer der er høstet i forbindelse med pilottesten, ser RiskEnheden imidlertid et potentiale for introduktion af endnu en analyse i form af en 'modificeret' kerneårsagsanalyse. I erkendelse af at den tid klinikerne har til rådighed til deltagelse i kerneårsagsanalyser er begrænset, er der mulighed for at RiskEnheden fremover analyserer udvalgte score 2-hændelser ud fra kerneårsagsanalysens systematiske principper, men erstatter etablering af analysegruppe og stringent afholdelse af møder med en mere ad hoc-baseret inddragelse af klinikerne, eksperter og andre relevante personer. Den 'modificerede' kerneårsagsanalyse skal således finde anvendelse på enkeltstående hændelser med en moderat til betydelig alvor, og dermed supplere den eksisterende analysestrategi, hvor egentlig kerneårsagsanalyse anvendes ved forvekslingskirurgi og hændelser med scoren 3.

Hovedparten af de hændelser, der blev indrapporteret under pilottesten, var scoret 1. Det er RiskEnhedens erfaring, at størsteparten af disse hændelser mest hensigtsmæssigt håndteres i de enkelte afsnit - primært fordi hændelserne ofte er af en karakter, der fordrer indsigt og korrigerende tiltag af mere lokal karakter, men også fordi RiskEnheden ikke har den fornødne kapacitet til at gå ind i alle disse hændelser, når systemet udbredes til hele amtets sundhedsvæsen. En mulighed er således, at score 1-hændelser i udgangspunktet ikke rapporteres til RiskEnheden, men at RiskEnheden i stedet fungerer som sparringspartner på de score 1-hændelser, der ikke umiddelbart kan håndteres lokalt. En måde at organisere arbejdet på kunne være, at RiskEnheden leverer et indtastningsmodul (f.eks. i SPSS) og en analyseforskrift, som afdelingens modtagere kan bruge til håndtering og analyse af score 1-hændelser. Alternativt hertil kan man overveje en videreudvikling af de faciliteter, der stilles til rådighed i Dansk Patientsikkerheds Database. Ved at anvende det samme modul i hele amtet optimeres mulighederne for samkørsel af oplysningerne, hvilket muliggør aggregerede analyser af pooled data. Sidstnævnte kunne så foregå med faste intervaller i RiskEnhedens regi.

Feedback & vidensdeling

Spørgsmålene vedr. feedback var de mest ufuldstændigt besvarede spørgsmål i brugerundersøgelsen. En del af forklaringen på de mangelfulde besvarelser kan formentlig findes i formuleringen af spørgsmålene, men en del kan også skyldes et manglende behov grundet hændelsens karakter eller reelle problemer med feedbackfunktionen. Besvarelserne (og manglen på samme) efterlader imidlertid et indtryk af, at det fortsat er muligt at styrke feedbackfunktionen i rapporteringssystemet. Al erfaring viser, at netop tilbagemeldingen er af afgørende betydning for, at frontliniepersonalet fortsat rapporterer til systemet. Hvis ikke personalet føler det har betydning eller får konsekvens at de bruger tid på at rapportere, kan det resultere i, at lusten til at rapportere aftager (5).

Under pilottesten fandtes en gennemsnitlig rapporteringstid på 2,2 dage (fra hændelsen indtræffer/opdages til skemaet udfyldes) og en gennemsnitlig lokal rapporteringstid (fra rapporteringsskemaet udfyldes til skemaets signeres af ledelsen) på 7,6 dage. Lægges disse tider sammen, går der altså cirka 10 dage, fra hændelsen indtræffer, til RiskEnheden er orienteret. Denne forsinkelse har ikke under pilottesten haft nogen konsekvenser, idet hændelserne typisk var mindre alvorlige, og der ofte blev iværksat handling lokalt inden afsendelse af rapporteringsskemaet. I mere alvorlige situationer eller situationer, hvor RiskEnheden forventes at deltage i f.eks. analysearbejdet, vil det imidlertid være hensigtsmæssigt at søge ekspeditionstiden afkortet. Dette kan f.eks. opnås ved indførsel af elektronisk rapportering, alternativt ved at man lokalt tilrettelægger papirgangen på en måde, der sikrer hurtig indhentelse af ledelsens signatur. Ved alvorlige hændelser er det oplagt, at udfyldelse af rapporteringsskemaet forudgås af telefonisk kontakt til RiskEnheden.

Vidensdeling i eget afsnit er i forbindelse med pilottesten kommet godt i gang. Der har været størst succes med udbredelsen af kendskabet til at der har fundet hændelser sted i egen afdeling (83%), mens både kendskabet til at hændelserne har ført til ændring og kendskabet til hændelser i andre afdelinger er mere begrænset (42% henholdsvis 10%). Afdelings- og afsnitsledelserne tegner sig som dem, der i flest tilfælde har være kilde til viden, ligesom morgenkonferencer og monofaglige møder er de fora, der hyppigst brugtes til vidensdeling og erfaringsudveksling. Satsning på ovennævnte fora og kilder kunne danne udgangspunkt for en styrkelse af vidensdelingen, da man her syntes allerede at have fat i personalet. For alle kilder og fora er der imidlertid et uudnyttet potentiale, der kan forsøges anvendt. Alternativt, og under hensyntagen til de lokale præferencer, kan man forsøge at supplere med de fora personalet har nævnt som alternativer til de eksisterende fora (se afsnit om brugerundersøgelse). Der synes ikke på det foreliggende materiale at være grundlag for at udelade nogle af de nævnte kilder, idet alle har været i spil om end i varierende omfang faggrupperne imellem.

Handling

Betragter man hændelsesrapporternes oplysninger, om hvilke handlinger hændelserne har afstedkommet, var sådanne anført i 15% af hændelserne. Dette tal skal ses i relation til karakteren af de hændelser der var indrapporteret - det er således ikke alle indrapporterede hændelser der er af en karakter der fordrer handling her og nu. De handlinger rapporterne har afstedkommet er tilsvarende af meget varierende karakter og ikke alle har det samme potentiale for at sikre forebyggelse af, at en lignende hændelse gentager sig. Det må imidlertid forventes, at der også på dette område vil ske en gradvis udvikling såvel lokalt som i RiskEnheden. RiskEnheden arbejder f.eks. på at opbygge et netværk og samarbejde med de oplagte personer/instanser i organisationen, der kan deltage i forbindelse med de forebyggende tiltag f.eks. indkøb, farmakologisk enhed, tekniske chefer m.fl.

Det er opløftende at se, at såvel personale som modtagere og ledelse er meget optimistiske på spørgsmålet om hvad rapporteringssystemet kan bruges til. Fælles for alle grupper er, at de mener, at rapporteringssystemet potentielt tjener mange formål. Mest iøjnefaldende er, at næsten alle mener, at rapporteringssystemet kan bruges til bedring af patientsikkerheden, og at relativt få mener at formålet med systemet er placering af ansvar og skyld.

Opfølgning

I pilottesten blev der ikke foretaget rutinemæssig opfølgning på de iværksatte handlinger og korrigerende tiltag. En del opfølgning vil fremover kunne ske i selve databasen, idet man kan følge, hvorvidt tidligere rapporterede hændelser der er forsøgt korrigerede optræder igen. Dette vil dog næppe være tilstrækkeligt, hvorfor der lægges op til, at RiskEnheden efter et nærmere fastlagt tidsinterval følger op på de forebyggelsestiltag der er registreret i databasen. Det forventes ikke, at en sådan opfølgning vil demonstrere en målelig forbedring af patientsikkerheden per se, men at opfølgningen afspejler en oplevet bedring af de (potentielt) risikable arbejdsgange og situationer.

Patienten

Alle afdelingsledelser og modtagere af rapporteringer anførte i brugerundersøgelsen, at det var almindelig praksis i deres afdeling at orientere patienten om utilsigtede hændelser af betydning for vedkommende. Kun 64% af personalegruppen er imidlertid enige i dette udsagn. Noget tyder således på, at der ikke foreligger helt klare retningslinier på området. I personalegruppen er det kun 3% der mener, at patienten ikke skal underrettes i den givne situation og der tegner sig også en klar tendens til, at man i udgangspunktet - men lidt afhængig af den konkrete situation - mener, at det er den læge eller sygeplejerske der har været involveret i hændelsen der bør orientere patienten. Som alternativ eller supplement hertil mener mange, at afsnitsledelsen kan involveres. Denne model støttes af udsagnene fra modtagere og afsnitsledelser.

Introduktion og undervisning

Pilottesten har vist, at man med udgangspunkt i undervisning af centrale personer suppleret med skriftligt materiale og evt. orienteringsmøder kan formidle tilstrækkelig viden og forståelse til at et rapporteringssystem kan komme til at fungere. Som med al anden undervisning, er der næppe tvivl om, at de bedste resultater opnås, hvis man har engagerede og motiverede kursister. Set i lyset af de krav der efter introduktionen og undervisningen stilles til modtagere af rapporterne, er det derfor vigtig, at man i organisationen identificerer nogle medarbejdere der er interesserede i patientsikkerhed og som mener sig i stand til (har tid til) at påtage sig opgaven. Introduktion af personalet og formidling af viden om rapporteringssystemet ude i afsnittene er opgaver, der løbende bør foregå ved de patientsikkerhedsansvarlige i de enkelte funktionsenheder. På længere sigt vil det være relevant at arbejde for, at patientsikkerhed integreres i den prægraduate uddannelse af såvel læger som sygeplejersker.

