



Dansk Selskab
for Patientsikkerhed

Arbejdsgruppe 1

Rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet

Indledning	2
Arbejdsgruppens medlemmer:	2
Anbefaling om etablering af et rapporterings – og tilbagemeldings-system i sundhedsvæsenet.....	2
<i>Skal der etableres et system til indhentning af information om utilsigtede hændelser ?.....</i>	<i>2</i>
Anbefalinger for procedurer og praksis for et rapporterings – og tilbagemeldingssystem i sundhedsvæsenet	4
<i>Hvilke hændelser skal / bør rapporteres?.....</i>	<i>4</i>
<i>Hvordan skal en hændelse beskrives når den rapporteres?.....</i>	<i>4</i>
<i>Hvordan skal det være for personalet at rapportere en hændelse - også hvis det har været en belastende oplevelse?.....</i>	<i>4</i>
<i>Skal der være åbenhed eller lukkethed om identiteten af den der rapporterer?.....</i>	<i>5</i>
<i>Kan personalet forventes at rapportere en hændelse, hvis det derigennem inkriminerer sig selv – eller støtter den eksisterende lovgivning med relation til “hændelser”, at læring og forebyggelse har høj prioritet?.....</i>	<i>5</i>
<i>Hvad kan fremme sundhedspersonalets interesse i at rapportere hændelser?.....</i>	<i>5</i>
<i>Hvordan bliver der reageret overfor personale involveret i en utilsigtet hændelse ?.....</i>	<i>6</i>
<i>Hvordan støttes læring fra hændelser?.....</i>	<i>6</i>
<i>Kan anvendelse af allerede eksisterende information om hændelser optimeres ?.....</i>	<i>7</i>
Bilag 1, Rekommandationer for rapportering af tilbagemelding om utilsigtede hændelser på sygehuse	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.

Indledning

Dette oplæg er udarbejdet for Dansk Selskab for Patientsikkerhed af en arbejdsgruppe nedsat i maj 2002. Oplægget skal forelægges såvel skriftligt som mundtligt til et bestyrelsesseminar d.11.-12. september 2002. Oplægget tager afsæt i selskabets arbejdsprogram og skal danne grundlag for selskabets anbefalinger for et system til indberetning af utilsigtede hændelser og fejl.

Selskabets bestyrelse udpegede nedenstående personer til arbejdsgruppen, som har afholdt 3 møder. Flere medlemmer har fremsendt tekstbidrag, som sammen med diskussionerne på møderne er grundlaget for dette oplæg, som er rette-kommunikeret pr mail. Et bilag er vedlagt til orientering: "Rekommandationer for rapportering og tilbagemelding om utilsigtede hændelser på sygehuse", som er en rapport afleveret til Indenrigs - og Sundhedsministeriet i august 2002 fra en forskergruppe.

Arbejdsgruppens medlemmer:

Arbejdsgruppens medlemmer og organisationen de repræsenterer er følgende: Inge Degler Gigtforeningen, Astrid Dyssegaard Danmarks Apotekerforening, Erik Jylling Foreningen af Yngre læger, Kirsten Kenneth Larsen Dansk Sygeplejeråd, Margrethe Nielsen Forbrugerrådet, Ditte Nørgaard-Andersen Medicoindustrien, Jesper Poulsen Den Almindelige Danske Lægeforening, Mette Dahl Sørensen Praktiserende Lægers Organisation, Helle Ulrichsen H:S, Margit Weise Amdtsrådsforeningen. Formand for arbejdsgruppen og pennefører på oplægget: Niels Hermann Institut for sundhedsvæsen DSI.

Beth Lilja Pedersen fra sekretariatet for DSFP, har skrevet mødereferater.

Sprogbrug: Arbejdsgruppen har af praktiske grunde valgt i teksten overvejende at benytte ordet "hændelser" i stedet for hver gang at skrive: fejl, utilsigtede hændelser, næsten fejl / nærvæd hændelser og komplikationer.

Anbefaling om etablering af et rapporterings – og tilbagemeldings-system i sundhedsvæsenet

Skal der etableres et system til indhentning af information om utilsigtede hændelser ?

det anbefales

at der udarbejdes en national målsætning for patientsikkerhed for hele sundhedssektoren, hvor et rapporterings - og tilbagemeldingssystem med opfølgende læring indgår som et centralt instrument.