Andet

I forbindelse med pilottesten blev der udarbejdet en søgeprofil for videnskabelig litteratur i litteraturdatabasen PubMed. Udgangspunktet var at etablere en litteraturdatabase indeholdende patientsikkerhedsrelateret litteratur fra de seneste år m.h.p. at sikre størst mulig evidens for evt. gennemførte ændringer. Udarbejdelsen af selve søgeprofilen er ikke voldsomt tidskrævende, og søgning via PubMed over Internettet er også enkel. Til gengæld er det tidskrævende dels at vurdere relevansen af de artikler søgningen frembringer, dels at læse artiklerne. På baggrund heraf foreslås det at litteraturdatabasen oprettes løbende men i en fast procedure, således at der i analysen af score 2 og 3 hændelser, for hvilke der ikke umiddelbart kan formuleres og udføres forebyggelsestiltag, indbygges en litteratursøgning. Søgning tager udgangspunkt i en række prædefinerede søgetermer men kombineres endvidere med nogle for hændelsen specifikke søgeord. Hermed indsamles udelukkende litteratur der umiddelbart kan anvendes, og hvor tidsforbruget til gennemlæsning af artiklerne giver mening i relation til løsning af det pågældende problem. For også at indsamle viden fra andre kilder ('grå litteratur') vil det være relevant at udarbejde en liste over organisationer, der formidler viden via Internettet. Visse af disse sites har funktioner, der tillader diskussion af konkrete problemstillinger med fagfæller i udlandet. Oversigten skal bruges som udgangspunkt for supplerende vidensindsamling i forbindelse med analyse af ovennævnte udvalgte hændelser. Grundtanken er således, at den videnskabelige litteraturgennemgang kobles tæt til analyse og håndtering af de hændelser der rapporteres. Denne målrettede vidensindsamling skal dog fortsat kobles til en rutinemæssig men mere overordnet gennemgang af ny viden på den nationale og internationale patientsikkerhedsscene, gennem regelmæssig 'overvågning' af de førnævnte internetsites. Sidstnævnte tjener, udover den generelle interesse, også andre formål f.eks. i forbindelse med den proaktive risikostyring.

Sager anmeldt til patientklagenævnet og patientforsikringen rummer vigtig viden, der potentielt kan anvendes til bedring af patientsikkerheden. Nogle patienter anvender deres klageret m.h.p. at delagtiggøre andre i den viden, netop deres hændelse har afstedkommet og med det overordnede formål at hindre, at andre patienter udsættes for en lignende hændelse. Undersøgelser viser, at netop forebyggelsesaspektet er vigtig for patienterne og at mange patienter ønsker at personalet 'accepterer' deres oplevelse af situationen og, hvor det er relevant, beklager det passerende (15;16). I forbindelse heraf synes det oplagt at styrke dialogen med patienten i forbindelse med utilsigtede hændelser, der har konsekvens for vedkommende. Brugerundersøgelsen viser, at personalet stiller sig positive over for, at den involverede læge eller sygeplejerske informerer patienten, evt. sammen med afdelingsledelsen. Undersøgelsen viser imidlertid også, at ikke alt personalet mener, at det p.t. er almindelig praksis at informere patienten. På denne baggrund er der basis for, at man lokalt sikrer formidling af de retningslinier vedr. patientinformation der eksisterer i beskrivelsen af rapporteringssystemet. Sikring af, at den information der ligger i Amtets databaser over sager til patientklagenævnet og patientforsikringen, kommer til at indgå i patient-sikkerhedsarbejdet forudsætter endvidere, at der indledes et målrettet samarbejde mellem RiskEnheden og Patientkontoret.

Arbejdet med patientsikkerhed indgår som en del af akkrediteringsarbejdet i Frederiksborg Amt, hvorfor de to områder koordineres. Som eksempel på, at koordinationen af de to områder er vigtig, kan nævnes anvendelsen af retningslinier. Flere af de indrapporterede hændelser har således ført til revision af eksisterende eller udarbejdelse af nye retningslinier. I FAS er det besluttet, at der i størst muligt omfang skal udarbejdes fælles retningslinier gældende for alle funktionsenheder. Kun hvor særlige behov gør sig gældende, vil der blive givet tilladelse til udformning af funktionsenhedsspecifikke retningslinier. Der er endvidere påbegyndt etablering af elektronisk dokumentstyring, hvilket muliggør, at alle godkendte retningslinier gøres tilgængelige i samme elektroniske rum. I forbindelse med pilottesten blev det fra personalets side anført, at det kunne være problematisk med de mange retningslinier og disses tilgængelighed. Elektronisk adgang samt udarbejdelse af retningslinier der er fælles for hele sundhedsvæsenet, vil formentlig lette personalets brug af retningslinierne og minimere variationen i retningsliniernes form og indhold.

I pilottesten var der lagt op til, at alle personalegrupper kunne rapportere utilsigtede hændelser. Kvantiteten af rapporter siger ikke i sig selv meget om, hvordan der arbejdes med patientsikkerhed i sundhedsvæsenet. Den i pilotundersøgelsen fundne rapporteringsrate kan imidlertid anvendes til ekstrapolation af antallet af hændelsesrapporter. I Frederiksborg Amt er der ca. 4.000 sundhedsfagligt ansatte.¹⁴ Med en rapporteringsrate på 1,6 hændel-

¹⁴ Oplysninger fra Løn- og Personaleenheden i Frederiksborg Amt. Skøn over antallet af sundhedsfagligt ansatte omfatter her lægepersonale, plejepersonale og øvrigt personale. Administrativt personale samt service personale er ikke omfattet.

se pr. person pr. år svarer dette til 6.400 hændelsesrapporter pr. år. En så relativt høj rapporteringsrate som den i pilotstudiet opnåede fordrer en kontinuerlig støtte og opbakning til rapporteringen og er muligvis påvirket af selve testsituationen. Det vil formentlig være vanskeligt at opretholde samme rapporteringsrate ved drift af et system, der omfatter hele amtets sundhedsvæsen.

I forbindelse med Lov om patientsikkerhed af 1. januar 2004 oprettede Sundhedsstyrelsen et nationalt rapporteringssystem kaldet Dansk Patient Sikkerheds Database. Arbejdet med rapportering i Frederiksborg Amt skal på sigt udvikles, således at krav om rapporteringen til den nationale database kan opfyldes under samtidig hensyntagen til amtets ønsker om et rapporteringssystem der bedst muligt understøtter klinikernes arbejde med patientsikkerhed.

Konklusion

Det er i løbet af relativt kort tid lykkedes at etablere et velfungerende rapporteringssystem baseret på personalets rapportering af hændelser, der i vid udstrækning opfylder de ønskede bærende principper. Især principperne fokus på læring/kultur, fortrolighed, synlig ledelsesopbakning, tryghed for personalet samt lokal forankring blev efterlevet. Fremover skal der for at optimere systemet arbejdes målrettet med de øvrige principper. Det skal således gøres lettere for personalet at rapportere, timing og indhold af tilbagemelding/opfølgning skal sikres, ligesom effekt/igangsættelse af forebyggelsestiltag i højere grad skal synliggøres.

Pilottesten har identificeret en række forhold i organiseringen og driften af rapporteringssystemet, der skal justeres. Visse kan umiddelbart tilrettes før systemet implementeres i hele amtets sundhedsvæsen, mens andre mere har karakter af udviklingsprojekter. Betragtes rapporteringssystemets grundelementer kan følgende konkluderes:

- *Den systematiske dataindsamling* (rapporteringen) fungerede efter hensigten. Der var dog for mange rapporteringsskemaer i spil. Skemaets kategoriske variable var ikke entydige og udtømmende, ligesom der manglede identifikation og skelnen mellem utilsigtede hændelser og nærhændelser. Kun hændelsernes faktuelle score blev registreret, mens en potentiel score manglede. De tre obligatoriske kategorier 'død', 'forveksling/fejlkommunikation' og 'medicineringshændelser' suppleret af mulighed for frivillig rapportering syntes relevante i forhold til korrigerende handlinger. Den skitserede organisering fungerede tilfredsstillende på alle niveauer.
- Organiseringen af *Den regelmæssige dataanalyse* (årsagsanalyse) var uhensigtsmæssig, for så vidt som at de mange score 1-hændelser, tilsyneladende bedst håndteres lokalt. Samtlige de til rapporteringssystemet knyttede analyseformer skønnedes anvendelige.
- *Tilbage melding til rapportører og andre interessenter* var tilfredsstillende set i relation til karakteren af de hændelser, der optrådte under pilottesten, om end funktionen fortsat kan styrkes.
- *Formulering og implementering af korrigerende aktiviteter* fandt sted i et omfang, der afspejlede karakteren af de indrapporterede hændelser. Aktiviteterne varierede i form og indhold, men vidner om engagement og lyst til at arbejde konstruktivt med forbedring af usikre arbejdsgange.
- *Evaluering af de gennemførte aktiviteter* blev på grund af den korte tids horisont ikke systematiseret.

Pilottesten understøtter tidligere studier der viser, at rapporteringssystemer, på grund af tendensen til underrapportering (og i sjældne tilfælde dobbelt-

rapportering) ikke er velegnet til at frembringe epidemiologisk valide data (18-20). Validiteten kan bedres ved at øge rapporteringscompliance, f.eks. ved at gøre det enkelt for personalet at rapportere og ved at afsætte tid til formålet.¹⁵

Med forbehold for de deltagende afdelingers manglende repræsentativitet kan det på baggrund af testen konkluderes, at rapporteringssystemet er anvendeligt som et praktisk redskab der kan hjælpe personalet i sundhedsvæsenet til at håndtere såvel utilsigtede hændelser som nærhændelser. Det er ikke muligt på det foreliggende grundlag at vurdere rapporteringssystemets effekt på patientsikkerheden. Brugerundersøgelsen viste imidlertid et personale, som i udgangspunktet var positive over for rapporteringssystemets potentiale i relation til bedring af patientsikkerheden. I forlængelse heraf er det afgørende, at de der modtager hændelsesrapporterne er tilgængelige og aktive ligesom RiskEnhedens indsats skal være opsøgende og handlingsorienteret.

¹⁵ Med enkel rapportering henvises her til antallet af rapporteringsskemaer, indholdet af rapporteringsskemaet, tilgængeligheden til rapporteringsskemaet samt selve rapporteringsproceduren.

Anbefalinger

På baggrund af afprøvningen af FAS' rapporteringssystem til utilsigtede hændelser, den efterfølgende brugerundersøgelse samt RiskEnhedens erfaringer kan der opstilles en række anbefalinger for den videre udvikling og implementering af rapporteringssystemet i Frederiksborg Amt. Samtidig med pilottesten er der i sundhedsvæsenets akkrediteringsstyregruppe samt i den nedsatte arbejdsgruppe vedr. patientsikkerhed arbejdet med optimering af organisering af patientsikkerhedsarbejdet i FAS. For overblikkets skyld er allerede vedtagne forhold omkring organisering og undervisning medtaget i de nedenfor anførte anbefalinger.

Organisering

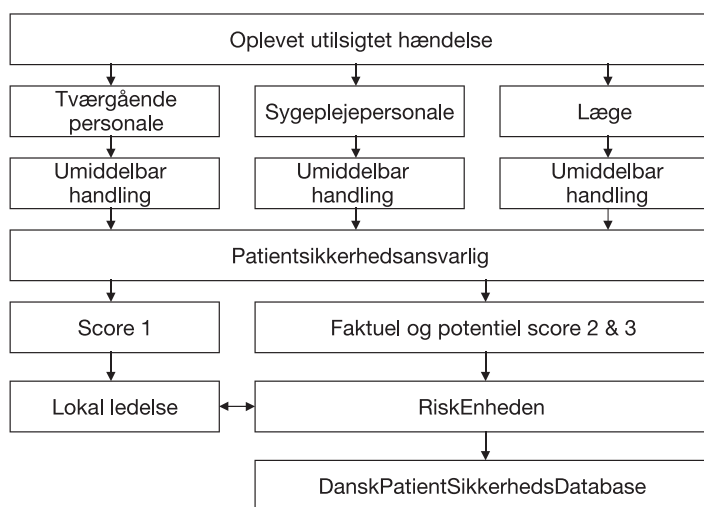
1. Organiseringen af rapporteringssystemet baseres på en *lokal forankring* og kobles til et netværk på et højere organisatorisk niveau. Konkret gøres dette ved etablering af flg. organisation:¹⁶
 - 2 patientsikkerhedsansvarlige i hvert afsnit (repræsentanter for såvel sygepleje- som lægefagligt personale)
 - 1-2 personer på et lokalt ledelsesniveau der modsvarer de nuværende afdelingsledelser
 - Etablering af netværk af patientsikkerhedsansvarlige på tværs af funktionenheder under ledelse af RiskEnheden
 - 1 amtslig RiskEnhed
 - Interamtslig netværksdannelse.
2. Ledelsen på alle niveauer i organisationen støtter såvel implementering som drift af rapporteringssystemet.

Rapportering

3. Rapporteringssystemet baseres på *fortrolighed*
4. Alle faggrupper (incl. sekretærer, portører m.fl.) skal kunne rapportere
5. Rapporteringen omfatter udvalgte *obligatoriske* hændelseskategorier suppleret af mulighed for *frivillig* rapportering. I udgangspunktet omfatter den obligatoriske rapportering hændelser tilhørende følgende kategorier:
 - Medicineringshændelser
 - Operative/invasive procedurer
 - Forveksling/fejlkommunikation.

¹⁶ I amtets akkrediteringsstyregruppe blev det i oktober 2003 besluttet, at der skal udpeges patientsikkerhedsansvarlige i alle afsnit og, at der etableres et netværk af disse. RiskEnheden blev oprettet og organisatorisk indplaceret under amtets Enhed for forskning, kvalitet, kompetenceudvikling og uddannelse (FoQUS) i forbindelse med pilottesten, men er i forlængelse af Lov om patientsikkerhed gjort permanent. Resultaterne fra pilottesten understøtter, at den valgte organisering er hensigtsmæssig i relation til rapporteringssystemets fremtidige drift.

6. Rapporteringen omfatter både *utilsigtede hændelser* og *nærhændelser* (se afsnittet Definitioner og ordforklaring). I henhold til de anvendte definitioner skal både kendte og ukendte komplikationer rapporteres tillige med egentlige fejl. Grundlæggende skal rapporteringen imidlertid give mening for klinikerne, hvorfor hændelser tilhørende ovennævnte kategorier, der allerede håndteres i et andet, parallelt system ikke skal rapporteres.
 7. Rapporteringen sker i udgangspunktet som fritekst beskrivelse af:
 - Hvad der skete
 - Konsekvens for patienten.
 - Hvilke omstændigheder var til stede/hvorfor skete det
 - Hvordan noget lignende kan undgås
- Evt. kategoriske variable, der kan erstatte/understøtte fritekstbeskrivelsen, udvikles i en kontinuerlig proces - gerne gennem involvering af specialerne.
8. Scoring af hændelsen foregår lokalt med anførsel af såvel faktisk som potentiel score.
 9. Rapporteringen sker i udgangspunktet på papirskema. Udvikling af elektronisk rapporteringsskema der kan kommunikere med det nationale rapporteringssystem indledes/gennemføres. Udviklingen kan, om muligt, have karakter af en specialudvikling af det nationale rapporteringsmodul, så det opfylder behovet i Frederiksborg Amt.
 10. Rapportering sker efter nedenstående flowdiagram



11. Der arbejdes med udvikling af en funktionel årsagsklassifikation. Arbejdet tager afsæt i de data, der findes i RiskEnheden, men kan evt. suppleres med lokale og/eller nationale data. Målet er udvikling af en klassifikation der målrettet kan anvendes i den forebyggende indsats.
12. Der arbejdes med at minimere personalets tidsforbrug i forbindelse med rapportering. Dette kan ske ved videreudvikling af rapporterings-skemaet, men også ved forsøgsvis at introducere alternative rapporteringsformer i udvalgte faggrupper/afsnit og lignende (eks. rapportering via EPJ-modul).

Analyse-tilbage melding-handling

13. Funktionerne differentieres ift. hændelsernes score:

Score 1 hændelser: Tilbage melding, analyse og korrigerende aktiviteter initieres og gennemføres lokalt (på afsnitsniveau). Der indledes udvikling og implementering af lokale databaser i alle Funktionsenheder til håndtering af score-1 hændelserne. Udgangspunktet kan være en fælles kerne af variable suppleret med specialespecifikke variable. Oplysninger fra de lokale databaser pooles med jævne mellemrum i RiskEnheden m.h.p. aggregerede analyser. RiskEnheden er opsøgende i relation her til.

Score 2 og 3 hændelser: Analysen initieres og/eller gennemføres med hjælp fra RiskEnheden. Tilbage melding fra RiskEnheden går via det lokale ledelsesniveau og patientsikkerhedsansvarlig i Funktionsenheden til personalet. RiskEnheden driver database indeholdende oplysninger om disse hændelser og forestår videreformidling af oplysninger til den nationale database (Dansk PatientSikkerheds Database).

14. Der arbejdes fokuseret med sikring af tilbage meldingsfunktionerne. Kendskabet til omfang og indhold af tilbage meldingsopgaver formidles til de patientsikkerhedsansvarlige i Funktionsenhederne, dels på 'Kursus i Patientsikkerhed og risikostyring' dels på skrift. RiskEnheden monitorerer løbende funktionen og arbejder med udvikling og understøttelse heraf.
15. Der etableres samarbejde mellem RiskEnheden og Patientkontoret vedr. anvendelse og udnyttelse af den viden, der ligger i sager til Patientklagenævnet og Patientforsikringen.

Uddannelse

16. Organisationens personale uddannes i patientsikkerhed og risikostyring. Uddannelsen målrettes i udgangspunktet Funktionsenhedsledelser og patientsikkerhedsansvarlige. Kursets indhold målrettes de forskellige grupper, men tager udgangspunkt i de elementer, der indgik i

pilottestens kursus. Kursuselementer vedr. baggrund for patientsikkerhedsarbejdet, de legale aspekter samt information af patienten udbygges/tilføjes. Inddragelse af lokale klinikere i undervisningen prioriteres højt. Personer fra ovennævnte grupper forestår introduktion og undervisning af det øvrige personale i afsnittene. RiskEnheden bistår ved undervisning, i det omfang det skønnes nødvendigt i de enkelte funktionenheder/afsnit.¹⁷

Øvrige

17. Rapporteringssystemet evalueres efter 2 år med henblik på vurdering af funktion og effekt.

¹⁷ Uddannelse af organisationens personale er beskrevet af RiskEnheden i samarbejde med arbejdsgruppen vedr. patientsikkerhed og godkendt i en kompetencearbejdsgruppe nedsat af amtets akkrediteringsstyregruppe. Afprøvning i forbindelse med pilottesten bekræfter anvendeligheden af den skitserede plan.

Referencer

- (1) National Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. København: Sundhedsstyrelsen, 2002.
- (2) Den danske kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet – Modelbeskrivelse. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.
- (3) Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet. Lov nr. 429. 10-6-2003.
- (4) Utsigtede hændelser i H:S – handlingsplan med retningslinier. København: H:S Direktionen, 2002.
- (5) Hermann N, Andersen HB, Schioler T, Madsen MD, Østergaard D. Rekommandationer for rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. København: DSI, Risø & DIMS, 2002.
- (6) Lipczak H, Schioler T. Rapportering af utilsigtede hændelser. Erfaringer med medicinske registreringssystemer. [Reporting of incidents. Experiences with medical registration systems]. Ugeskr Læger 2001; 163(39):5350-5355.
- (7) Pedersen BL, Folkersen J, Kildemoes HW, Kjærgaard H, Mogensen T, Ottesen B et al. Klinisk risikostyring – en MTV-analyse af implementering på en dansk fødegang. København: Hovedstadens Sygehusfællesskab. Gynækologisk Obstetrisk Afdeling, H:S Hvidovre Hospital, 2003.
- (8) Rapportering og tilbagemelding af utilsigtede hændelser i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen. Hillerød: FoQUS, Frederiksborg Amt, 2003.
- (9) Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. København: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, 2003.
- (10) Lipczak H, Schioler T. Rapporteringssystemer. In: Mogensen TS, Pedersen BL, editors. Patientsikkerhed. København: Munksgaards Forlag, 2003.
- (11) Leape LL, Lawthers AG, Brennan TA, Johnson WG. Preventing medical injury. QRB Qual Rev Bull 1993; 19(5):144-149.
- (12) Reason J. Understanding adverse events: human factors. Qual Health Care 1995; 4(2):80-89.
- (13) Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320(7237):768-770.
- (14) Pedersen, B.L.; Mogensen, T.S (red). Patientsikkerhed - fra sanktion til læring. 1 ed. København: Munksgaards Forlag, 2003.
- (15) Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. JAMA 2003; 289(8):1001-1007.
- (16) Vincent CA, Coulter A. Patient safety: what about the patient? Qual Saf Health Care 2002; 11(1):76-80.
- (17) Arbejdsskadestyrelsen. Méntabel. København, 1999.
- (18) Incident Reporting in: Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment No. 43. Shojania KG, Duncan BW, McDonald, Wachter RM, eds. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, 2001.
- (19) Crane VS. New Perspectives on Preventing Medication Errors and Adverse Drug Events. Am J Health Syst Pharm 2000; 57(7): 690-697.
- (20) Hart GK, Baldwin I, Gutteridge G, Ford J. Adverse Incident Reporting in Intensive Care. Anaesth Intensive Care 1994; 22(5): 556-561.

Bilag A Rapporteringsskemaer

- Medicinering
- Forveksling/fejlkommunikation
- Død ved elektiv kirurgi
- Frivillig rapportering

Medicinering.

Rapportering af utilsigtet hændelse

Lb.nr. Udfyldes af RiskEnhed

1. Ordination a) Ordination af præparat trods kendt allergi eller kontraindikation ☐	
2. Overførsel af ordinationer a) Forkert overførsel til medicinskema ☐ b) Forkert overførsel til journal ☐ c) Forkert overførsel af ordination pga. ulæselighed ☐ d) Problem med overførsel af ordination fra primær til sekundær sektor, fra sekundær til primær sektor ☐	
3. Dispensering (ophældning, afmåling af lægemiddel) ☐ a) Forkert præparat ☐ b) Forkert dosering eller forkert udregning ☐	
4. Administrering (omdeling, udlevering, indtagelse) ☐ a) Forkert administrationsmåde ☐ b) Medicin ikke givet ☐ c) Medicin givet flere gange ☐	
Andet: _____ ☐	
Lægemiddel handelsnavn, lægemiddel generisk navn, lægemiddelform, -vej, dosis, koncentration, hastighed, - som skulle være givet:	
Lægemiddel handelsnavn, lægemiddel generisk navn, lægemiddelform, -vej, dosis, koncentration, hastighed, - som blev givet:	
Hvad opfatter afdelingen som umiddelbar årsag eller medvirkende årsag til hændelsen (Evt. flere krydses. Forklar)	
Forhold vedrørende emballage/etikette ☐ Mangelfuld dokumentation af om dosis er givet ☐ Manglende angivelse af dosis ☐ Regnefejl ☐ Upræcis eller manglende vejledning/instruks ☐ Forglemmelse ☐ Instruks ikke fulgt ☐ Kompetence ☐ Manglende oplæring ☐ Manglende viden ☐ Organisering af arbejdet ☐ Afbrydelse/forstyrrelse i arbejdet ☐ Stor arbejdsbelastning ☐	
Andet: _____	

Sygehus: _____

Afdeling: _____

Dato for rapportering:

Dato for hændelsen:

Hverdag ☐
Weekend/helligdag ☐
Hændelsen sket kl.: :

Vagtoverlevering, inden for den første time i ny vagt. Ja: ☐
Nej: ☐
Faggruppe:
Læge: ☐
Sygeplejerske: ☐
Socialsu.ass.: ☐
Anden _____

Erfaring i special:
0 - 2 år: ☐
mere end 2 år ☐
Data vedrørende patient:
Alder: år
Køn: M ☐ K ☐
Er patienten informeret ja ☐
nej ☐

Beskrivelse af hændelsen - herunder konsekvens for patienten

Umiddelbart forslag til at undgå en lignende hændelse

Scoring af hændelse.

Score	Katastrofal	Betydelig	Moderat	Minimal
Hyppig	3	3	2	1
Mindre hyppig	3	2	1	1
Sjælden	3	2	1	1

Katastrofal. En af følgende:

- Død
- Varigt betydende mén
- Væsentlig forlængelse af sygdomsforløb

Betydelig. En eller flere af følgende:

- Varigt mén, méngrad vurderet til mindre end 15 %.
- Betydende øget udrednings- og/eller behandlingsintensitet

Moderat. En eller flere af følgende:

- Lettere øget udrednings- og/eller behandlingsaktivitet som kan håndteres på stamafdeling for én patient
- Forlænget indlæggelsesvarighed for én patient eller flere patienter skadet af samme begivenhed

Minimal. Ingen eller minimal betydning for patienten

Hyppig:

Skaden vurderes at kunne forekomme flere gange inden for et år på samme afdeling/sygehus

Mindre hyppig:

Skaden vurderes at kunne forekomme igen få gange inden for to år på samme sygehus

Sjælden:

Skaden vurderes at kunne forekomme igen inden for to til flere år på det pågældende sygehus

Marker Score for hændelsen i tabellen ovenfor med ☐

Aktion lokalt, - hvilken:

Afdelingsledelsens underskrift: _____ Dato: ☐☐☐☐☐☐

Udfyldes af RiskEnhed. Hændelsen anvendt til aggregeret analyse: ja ☐ nej ☐

Kerneårsagsanalyse: ja ☐ nej ☐

Forveksling og fejlkommunikation.

Rapportering af utilsigtet hændelse

Lb.nr. Udfyldes af RiskEnhed

Forveksling

1. Skriftlig dokumentation

- a) Ombytning af journaler

☐
- b) Journalark med patientidentifikation i forkert journal

☐
- c) Journalark uden patientidentifikation i journal, herunder manglende persondata på gennemslagspapir

☐

2. Forveksling ved undersøgelse og behandling, herunder kirurgi

- a) Forveksling sket ved undersøgelse

☐
- b) Forkert organ

☐
- c) Forkert side

☐
- d) Handling udført i uoverensstemmelse med ordination

☐

3. Patientidentifikation

- a) Fejlagtig patientidentifikation

☐
- b) Information til forkert patient

☐

Fejlkommunikation

- a) Forkert information om en patient til en anden medarbejder

☐
- b) Henvisning afsendt men forsvundet

☐
- c) Brist i kommunikation ved overflytning af patient

☐

Hvad opfatter afdelingen som umiddelbar årsag eller medvirkende årsag til hændelsen

(Evt flere krydser. Forklar)

- Instruks ikke fulgt

☐
- Forglemmelse

☐
- Kompetence
- Manglende oplæring

☐
- Manglende viden

☐
- Organisering af arbejdet
- Afbrydelse/forstyrrelse i arbejdet

☐
- Stor arbejdsbelastning

☐
- Journalen ikke til stede

☐

Andet:

Sygehus:

Afdeling:

Dato for rapportering:

Dato for hændelsen:

Hverdag

☐

Weekend/helligdag

☐

Hændelsen sket kl.:

:

Vagtoverlevering, inden for den første time i ny vagt. Ja:

☐

Nej:

☐

Faggruppe:

Læge:

☐

Sygeplejerske:

☐

Socialsu.ass.:

☐

Anden

Erfaring i special:

0 - 2 år:

☐

mere end 2 år:

☐

Data vedrørende patient:

Alder:

år

Køn M

☐

K

☐

Er patienten

informeret: ja

☐

nej

☐

Journalaudit. Ved dødsfald under elektiv operation eller inden for 30 dage efter elektivt indgreb.

Lb.nr. Udfyldes af RiskEnhed ☐☐☐☐☐☐

Audit gennemført den: Dato: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Sygehus:
Dato for dødsfaldet: Dato: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
Deltagere i audit:	Afdeling:
1. Navn, titel: _____	
Afdeling: _____	
Faggruppe: _____	
2. Navn, titel: _____	
Afdeling: _____	
Faggruppe: _____	
3. Navn, titel: _____	
Afdeling: _____	
Faggruppe: _____	
4. Navn, titel: _____	
Afdeling: _____	
Faggruppe: _____	
5. Navn, titel: _____	
Afdeling: _____	
Faggruppe: _____	
Leder af audit: _____	
	Data vedrørende patient:
	Alder: ☐ ☐ år
	Køn: K ☐ M ☐
	Patientens ASA score: _____
	Anæstesi-lægetilsyn blev givet af:
	Speciallæge ☐
	Læge under uddannelse ☐
	Anæstesisygeplejerske ☐
	Anæstesi blev givet af:
	Speciallæge ☐
	Læge under uddannelse ☐
	Informeret samtykke blev givet til:
	Speciallæge ☐
	Læge under uddannelse ☐
	Anæstesisygepl. ☐
	Operationsindikationen blev stillet af:
	Speciallæge ☐
	Læge under uddannelse ☐
	Operationen blev udført af:
	Speciallæge ☐
	Læge under uddannelse ☐

Uddybning af forløb: Er gældende faglige standarder fulgt: Kunne der have været handlet anderledes: Burde der have været handlet anderledes: Hvis der er afvejet fra almindelig faglig standard, hvad er begrundelsen:	Aktionsdiagnose: _____ Operationskode: _____ Dødsårsag (diagnose): _____ Dødsårsag ukendt ☐ Er der foretaget sektion ja ☐ nej ☐
Resultat af audit viser at dødsårsag er uden sammenhæng med det elektive indgreb. Forklar: _____	
Med hvilken sikkerhed mener du, at der forelå mulighed for at forebygge den udløsende utilsigtede hændelse? ☐ Reelt intet holdepunkt for forebyggelse ☐ Spinkelt holdepunkt for forebyggelse ☐ Moderat holdepunkt for forebyggelse ☐ Stor sandsynlighed for forebyggelse ☐ Praktisk talt sikre holdepunkter for forebyggelse Beskriv hvorledes hændelsen i givet fald kunne have været forebygget: _____	
Beskriv hvilke forebyggende tiltag afdelingen har iværksat eller planlagt for at undgå lignende hændelser: _____	
Skema videregendt til RiskEnhed den: Dato: ☐☐☐☐☐☐ af: _____	

Frivillig rapportering.
Rapportering af utilsigtet hændelse

Lb.nr. Udfyldes af RiskEnhed

**Kort beskrivelse af hændelsen -
forløb - baggrund for hændelsen - konsekvens for patienten -**

**Hvad opfatter afdelingen som umiddelbar årsag eller
medvirkende årsag til hændelsen**
(Evt flere krydser. Forklar)

- Instruks ikke fulgt ☐
- Kompetence**
- Manglende oplæring ☐
- Manglende viden ☐
- Organisering af arbejdet**
- Afbrydelse/forstyrrelse i arbejdet ☐
- Stor arbejdsbelastning ☐

Andet:

Sygehus:

Afdeling:

**Dato for
rapportering:**

**Dato for
hændelsen:**

Hverdag ☐
Weekend/helligdag ☐
Hændelsen sket kl.:
:

Vagtoverlevering,
inden for den første
time i ny vagt. Ja: ☐
Nej: ☐

Faggruppe:

Læge: ☐
Sygeplejerske: ☐
Socialsu.ass.: ☐
Anden

**Erfaring i specia-
let:**

0 - 2 år: ☐
mere end 2 år ☐

**Data vedrørende
patient:**

Alder: år

Køn M ☐ K ☐

Er patienten
informeret ja ☐
nej ☐

Bilag B

Scoring af hændelse/nærhændelse

Udgangspunkt for scoring af hændelser er:

- ☐ skadens alvor og
- ☐ risiko for gentagelse

Scoring af en hændelse vil altid være subjektiv. Det er vigtigt, at personalets oplevelse af hændelsen respekteres i vurderingen af en hændelse.

Skadens alvor

Der foretages et skøn over omfanget af den skade patienten er påført. Hjælp til vurdering af méngraden kan fås ved anvendelse af arbejdsskadestyrelsens vejledende méntabel(17). Graden af alvor vurderes i henhold til de 4 nedenstående kategorier;

Katastrofal, omfatter én af følgende

- ☐ Død
- ☐ Varigt betydende mén
- ☐ Væsentlig forlængelse af sygdomsforløb

Betydelig, omfatter én eller flere af følgende:

- ☐ Varigt mén, méngrad vurderet til mindre end 15%
- ☐ Betydende øget udrednings- og/eller behandlingsintensitet

Moderat, omfatter én eller flere af følgende:

- ☐ Lettere øget udrednings- og/eller behandlingsaktivitet som kan håndteres på stamafdeling for én patient
- ☐ Forlænget indlæggelsesvarighed for én patient eller flere patienter skadet af samme begivenhed

Minimal, omfatter

- ☐ Ingen eller minimal betydning for patienten

Risiko for gentagelse

Der foretages et skøn over sandsynligheden for, at en tilsvarende hændelse kan forekomme. Risikoen vurderes i henhold til de tre nedenstående kategorier;

Hyppig

- ☐ Skaden vurderes at kunne forekomme flere gange inden for et år på samme afdeling/sygehus

Mindre hyppig

- ☐ få gange inden for to år på samme sygehus

Sjælden

- ☐ Skaden vurderes at forekomme igen inden for 2-5 år på det pågældende sygehus

Bilag C

Vejledning til information af personale

Debriefing af personalet

Ved rapportering af en hændelse, fra medarbejder til afsnitsledelsen, er det modtagers opgave at

- ☐ gennemføre samtalen på en måde, så personalet føler sig tryk ved at rapportere om hændelsen
- ☐ acceptere medarbejderens beskrivelse, ikke minimere eller bortforklare
- ☐ spørge til og anerkende en eventuel følelsesmæssig påvirkning
- ☐ derefter tale om hændelsens forebyggelsespotentiale

Information til/opfølgning over for personalet

Til medarbejdere, der har været involveret i en hændelse, gives information og opfølgning efter individuel vurdering afhængig af den enkelte medarbejders behov. Ledelsen skal sikre sig, at det er klart for medarbejderen,

- ☐ at hver tiende patient, der udskrives fra et sygehus i Danmark, har været ude for en utilsigtet hændelse
- ☐ at formålet med rapportering af utilsigtede hændelser er forebyggelse og læring
- ☐ at medarbejdernes viden om og rapportering af hændelser/nærhændelser er afgørende for at forebyggelse og læring kan ske
- ☐ at ledelsen forventer, at personalet rapporterer hændelser og at det ses som et succeskriterium, at relevante hændelser rapporteres
- ☐ at det aftales hvornår en tilbagemelding til medarbejderen vedrørende hændelsen vil ske. Ligeledes orienteres medarbejderen om principper for feedback efter analyse af hændelse
- ☐ hvordan forløbet er ved rapportering af en hændelse til RiskEnheden, og at medarbejderen kender kriterierne for scoring og analyse
- ☐ medarbejderen bliver tilbudt den form for støtte, der er behov for. Der gøres brug af amtets aftale med Falck ved krisehjælp
- ☐ medarbejderen er sikret tilbagemelding/opfølgning, når analyseresultatet er kendt.

Hændelser der fører til kerneårsagsanalyse

Ledelsen skal sikre sig, at medarbejderen er informeret om:

- ☐ formålet med kerneårsagsanalyse. Det skal her præciseres over for medarbejderen, at formålet er at undersøge mulige ændringer i organiseringen af arbejdet, så gentagelser undgås og der kan ske læring i organisationen
- ☐ at medarbejderen til brug for analysen interviewes om hændelsen og/eller bliver bedt om at deltage i analysegruppen
- ☐ at oplysninger behandles konfidentielt på lukkede møder. I rapport og handlingsplan fremgår ikke personidentificerbare data.

Bilag D

Vejledning til information af patient

Information af patient

Patienten, og eventuelle pårørende, orienteres hurtigst muligt om utilsigtede hændelser, *der medfører konsekvenser for patienten*.

Informationen foregår løbende.

Det bør så vidt muligt være den behandlingsansvarlige (personlige) læge, der informerer patienten.

Der udtrykkes beklagelse over for patienten.

Informationen bør omfatte følgende elementer:

- ☐ Patienten oplyses om, at hændelsen ikke er en følge af sygdommen
- ☐ Patienten oplyses om, at man vil søge at minimere skadesomfanget ved målrettet behandlingsindsats
- ☐ Patienten oplyses om, at omstændighederne omkring hændelsen undersøges grundigt
- ☐ Patienten oplyses om, at han vil blive informeret løbende, når ny viden om hændelsen foreligger
- ☐ Hvis patienten udtrykker ønske om det, informeres om mulighed for at søge erstatning via Patientforsikringen
- ☐ Hvis patienten udtrykker ønske om det, informeres om klagemulighed til Patientklagenævnet

Information til patienten journalføres efter sædvanlig principper.

Ved udskrivelse tilbydes patienten efter behov tid til en opfølgende samtale, hvor patienten oplyses om eventuelle klarlagte årsager til hændelsen samt de handlinger, der er initieret for at forebygge en lignende hændelse.

Bilag E

Program for Kursus i Patientsikkerhed & Risikostyring

Dag 1

Kl. 08.30 - 08.45

Velkomst

Hvorfor arbejde med patientsikkerhed i Frederiksborg Amt

V/lægelig direktør Anders Kyst, Frederiksborg Amt

Kl. 08.45 - 09.40

Baggrund for arbejde med patientsikkerhed

Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet, juni 2003

Patientsikkerhed del af den nationale strategi

Baggrunden i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen

V/kontorchef Tove Tovgaard, Patientkontoret og

Kvalitetschef Anne Mette Fugleholm, FoQUS

Kl. 09.40 - 09.55

Kaffe/te

Kl. 09.55 - 10.20

Baggrund for valg af rapporteringssystem

Systembarrierer for rapportering

Erfaringer fra DSI's landsdækkende undersøgelse

*V/embedslæge Niels Hermann, Embedslæge-
institutionen*

Kl. 10.20 - 10.50

Gennemgang af forløb ved rapportering af hændelse, analyse og tilbagemelding

Definitioner på hændelse

Hvilke hændelser er omfattet de tre udvalgte områder
og frivillig rapportering

Hændelser og nærhændelser

*V/ledn. overlæge Helle Degn, Intensiv, Fr.sund Sygehus
og overlæge Birgit Kvinesdal, Med. Afd., Helsingør
Sygehus*

Kl. 10.50 - 11.00

Pause

Kl. 11.00 - 11.30

Modtager af rapportering

Hvem er modtager af rapportering

Debriefing af personalet

Principper for scoring og gennemgang af skemaer

*V/overlæge Birgit Kvinesdal, Med. Afd., Helsingør
Sygehus og afdelingssygeplejerske Lone Vinkel
Hansen, Anæstesiologisk Afd., Helsingør Sygehus*

Kl. 11.30 - 12.15 **Frokost**

Kl. 12.15 - 13.00 **Øvelser**

Afprøve skemaer ud fra case
Brug af eksempler til scoring
V/overlæge Birgit Kvinesdal, Med. Afd., Helsingør Sygehus og afdelingssygeplejerske Lone Vinkel Hansen, Anæstesiologisk Afd., Helsingør Sygehus

13.00 - 13.10 **Pause**

Kl. 13.10 - 15.15 **Analyse**

Gennemgang af analysemetoder m.h.t. formål, principperne for gennemførelse, resultat og formidling
Audit (skal og kan områder for audit)
Aggregeret analyse
Kerneårsagsanalyse
Proaktiv analyse
V/adm. overlæge Helle Degn, Intensiv, Frederikssund Sygehus og læge Henriette Lipczak, DSI & FoQUS

Dag 2

Kl. 09.00 - 10.00 **Sikkerhed og menneskelige faktorer**

V/seniorforsker Henning Boje Andersen, Risø, Afd. for systemanalyse

Kl. 10.00 - 10.15 **Pause**

Kl. 10.15 - 11.30 **Sikkerhedskulturs betydning for et rapporteringssystems succes**

Diskussion af sikkerhedskultur med udgangspunkt i spørgeskemaundersøgelsen
Hvilke faktorer betinger en stærk/svag sikkerhedskultur?
Hvilken rolle spiller ledelsen? Medarbejderne?
Hvordan fremmer man rapportering og læring?
V/Ph.D stud. Marlene Dyrlov Madsen, Risø, Afd. for Systemanalyse og RUC, afd. for Filosofi og Videnskabsteori

Kl. 11.30 - 12.15 **Frokost**

- Kl. 12.15 - 13.00 **Oplæg til gruppeøvelse afsnitsvis**
 Identificere elementer i egen kultur
 Hvad kendetegner vores kultur i dag?
 Er vi kendetegnet ved en stærk eller svag sikkerhedskultur?
 Hvis vi kan forbedre vores sikkerhedskultur, hvilke elementer/faktorer vil være mest hensigtsmæssige at arbejde med?
 Hvad er vores fremtidige målsætning?
 Hvordan vil vi opnå det?
V/Ph.D.stud. Marlene Dyrlov Madsen, Risø
- Kl. 13.00 - 13.45 **Opsamling fra gruppearbejde**
*V/Ph.D.stud. Marlene Dyrlov Madsen og
 Kvalitetschef Anne Mette Fugleholm*
- Kl. 13.45 - 14.00 **Pause**
- Kl. 14.00 - 15.25 **Vidensdeling og læring**
 RiskEnhedens opgaver: Formidling af generaliserbar viden
- Læring i eget afsnit**
 Afdelingens opgaver:
 Håndtering af viden på lokalt niveau
 Omsætning af viden til handling
 Hvilke fora kan anvendes, hvordan kan læring af hændelser indgå i dagligdagen
 Eksempler fremføres
 Udarbejdelse af handlingsplaner for håndtering af viden og læring i eget afsnit
V/læge Henriette Lipczak, DSI & FoQUS, kvalitetschef Anne Mette Fugleholm, FoQUS og udviklingssygeplejerske Camilla G. Fabricius, Medicinsk Afd., Hillerød Sygehus
- Kl. 15.25 - 15.30 **Afslutning**
V/kvalitetschef Anne Mette Fugleholm, FoQUS

Dag 3

- Kl. 12.00-12.10 **Velkomst og opsamling**
v/læge Henriette Lipczak, DSI & FoQUS og sygeplejerske Inge Ulriksen, FoQUS & Patientkontoret
- Kl. 12.10-13.10 **Kort oplæg fra hvert af pilotafsnittene**

- Kl. 13.10-13.20 **Pause**
- Kl. 13.20-14.00 **Erfaringer fra RiskEnheden**
v/læge Henriette Lipczak, DSI & FoQUS
- Kl. 14.00-14.15 **Pause med frugt**
- Kl. 14.15-14.35 **Det nationale system**
Patientsikkerhed i Frederiksborg Amt pr 1.1.2004
Afslutning af pilottest
Kursusbeviser
v/sygeplejerske Inge Ulriksen, FoQUS & Patientkontoret
- Kl 14.35-14.45 **Pause**
- Kl. 14.45-15.30 **Hvad kan man få ud af klinisk risikostyring**
Eksempler fra det første års erfaringer i en
medicinsk afdeling
*V/ læge, ph.d. Annemarie Hellebek, Klinisk
Farmakologisk Enhed, BBH*

Bilag F

Spørgeskemaer fra brugerundersøgelser

- Skema til personale
- Skema til modtagere
- Skema til ledelse

PERSONALE

Introduktion til rapporteringssystemet <i>(sæt evt. flere krydser)</i>		
1. Fra hvilke kilder har du fået information om formålet med og brugen af rapporteringssystemet?	Ja	Nej
A Afdelingsledelsen		
B Afsnitsledelsen		
C RiskEnhedens personale		
D Ringbindet 'Rapportering af utilsigtede hændelser i FAS 2003/2004'		
E Jeg har ingen information fået		
F Andet		
Hvis ja til 'andet' beskriv:		
2. Er du, på baggrund af den introduktion du har modtaget til rapporteringssystemet, i stand til at rapportere en utilsigtet hændelse?	Ja	Nej
Hvis nej til spørgsmål 2, hvad har du manglet i din introduktion:		
3. Har du i testperioden rapporteret en utilsigtet hændelse?	Ja	Nej
4. Har du i testperioden oplevet én eller flere hændelser som du kunne have rapporteret, men som du ikke rapporterede?	Ja	Nej
Hvis ja – hvad afholdt dig fra at rapportere?		

Organisering af rapporteringen		
5. Hvem skulle du i testperioden rapportere utilsigtede hændelser til?	Ja	Nej
A Afdelingssygeplejerske		
B Overlæge		
C Andre		
Hvis ja til 'andre', anfør hvem:		
6. Fandt du det hensigtsmæssigt at rapportere til ovennævnte person?	Ja	Nej
Hvis 'nej' til spørgsmål 6: hvad var uhensigtsmæssigt – og hvordan ville du have foretrukket at rapportere?		

Tilbage melding			
7. Har du modtaget direkte, personlig feedback på rapportering af en hændelse	Ja	Nej	
8. Hvordan har du oplevet <u>indholdet</u> af tilbage-meldingen fra	Anvendeligt	Mangelfuldt	
A Modtager af rapporteringen			
B Afsnitsledelsen			
C Afdelingsledelsen			
D RiskEnheden			
Uddyb dit svar			
9. Hvordan har du oplevet <u>hyppigheden</u> af tilbage-meldingen fra	For hyppig	Tilpas	For sjælden
A Modtager af rapporteringen			
B Afsnitsledelsen			
C Afdelingsledelsen			
D RiskEnheden			

Vidensdeling og formidling		
10. Er du i forbindelse med pilottesten blevet bekendt med, at der har fundet utilsigtede hændelser sted i din afdeling?	Ja	Nej
11. Er du bekendt med, at én eller flere hændelser har ført til ændring af arbejdsgange, procedurer e.l. i din afdeling?	Ja	Nej
Hvis ja, anfør hvilke ændringer		
12. Er du blevet præsenteret for andre afdelingers erfaringer/viden fra arbejdet med utilsigtede hændelser under pilottesten?	Ja	Nej
Hvis ja, anfør hvilke erfaringer/viden		
13. Hvordan er du blevet præsenteret for resultater, viden og erfaringer fra pilottesten?	Ja	Nej
A Via modtager af rapporteringen		
B Via afdelingsledelsen		
C Via afdelingsledelsen		
D Via anden kollega		
E Har læst RiskNyt		
F Andet		
Hvis ja til 'andet', beskriv		
14. I hvilke sammenhænge er du blevet præsenteret for resultater, viden og erfaringer fra pilottesten?	Ja	Nej
A På monofaglige møder		
B På tværfaglige møder		
C På morgenkonference		
D Andet		
Hvis ja til 'andet', beskriv		
15. Har du ideer til andre fora der ville være anvendelige til deling af viden og erfaringer i forbindelse med et rapporteringssystem?	Ja	Nej
Hvis ja, anfør hvilke		

Formål med rapportering		
16. Hvad kan rapporteringssystemet efter din mening bruges til?	Ja	Nej
A Statistik		
B Ændringer i egen afdeling		
C Bidrage til læring på tværs af afdelinger, sygehuse eller amter		
D Placering af ansvar/skyld		
E Bedring af patientsikkerheden		
F Administrativt/politisk signal om at der arbejdes med patientsikkerhed		
G Andet		
Hvis ja til 'andet', beskriv		

17. Er det i din afdeling almindelig praksis at orientere patienten om utilsigtede hændelser der har konsekvens for vedkommende?		Ja	Nej
18. Hvem bør efter din mening orientere en patient der har været udsat for en utilsigtet hændelse der har betydning for vedkommende?		Ja	Nej
A	Den læge eller sygeplejerske der har været involveret i hændelsen		
B	Afdelingsledelsen (adm. overlæge eller oversygeplejerske)		
C	Afsnitsledelsen (overlæge eller afdelingssygeplejerske)		
D	Andre		
E	Jeg mener ikke patienten skal underrettes		
Hvis ja til 'andre', anfør hvem			

19. Ansættelsesvarighed	Under 3 måneder		Over 3 måneder	
20. Faggruppe	Sygeplejerske	Læge	So.su.ass/ sygehjælper	andet
21. Ansættelsessted	Helsingør Anæst./int	Frederikssund Anæst./int.	Frederikssund Ortopædkir.	Hillerød F0861

Har du forslag til hvordan rapporteringssystemet kan forbedres eller har du andre kommentarer, er du velkommen til at skrive dem her.

Skemaet returneres hurtigst muligt og senest 30.1.2004 i vedlagte svarkuvert

MODTAGER

Introduktion til rapporteringssystemet (sæt evt. flere krydser)		
1. Fra hvilke kilder har du fået information om formålet med og brugen af rapporteringssystemet?	Ja	Nej
A Kursus i Patientsikkerhed og risikostyring		
B Afdelingsledelsen		
C Afsnitsledelsen		
D Ringbindet 'Rapportering af utilsigtede hændelser i FAS 2003/2004'		
E Jeg har ingen information fået		
F Andet		
Hvis ja til 'andet' beskriv:		
Er du, på baggrund af den introduktion du har modtaget til rapporteringssystemet, i stand til at håndtere personalets rapportering af utilsigtede hændelser?	Ja	Nej
Hvis nej, anfør hvilke mangler der har været i din introduktion:		
Er du, på baggrund af den introduktion til arbejdet med patient-sikkerhed du har modtaget, i stand til at understøtte et lærende miljø?	Ja	Nej
Hvis nej, anfør hvilke mangler der har været i din introduktion:		
Organisering af rapporteringen		
4. Har du i testperioden modtaget én eller flere rapporter om utilsigtede hændelser?	Ja	Nej
Hvis nej, anfør hvilke årsager der kan være hertil		
5. Har der været organisatoriske forhold, der har gjort det vanskeligt for dig at håndtere personalets rapporteringer af utilsigtede hændelser, herunder at skabe diskussion i afdelingen og iværksætte forebyggende tiltag?	Ja	Nej
Hvis ja – beskriv de forhold der påvirkede din funktion?		
6. Har du oplevet det som værende hensigtsmæssigt, at netop du skulle modtage rapporteringer?	Ja	Nej
Begrund svaret		
7. Er det efter din mening en fordel, at det er én fra eget afsnit der modtager rapporteringen	Ja	Nej
Begrund svaret		

Vidensdeling og formidling		
8. Har du selv videregivet erfaringer/viden fra arbejdet med utilsigtede hændelser under pilottesten?	Ja	Nej
9. Er du blevet præsenteret for andre afdelingers erfaringer/viden fra arbejdet med utilsigtede hændelser under pilottesten?	Ja	Nej
10. I hvilke sammenhænge har du videregivet og/eller modtaget information om resultater, viden og erfaringer fra pilottesten?	Ja	Nej
A På monofaglige møder		
B På tværfaglige møder		
C På morgenkonference		
D Andet		
E Jeg har ikke deltaget i udveksling af viden og erfaringer		
11. Har du ideer til andre fora der ville være anvendelige til deling af viden og erfaringer i forbindelse med et rapporteringssystem?	Ja	Nej
Hvis ja, anfør hvilke		
12. Har du som modtager af rapporteringerne været involveret i ændring af arbejdsgange, procedurer e.l. afledt af arbejdet med rapporteringssystemet?	Ja	Nej
13. Har der været forhold, der har gjort det vanskeligt for at give feedback til rapportørerne og sikre vidensdeling?	Ja	Nej
Hvis ja, anfør hvilke		

Formål med rapportering (sæt evt. flere krydser)		
14. Hvad kan rapporteringssystemet efter din mening bruges til?	Ja	Nej
A Statistik		
B Ændringer i egen afdeling		
C Bidrage til læring på tværs af afdelinger, sygehuse eller amter		
D Placering af ansvar/skyld		
E Bedring af patientsikkerheden		
F Administrativt/politisk signal om at der arbejdes med patientsikkerhed		
G Synliggørelse af utilsigtede hændelser og nærhændelser		
H Bidrage til åbenhed og konstruktiv dialog omkring hændelser		
I Andet		
Hvis ja til 'andet, beskriv		

Orientering af patienter		
15. Er det i din afdeling almindelig praksis at orientere patienten om utilsigtede hændelser der har konsekvens for vedkommende?	Ja	Nej
16. Hvem bør efter din mening orientere en patient der har været udsat for en utilsigtet hændelse der har betydning for vedkommende?	Ja	Nej
A Den læge eller sygeplejerske der har været involveret i hændelsen		
B Afdelingsledelsen (adm. overlæge eller oversygeplejerske)		
C Afsnitsledelsen (overlæge eller afdelingssygeplejerske)		
D Andre		
E Jeg mener ikke patienten skal underrettes		
Hvis ja til 'andre', anfør hvem		

Arbejdet med patientsikkerhed		
17. Er du som modtager er rapporteringer blevet opmærksom på særlige forhold der fremmer arbejdet med rapporteringssystemet?	Ja	Nej
Hvis ja, anfør hvilke forhold		
18. Er du som modtager er rapporteringer blevet opmærksom på særlige forhold der hæmmer arbejdet med rapporteringssystemet?	Ja	Nej
Hvis ja, anfør hvilke forhold		

Samarbejde med RiskEnheden		
19. Er du i forbindelse med pilottesten blevet opmærksom på opgaver eller aktiviteter du mener RiskEnheden burde gøre mere ud af/påtage sig?	Ja	Nej
Hvis ja, anfør og beskriv hvilke opgaver/aktiviteter		
20. Har du været tilfreds med samarbejdet med RiskEnheden (støtte, dialog etc.)?	Ja	Nej
Hvis nej, anfør hvilke mangler du har oplevet		

Hvem er du?				
21. Faggruppe	Sygeplejerske		Læge	
22. Ansættelsessted	Helsingør Anæst./int	Frederikssund Anæst./int.	Frederikssund Ortopædkir.	Hillerød F0861

Kommentarer
Har du forslag til hvordan rapporteringssystemet kan forbedres eller har du andre kommentarer, er du velkommen til at skrive dem her.

TAK FOR HJÆLPEN!

Skemaet returneres hurtigst muligt og senest 30.1.2004 i vedlagte svarkuvert

LEDELSE

Introduktion til rapporteringssystemet (sæt evt. flere krydser)		
1. Fra hvilke kilder har du fået information om formålet med og brugen af rapporteringssystemet?	Ja	Nej
A Kursus i Patientsikkerhed og risikostyring		
B Ringbindet 'Rapportering af utilsigtede hændelser i FAS 2003/2004'		
C Jeg har ingen information fået		
D Andet		
Hvis ja til 'andet' beskriv:		
2. Er du, på baggrund af den introduktion til arbejdet med patient-sikkerhed du har modtaget, i stand til at håndtere personalets rapportering af utilsigtede hændelser?	Ja	Nej
Hvis nej, anfør hvilke mangler der har været i din introduktion:		
3. Er du, på baggrund af den introduktion til arbejdet med patient-sikkerhed du har modtaget, i stand til at understøtte et lærende miljø?	Ja	Nej
Hvis nej, anfør hvilke mangler der har været i din introduktion:		
Organisering af rapporteringen		
4. Har du i testperioden underskrevet én eller flere rapporter om utilsigtede hændelser?	Ja	Nej
Hvis nej, anfør hvilke årsager der kan være hertil		
5. Har der været forhold, der har gjort det vanskeligt for dig at håndtere personalets rapporteringer af utilsigtede hændelser, herunder at skabe diskussion i afdelingen og iværksætte forebyggende tiltag?	Ja	Nej
Hvis ja, beskriv de forhold der påvirkede din funktion?		

6. Har du oplevet det som værende hensigtsmæssigt, at du skulle præsenteres for og signere rapporteringer?	Ja	Nej
Begrund svaret		
7. Er det efter din mening en fordel, at det er i hvert afsnit er en modtager af rapporteringen?	Ja	Nej
Begrund svaret		
8. Arbejder I i afdelingsledelsen tværfagligt med implementeringen af patientsikkerhed?	Ja	Nej
Begrund svaret		

Vidensdeling og formidling		
9. Gives der i din afdeling rutinemæssigt feedback til et personalemedlem der har rapporteret en utilsigtet hændelse?	Ja	Nej
Hvis ja, beskriv hvordan tilbagemeldingen er organiseret (hvem – hvornår –hvordan)		
10. Er der i din afdeling et eller flere fora hvor hændelser regelmæssigt diskuteres?	Ja	Nej
Hvis ja - hvilke fora anvendes?		
A Monofaglige møder		
B Tværfaglige møder		
C Morgenkonference		
D Andet		
Hvis ja til 'andet' beskriv		
11. Har du ideer til andre fora der ville være anvendelige til deling af viden og erfaringer i forbindelse med et rapporteringssystem?	Ja	Nej
Hvis ja, anfør hvilke		
12. Har du som leder været involveret i ændring af arbejdsgange, procedurer e.l. afledt af arbejdet med rapporteringssystemet?	Ja	Nej

Formål med rapportering		<i>(sæt evt. flere krydser)</i>	
13. Hvad kan rapporteringssystemet efter din mening bruges til?		Ja	Nej
A Statistik			
B Ændringer i egen afdeling			
C Bidrage til læring på tværs af afdelinger, sygehuse eller amter			
D Placering af ansvar/skyld			
E Bedring af patientsikkerheden			
F Administrativt/politisk signal om at der arbejdes med patientsikkerhed			
G Synliggørelse af utilsigtede hændelser og nærhændelser			
H Bidrage til åbenhed og konstruktiv dialog omkring hændelser			
I Andet			
Hvis ja til 'andet', beskriv			

Orientering af patienter			
14. Er det i din afdeling almindelig praksis at orientere patienten om utilsigtede hændelser der har konsekvens for vedkommende?		Ja	Nej
15. Hvem bør efter din mening orientere en patient der har været udsat for en utilsigtet hændelse der har betydning for vedkommende?		Ja	Nej
A Den læge eller sygeplejerske der har været involveret i hændelsen			
B Afdelingsledelsen (adm. overlæge eller oversygeplejerske)			
C Afsnitsledelsen (overlæge eller afdelingssygeplejerske)			
D Andre			
E Jeg mener ikke patienten skal underrettes			
Hvis ja til 'andre', anfør hvem			

Arbejdet med patientsikkerhed			
16. Er du blevet opmærksom på særlige forhold der fremmer arbejdet med rapporteringssystemet?		Ja	Nej
Hvis ja, anfør hvilke forhold			
17. Er du blevet opmærksom på særlige forhold der hæmmer arbejdet med rapporteringssystemet?		Ja	Nej
Hvis ja, anfør hvilke forhold			

Samarbejde med RiskEnheden		
18. Er du i forbindelse med pilottesten blevet opmærksom på opgaver eller aktiviteter du mener RiskEnheden burde gøre mere ud af/påtage sig?	Ja	Nej
Hvis ja, anfør og beskriv hvilke opgaver/aktiviteter		
19. Har du været tilfreds med samarbejdet med RiskEnheden(dialog etc.)?	Ja	Nej
Hvis nej, anfør hvilke mangler du har oplevet		

Hvem er du?				
20. Faggruppe	Sygeplejerske		Læge	
21. Ansættelsessted	Helsingør Anæst./int	Frederikssund Anæst./int.	Frederikssund Ortopædkir.	Hillerød F0861

Kommentarer
Har du forslag til hvordan rapporteringssystemet kan forbedres eller har du andre kommentarer, er du velkommen til at skrive dem her.

TAK FOR HJÆLPEN!
Skemaet returneres hurtigst muligt og senest 30.1.2004 i vedlagte svarkuvert

Bilag G

Lommekort til personalet

Nedenstående blev trykt på for- og bagside af grønt papir i formatet ¼ A4 side. Blev efterfølgende lamineret for at maksimere 'levetiden'.

Forside:

Indrapporteringen omfatter:

Utsigtede hændelser og Nærhændelser

Definition *Utsigtet hændelse*

En ikke-tilstræbt begivenhed, der skader patienten eller indebærer risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets handlinger eller mangel på samme.

Definition *Nær-hændelse*

En utsigtet hændelse der når at blive korrigeret i tide før gennemført handling.

Hændelseskategorier der skal indrapporteres

Obligatoriske

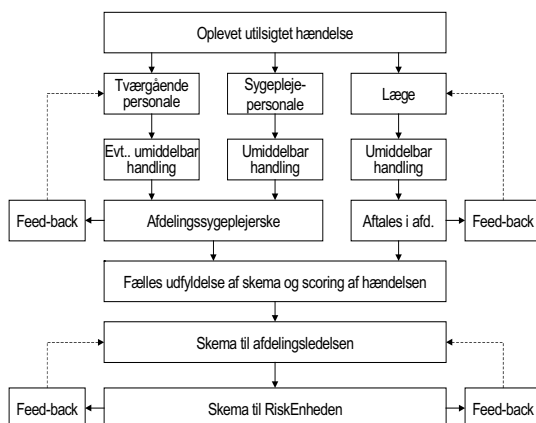
- ♦ Dødsfald under elektiv operation eller inden 30 dage efter elektiv operation
- ♦ Hændelser relateret til medicinering
- ♦ Hændelser relateret til forveksling og fejlkommunikation

Frivillige

- ♦ Hændelser der skønnes alvorlige
- ♦ Hændelser der kunne være undgået
- ♦ Hændelser der findes væsentlige
- ♦ Hændelser med generelt læringspotential

Spørgsmål og kommentarer
bedes rettes til **RiskEnheden**
på telefon: **4829 4664**

Bagside:



Bilag H

Eksempel på nyhedsbrevet RiskNyt



RiskNyt

2. udgave, december 2003

Hændelsesbarometer

RiskEnheden har pr. 1.12 i alt modtaget 91 rapporteringer om utilsigtede hændelser/nærhændelser fra de 4 deltagende afsnit.

Hændelser relateret til medicineringsprocessen udgør fortsat størstedelen af de indkomne rapporter. I den forbindelse må det anses som forventeligt, at sygeplejerskerne er den gruppe der hyppigst er angivet som faggruppe på rapporteringsskemaerne (godt 80%). Rapporter fra læger og øvrige personalegrupper er for opadgående. Især fritekstbeskrivelsen af hændelserne har vist sig at være af stor værdi, idet afkrydsningsmulighederne ikke alle steder er udtømmende.

Erfaringer fra Pilottesten

Til orientering og inspiration bringer vi her et lille udpluk af lokale handlinger, der er foretaget på baggrund af arbejdet med rapporteringssystemet;

- Udarbejdelse eller opdatering af retningslinier
- Synliggørelse af karakteren og omfanget af hændelser i forbindelse med medicinering har i sygeplejegruppen medført øget opmærksomhed ved medicinophældning, herunder færre afbrydelser af kolleger der hælder medicin op
- På baggrund af en hændelse udløst af 'forkert' farve på slanger til hhv. ilt og atmosfærisk luft, har man forsøgt at indkøbe andre slanger. Dette var desværre ikke praktisk muligt, men er et eksempel på at patientsikkerhed også kan søges håndteret ved påvirkning af vareindkøb. De pågældende slanger blive nu i stedet malet.
- Udarbejdelse af nyt medicinskema (lokalt alternativ til det skema der ellers anvendes i hele amtet)
- Udarbejdelse af nyt system til håndtering af patientpapirer på arbejdsbord for at undgå papirforveksling
- På baggrund af en konkret hændelse er det blevet belyst, at der er forskellige procedurer for kald ved hjertetop på amtets sygehuse. Ved undersøgelse af den aktuelle hændelse, blev det klart at det ikke er muligt at alarmere 2 hjertestop samtidig. Af tekniske årsager, bliver telefonlinien blokeret i ca. 50 sek. ved hjertestopkald – først herefter kan man foretage ny alarmering. Da vi skønner at sandsynligheden for at der på ét sygehus indtræffer 2 samtidige hjertestop er lille, gøres der ikke yderligere for at ændre de tekniske forhold.

Lov om patientsikkerhed

Den 1. januar 2004 træder den nye Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet i kraft her i Danmark. Loven pålægger alt sundhedspersonale at rapportere de utilsigtede hændelser de selv er involveret i, er vidner til eller på anden måde får kendskab til.

I løbet af december måned vil der blive rundsendt en introduktion af et foreløbigt rapporteringssystem til hele amtets sundhedsvæsen. De afdelinger der deltager i pilotundersøgelsen fortsætter imidlertid med at rapportere som hidtil frem til 15. januar, 2004. Erfaringerne fra pilottesten vil efterfølgende blive anvendt i den videre udvikling af amtets rapporteringssystem.

Pilottest af FAS' rapporteringssystem til utilsigtede hændelser

Rapporteringssystemer er ét blandt flere redskaber, der anvendes til at indsamle viden om de utilsigtede hændelser, der finder sted, når patienter behandles på sygehus.

I Danmark findes kun få erfaringer med sådanne rapporteringssystemer. Da det er lovpligtigt for sundhedspersoner i det danske sygehusvæsen at indrapportere de utilsigtede hændelser, de bliver bekendte med, er der derfor behov for at finde ud af, hvordan man mest hensigtsmæssigt organiserer rapporteringen og for at belyse de faktorer, der påvirker systemets funktion.

Denne rapport beskriver de erfaringer man har gjort i forbindelse med en pilottest af Frederiksborg Amts rapporteringssystem. Forhold som dataindsamling, årsagsanalyse, tilbagemelding samt formulering og implementering af forebyggelsestiltag belyses.

Rapporten tegner et positivt billede af rapporteringssystemers anvendelighed i relation til patientsikkerhedsarbejdet, men identificerer også elementer, der skal justeres og videreudvikles for at optimere rapporteringssystemets funktion.