Forebyggelsen af nye hændelser er det essentielle. Rapportering - og tilbagemelding har alene som formål at skabe grundlaget for konkret og løbende at kunne forebygge nye fejl og utilsigtede hændelser, bl.a. ved etablering af lærende systemer, der vidensbaseret og fremadrettet sikrer at der sker forbedringer af patientforløb, organisering og af arbejds gange.

Arbejdsgruppen har diskuteret udbredelsen af arbejdet med patientsikkerhed, og ønsker at understrege at både sygehussektoren og hele den primære sundhedstjeneste bør omfattes af de anbefalinger, der udgår fra DSFP. Et meget stort antal patienter behandles i den primære sundhedstjenestes mange forskellige dele, eksempelvis hos speciallæge / almen lægepraksis, tandlægepraksis, plejehjem, hjemmesygepleje mm. For alle dele af sundhedssektoren bør opmærksomheden på sikkerhedsaspekterne skærpes.

Der bør overalt i sygehus- og primærsektoren udarbejdes lokale målsætninger for alle aspekter af patientsikkerhed, som følges op med beskrivelser af de procedurer og den praksis, der skal arbejdes efter med et lokalt rapporterings - og tilbagemeldingssystem - udformet i overensstemmelse med de lokale opgaver.

Et lokalt system vil kunne samle og videregive oplysninger om hændelser til et nationalt fælles system. Således at alle de lokale dele elektronisk føder det nationale system med informationer. Det bør foregå efter en samlet målsætning og fælles retningslinier der muliggør udveksling af information med det formål hurtigt at kunne melde information ud til alle relevante og muliggøre at lære af andres "hændelser" - i begge sektorer.

Arbejdsgruppen vil gerne understrege at også udvikling af en sikkerhedskultur i sundhedsvæsenet bør indgå i målsætningen. Der bør sigtes mod at der kan ske åben erkendelse af komplikationer og hændelser (hvorfor / hvad skete? i stedet for: hvem gjorde det?). Dette er en forudsætning for at et lærende system med rapportering og tilbagemelding om hændelser kan fungere.

Det bør også sikres at både overordnede og detaljerede initiativer for patientsikkerhed er koordineret med den nationale kvalitetsmodel og en forberedelse til akkreditering i det danske sundhedsvæsen.

Endelig er det væsentligt også at understrege, at det primære når det gælder arbejdet med patientsikkerhed, er en aktiv indsats overfor patienter der konkret har været udsat for hændelser / pådraget sig skader. Dette bør også indgå i nationale og lokale målsætninger for patientsikkerhed. Ved etableringen af et rapporterings - og tilbagemeldingssystem for hændelser, bør der gøres en indsats for at kortlægge og tage hensyn til patienters og andre interessenters forventninger og krav i det omfang det fremmer og er foreneligt med det overordnede patientsikkerhedsformål. Det bør ligeledes vurderes hvorledes offentligheden mest hensigtsmæssigt kan få indsigt i rapporterede hændelser efter en anonymisering af navne på personale og lokaliteten for en hændelse.

Anbefalinger for procedurer og praksis for et rapporterings – og tilbagemeldingssystem i sundhedsvæsenet

Hvilke hændelser skal / bør rapporteres?

det anbefales

at der sker rapportering af hændelser ved anvendelse af modellen obligatorisk plus skøn. Forskellige modeller for rapportering og andre tilhørende aspekter er beskrevet nøjere i vedlagte bilag¹. Der bør udarbejdes en liste over hændelsestyper som bør rapporteres obligatorisk, listens omfang bør være begrænset i en startfase. Hændelser på listen bør være beskrevet på et generisk og udetaljeret niveau (f.eks. "faldulykke"). Der bør også peges på muligheden for at sektorerne (specialer, praksis, klinikker etc.) kan vælge at tilføje emner ud over de, der er obligatoriske. Ligeledes kan en fælles liste suppleres lokalt efter andre kriterier, eller være f.eks. national, amtslig eller område - / fagspecifik (f.eks. en for plejehjem, en for tandlæger osv.). Desuden bør der kunne ske en skønsmæssig rapportering af hændelser, som ud fra en uformel og gerne umiddelbar betragtning *måske* kunne have været undgået, og som personalet finder kunne rumme mulighed for læring hos andre.

Hvordan skal en hændelse beskrives når den rapporteres?

det anbefales

at der udvikles en fælles national systematik for beskrivelse og analyse af hændelser, deres årsager og mulige forebyggelsesinitiativer. En fælles systematik vil medvirke til at fremme udveksling af information, fælles læring samt identifikation af årsagsmønstre og udviklingstendenser. Rapporteringen bør tilrettelægges elektronisk og koordineres med allerede eksisterende dokumentation for ikke at indføre unødigt dobbeltarbejde.

Hvordan skal det være for personalet at rapportere en hændelse - også hvis det har været en belastende oplevelse?

det anbefales

at der forefindes let og enkel adgang for personalet til rapportering. I en travl hverdag har det betydning at rapportering ikke bliver en ekstra uoverkommelig byrde. Er det personer fra sundhedspersonalets egne faggrupper, der tager imod rapportering om hændelser lokalt, betyder det mindre barriere mod at tale om hændelser. En uddybende dialog mellem modtageren og den rapporterende giver en afgørende mulighed for at kvalificere rapporteringen af en hændelse. Den lokale modtager af rapporteringen kan efter anonymisering formidle hændelsen

videre til analyse mm. f.eks. til et amtsligt, regionalt eller nationalt informationscenter for hændelser og deres forebyggelse (m.a.o. et ubetinget fortroligt - system).

I forbindelse med en hændelse der har været en belastende oplevelse, kan det være af stor betydning for den enkelte at have mulighed for at "komme af med" oplevelsen ved at kunne tale med en person der er kvalificeret til denne funktion.

Skal der være åbenhed eller lukkethed om identiteten af den der rapporterer?

det anbefales

at der indføres et ubetinget fortroligt system til rapportering, således at der skelnes skarpt mellem disciplinære og lærende rapporteringsfunktioner.

I bilaget nuanceres forskellene mellem de forskellige grader af åbenhed på side 12.

Dermed videregives den rapporterendes navn ikke udover det helt lokale niveau. Et sådant system kan forventes at bidrage med en højere grad af åben atmosfære (sikkerhedskultur) om hændelser og fejl med deraf følgende større mulighed for læring og forebyggelse af nye hændelser.

Tilsvarende må det gælde for afdelinger / institutioner / praksis / kliniske enheder mm. at information om på hvilken lokalitet en hændelse har fundet sted, ikke videregives i statistikker over indrapporterede hændelser. En afdeling der bidrager engageret til forebyggelse af nye hændelser ved at rapportere mange hændelser, bør ikke risikere en "gabestokseffekt" sammenlignet med afdelinger der ikke rapporterer de forekommende fejl.

Kan personalet forventes at rapportere en hændelse, hvis det derigennem inkriminerer sig selv – eller støtter den eksisterende lovgivning med relation til "hændelser", at læring og forebyggelse har høj prioritet?

det anbefales

at der ses nøje på de juridiske forhold for personalet med det formål at vurdere om en revision af eksisterende lovgivning vil kunne fremme personalets interesse i at rapportere hændelser.

Ingen kan forventes at ville rapportere, hvis der er mindste risiko for at det fører til en sanktion – dvs. at det bl.a. bør sikres en meget klar adskillelse imellem disciplinære og sanktionerende instanser i forhold til rapporterings- / tilbagemeldingssystemer, der har "fra-hændelse-til-læring" som hovedformål.

Erfaringer fra ændring af luftfartslovgivningen bør inddrages, idet en revision af Luftfartsloven i 2001, betød at læring nu prioriteres frem for sanktioner. Det har givet en markant stigning i antal rapporterede hændelser og dermed efterfølgende kraftigt øgede muligheder for læring.

Hvad kan fremme sundhedspersonalets interesse i at rapportere hændelser?

det anbefales

at rapporteringen organiseres således at der kan foretages en hurtig og umiddelbar tilbagemelding, både lokalt til den rapporterende og senere centralt fra en fælles database.

Indrapportering er kun interessant hvis informationerne nyttiggøres ved spredning til andre, der får mulighed for at forebygge før den tilsvarende hændelse sker hos dem selv. Hurtige udmeldinger fra databaser fremmer motivationen til at bidrage for personale, der leverer data. Det virker fremmede at det bliver synligt for de rapporterende, at der kommer noget ud af besværet med rapportering. Der bør ske en behandling af hændelserne, der sikrer at tilbagemeldingen bliver praktisk anvendelig for målgrupperne. Det bør være enkelt at kunne omsætte information om hændelser til forandring eller forebyggende tiltag lokalt.

Hvordan bliver der reageret overfor personale involveret i en utilsigtet hændelse ?

det anbefales

at der samlet arbejdes med at udvikle de lokale sikkerhedskulturer og skabes tillid til hændelsesrapportering blandt al personale, og at ledelser er forpligtet til klart og tydeligt at give udtryk for opbakning og støtte til personalet i forbindelse med rapportering af hændelser. I forskelligt omfang kan en holdningsbearbejdning, der fremmer en forståelse for, at det er legitimt og vigtigt at fremkomme med information om hændelser, være nødvendig. Ledelserne bør gå forrest og udvise støtte og engagement i at der arbejdes med at fastholde og synliggøre rapporteringens positive effekt bl.a. ved at læringen hele tiden er på dagsordenen. Overfor medarbejdere bør der fra ledelsen være en principiel og konkret tydelig sondring mellem systemer til rapportering og læring på den ene side - og disciplinære systemer på den anden.

Hvordan støttes læring fra hændelser?

9. *det anbefales*

at sygehusejere sikrer at afdelingerne prioriterer læring fra utilsigtede hændelser højt som led i udviklingen af en patientsikkerhedskultur i sundhedssektoren. Tilsvarende anbefales for ledelser og kliniske enheder i den primære sundhedstjeneste. De enkelte afdelinger og enheder bør kunne vejledes mhp. læring fra rapporteringssystemet, dvs. vejledes om hvorledes, der aktivt kan arbejdes med håndteringen af utilsigtede hændelser i forbindelse med rapportering, analysemetoder, tilbagemelding, opfølgende uddannelsesinitiativer og hændelsesforebyggende ændringer i organisationen.

Kan anvendelse af allerede eksisterende information om hændelser optimeres ?

10. *det anbefales*

at der i sundhedsvæsenet sker udvidet og systematisk anvendelse og læring lokalt ud af allerede eksisterende information om hændelser fra klagesager, forsikringssager og tilsyn mm. Og at personalet fortsat kan sikres fortrolighed samtidig med at en udvidet læring ud fra disse hændelser, der f.eks. går via klagesystemet.

Patientklagenævnets indberetningssystem indeholder personidentificerbare data, som anonymiseres når de viderebringes til brug for læring. Der ligger et stort materiale om hændelser tilgængeligt for sygehusene i alle sager fra Patientklagenævnet, og ikke kun de hvor huset selv har været involveret. På det lokale niveau ser det ud som udnyttelse af den opsamlede viden vil kunne anvendes bedre. Der er endvidere hændelser som slet ikke håndteres i det etablerede klage- og erstatningssystem - det gælder f.eks. en del såkaldte systemfejl og eller næsten-fejl. Der vil især på det lokale niveau være et stort udviklingspotentiale med hensyn til at udnytte den opsamlede viden og omsætte den til praksis med henblik på forebyggelse. Det vil forudsætte at der placeres et ansvar i organisationen for håndtering af hændelser og opfølgning, således at læring kan finde sted.

Hændelser i forbindelse med anvendelse af medicinsk udstyr rapporteres, disse hændelser bør indgå aktivt i en kommende samlande indsats for udviklingen af patientsikkerhed. Lægemiddelstyrelsen overvåger sikkerhed for medicinsk udstyr gennem et godkendelsessystem og en indberetningspligt for såvel driftsansvarlige og medicinalpersoner i både privat og offentlig sundhedsvæsen. Uden for sygehusvæsenet er det alle, der arbejder med medicinsk udstyr, der har pligt til at anmelde hændelser - altså både læger, tandlæger, kiropraktorer, optikere, klinikpersonale, hjemmesygeplejersker, fysioterapeuter osv.

¹ *Rekommandationer for rapportering og tilbagemelding af utilsigtede hændelser på sygehuse. Delrapport IV fra Projekt om Utilsigtede hændelser på sygehuse - krav til registreringssystem.*

Udført for Indenrigs - og Sundhedsministeriet og Sundhedsforvaltningen i Københavns Amt af : *Institut for Sundhedsvæsen DSI, Forskningscenter Risø Forskningsprogrammet Sikkerhed, Pålidelighed og Menneskelige Faktorer, Dansk Institut for Medicinsk Simulation, Amtssygehuset i Herlev, i samarbejde med Enheden for Brugerundersøgelser for Københavns Amts Sygehusvæsen.*

August 2002.

Arbejdsgruppe 1

Rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet