



**Dansk Selskab
for Patientsikkerhed**

Til Folketingets Sundhedsudvalg

31. maj 2006

Vedrørende rapportering af utilsigtede hændelser

Hermed fremsendes anbefalinger til hvorledes rapporteringssystem for utilsigtede hændelser med fordel kan udvides, så:

- Patienter & pårørende gives mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser
- Rapportering af utilsigtede hændelser også bliver muligt uden sanktion i primærsektoren

Anbefalingerne er udarbejdet i regi af Dansk Selskab for Patientsikkerheds bestyrelse, der omfatter en lang række organisationer i det danske sundhedsvæsen. For så vidt angår anbefalingerne vedrørende primærsektoren, er disse endvidere koordineret med Dansk Selskab for Almen Medicin.

Det er Dansk Selskab for Patientsikkerheds håb, at anbefalingerne vil kunne realiseres via den kommende revision af Lov om Patientsikkerhed.

Såfremt Sundhedsudvalget skulle ønske en uddybning af anbefalingerne, stiller Dansk Selskab for Patientsikkerhed sig gerne til rådighed herfor.

Med venlig hilsen

Kristian Ebbensgaard
Formand

Beth Lilja Pedersen
Sekretariatschef

Anbefalinger vedrørende patientrapportering

Principielt bør det være muligt for både patienter og pårørende at kunne rapportere utilsigtede hændelser uanset hvilken sektor, de befinder sig i. For at kunne realisere dette mest hensigtsmæssigt anbefales det at afgrænse patient/pårørende-gruppen i forhold til at gælde de sektorer, som er omfattet af Lov om patientsikkerhed og dennes udvikling. Loven omfatter i dag sekundærsektoren og forventes at blive udvidet til også at omfatte primærsektoren.

Patienter og pårørende skal kunne rapportere alle former for utilsigtede hændelser. Der skal ikke være en egentlig afgrænsning.

Der anbefales et elektronisk rapporteringssystem. Der skal være en støttefunktion således, at patienter ved henvendelse til patientkontorer/patientvejledere kan få nødvendig hjælp til rapportering. Systemet skal være en kombination af afkrydsningsmuligheder og mulighed for rapportering via "fritekst". Rapporteringsskemaet bør ligge tæt op af det skema, som anvendes af det professionelle sundhedspersonale.

Der anbefales et fortroligt system med mulighed for anonymitet.

Rapporteringssystemet skal være et selvstændigt, lærende system adskilt fra de nuværende klage – og erstatningssystemer. Patienter/pårørende skal informeres om, at de ikke har adgang til aktindsigt i den videre behandling af deres rapportering.

Det anbefales, at det i forbindelse med lovgivningsprocessen sikres, at udelukkelsen af patienter/pårørende fra aktindsigt er holdbar i forhold til øvrig lovgivning.

Der bør udvikles en mulighed for fælles (patient og sundhedsfaglig person) rapportering.

Det anbefales, at der i sundhedsvæsenet indarbejdes en praksis, hvor patienten inden udskrivning spørges, om der er oplevelser, som patienter mener, bør rapporteres.

Patienter og pårørende bør opfordres til at rapportere hurtigst muligt og som hovedregel ikke senere end et halvt år efter, at hændelsen er sket.

Patienter og pårørende bør modtage en information om, at rapporteringen er modtaget. Informationen skal indeholde generelle oplysninger om, hvorledes indkomne data behandles samt en tydeliggørelse af, hvorledes læring af rapporteringerne sikres.

Den enkelte afdeling bør kunne følge rapporteringer, der vedrører egen afdeling, med mulighed for at sammenligne med personalets rapporteringer.

Det anbefales, at det sikres, at der sker en videreformidling til relevante instanser som f.eks. Lægemiddelstyrelsen.

Det anbefales, at rapporter fra patienter og pårørende analyseres og behandles på lige fod med rapporter fra det professionelle sundhedspersonale, og det derved sikres, at erfaringer opsamles med henblik på læring og forebyggende tiltag.

Patientrapportering

- Arbejdsgruppens rapport

Januar 2006

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. ARBEJDSGRUPPENS ANBEFALINGER	3
2. ARBEJDSGRUPPENS OPGAVER	5
2.1 Arbejdsgruppens medlemmer	5
3. BAGGRUND	6
3.1 Afgrænsning af patientgruppe – herunder perspektiver for udvikling	6
3.2 Definition af "utilsigtede hændelser"	7
3.3 Afgrænsning/ikke afgrænsning af hændelser, der skal rapporteres	9
3.4 Rapporteringssystem – herunder opbygning/struktur, anonymitet/ikke- anonymitet og tidsramme.....	9
Opbygning/struktur	9
Anonymitet/ikke anonymitet.....	10
Tidsramme	11
3.5 Opfølgning på patientrapportering i forhold til at uddrage mest mulig læring..	12
I relation til patient/pårørende	12
I relation til sundhedsvæsenet	12
Videreformidling til andre instanser.....	13
Analyse/bearbejdning af rapporteringerne	13
4. STATEMENT TIL KOMMISSORIETS PKT. 2	14
5. STATEMENTS TIL KOMMISSORIETS PKT. 3	15
BILAG.....	16
BILAG 1 KOMMISSORIUM: ARBEJDSGRUPPE VEDRØRENDE PATIENTRAPPORTERING..	17
BILAG 2 REFERAT AF MØDE MED ELISABETH DAVIES, PROJEKTLEDER, NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY.....	18
BILAG 3 DEFINITION AF UTILSIGTET HÆNDELSE.....	20
BILAG 4 VEJLEDNING I AT VURDERE EN HÆNDELSE /MATRIXSCORE.....	21
BILAG 5 FLOWDIAGRAM FOR SYSTEM FOR PATIENTERS RAPPORTERING AF UTILSIGTEDE HÆNDELSE.....	23
BILAG 6 RESUMÉ AF NY SUNDHEDSLOVGIVNING.....	24

Januar 2006

1. ARBEJDSGRUPPENS ANBEFALINGER

Nedenfor ses arbejdsgruppens anbefalinger, som er et resultat af gruppens arbejde med og drøftelser af problemstillingerne beskrevet i denne rapport's kapitel 2. Der er i arbejdsgruppen konsensus om at anbefale:

1. Principielt bør både patienter og pårørende kunne rapportere utilsigtede hændelser uanset hvilken sektor, de befinder sig i. Med henblik på mest hensigtsmæssigt at kunne realisere dette anbefales afgrænsning af patient/pårørende-gruppen i forhold til at gælde de sektorer, som er omfattet af Lov om patientsikkerhed og dennes udvikling. Loven omfatter i dag sekundærsektoren og forventes at blive udvidet til også at omfatte primærsektoren.
2. Det anbefales, at patienter og pårørende skal kunne rapportere alle former for utilsigtede hændelser. Der skal ikke være en egentlig afgrænsning.
3. Der anbefales et elektronisk rapporteringssystem. Der skal være en støttefunktion således, at patienter ved henvendelse til patientkontorer/patientvejledere kan få nødvendig hjælp til rapportering. Systemet skal være en kombination af afkrydsningsmuligheder og mulighed for rapportering via "fritekst". Rapporteringsskemaet bør ligge tæt op af det skema, som anvendes af det professionelle sundhedspersonale.
4. Der anbefales et fortroligt system med mulighed for anonymitet.
5. Det anbefales, at rapporteringssystemet er et selvstændigt, lærende system adskilt fra de nuværende klage – og erstatningssystemer. Patienter/pårørende skal informeres om, at de ikke har adgang til aktindsigt i den videre behandling af deres rapportering.
6. Det anbefales, at det i forbindelse med lovgivningsprocessen sikres, at udelukkelsen af patienter/pårørende fra aktindsigt er holdbar i forhold til øvrig lovgivning.
7. Det anbefales, at der udvikles en mulighed for fælles (patient og sundhedsfaglig person) rapportering.
8. Det anbefales, at der i sundhedsvæsenet indarbejdes en praksis, hvor patienten inden udskrivning spørges, om der er oplevelser, som patienter mener, bør rapporteres.
9. Det anbefales, at patienter og pårørende opfordres til at rapportere hurtigst muligt og som hovedregel ikke senere end et halvt år efter, at hændelsen er sket.
10. Det anbefales, at patienter og pårørende modtager en information om, at rapporteringen er modtaget. Informationen skal indeholde generelle oplysninger om, hvorledes indkomne data behandles samt en tydeliggørelse af, hvorledes læring af rapporteringerne sikres.

11. Det anbefales, at den enkelte afdeling kan følge rapporteringer, der vedrører egen afdeling, med mulighed for at sammenligne med personalets rapporteringer.
12. Det anbefales, at det sikres, at der sker en videreformidling til relevante instanser som f.eks. Lægemiddelstyrelsen.
13. Det anbefales, at rapporter fra patienter og pårørende analyseres og behandles på lige fod med rapporter fra det professionelle sundhedspersonale, og det derved sikres, at erfaringer opsamles med henblik på læring og forebyggende tiltag.

2. ARBEJDSGRUPPENS OPGAVER

Dette oplæg er udarbejdet for Dansk Selskab for Patientsikkerhed af en arbejdsgruppe nedsat i juni 2005. Selskabets bestyrelse har med vedtagelse af Arbejdsprogram 2005 besluttet, at der skulle nedsættes en arbejdsgruppe til at fremme patienternes inddragelse i patientsikkerhedsarbejdet (se bilag 1). Oplægget skal ses i forlængelse af Selskabets tidligere arbejde med patientinddragelse¹ og i bestyrelsens anbefaling om at også patienter bør kunne rapportere utilsigtede hændelser.

Ifølge kommissoriet skal arbejdsgruppen konkret afklare følgende spørgsmål:

1. Hvordan kan man etablere et system for at patienter kan rapportere utilsigtede hændelser til Dansk Patient Sikkerheds Database?
Besvarelsen vil danne grundlag for Bestyrelsens drøftelser af hvilke anbefalinger Selskabet har til den kommende revision af Lov om patientsikkerhed/Sundhedsloven.
2. Vil det være relevant at formulere 10 gode råd til patienter og pårørende? Her tænkes særligt på plejehjem og hjemmeplejen.
3. Selskabet har tidligere udarbejdet et læringssæt med viden og redskaber til fremme af sundhedsprofessionelles arbejde med patientsikkerhed. Hvilke redskaber og "vidensmaterialer" vil være relevante for patienterne – ikke mindst i relation til patienten som sidste barriere for utilsigtede hændelser, samt patienter der har været udsat for en utilsigtet hændelse?

Oplægget forelægges såvel skriftligt som mundtligt til et bestyrelsesseminar d. 21. november 2005.

Arbejdsgruppen har afholdt fire møder samt en aften med erfaringsudveksling med projektleder Elisabeth Davies, National Patient Safety Agency, England (se bilag 2).

Tekstbidragene fra arbejdsgruppens medlemmer og diskussionerne på møderne er grundlaget for oplægget.

2.1 Arbejdsgruppens medlemmer

Lene Witte, Gigtforeningen, formand for arbejdsgruppen
Eva Glistrup, De Samvirkende Invalideorganisationer
Trine Friis, Amtsrådsforeningen
Elisabeth Brøgger Jensen, H:S Enhed for Patientsikkerhed
Doris Østergaard, Den Almindelige Danske Lægeforening
Britt Wendelboe, Dansk Selskab for Patientsikkerhed
Valborg Andersen, Gigtforeningen, referent

¹ Inddragelse af patienter og pårørende som ressourcepersoner i patientsikkerhed, Arbejdsgruppe 2, 2002. Patienter og pårørende som alliancepartnere i patientsikkerhedsarbejdet, rapport fra arbejdsgruppe, 2003

3. BAGGRUND

3.1 Afgrænsning af patientgruppe – herunder perspektiver for udvikling

I henhold til den nuværende lovgivning er det kun sundhedspersonale, der skal rapportere utilsigtede hændelser. I bemærkningerne til forslag til ny sundhedslov står der imidlertid, at den nuværende rapporteringsordning skal vurderes, når den har været i drift i 2 år, og at der ud fra disse erfaringer skal vurderes, hvorvidt der skal etableres en rapporteringsadgang for praksissektoren samt patienter og pårørende.

Der er i arbejdsgruppen enighed om, at det er hensigtsmæssigt, at patienter og deres pårørende skal kunne rapportere.

Principielt bør patienter og pårørende kunne rapportere om utilsigtede hændelser uanset hvilken sektor, de befinder sig i.

Med henblik på umiddelbart at kunne realisere en mulighed for patientrapportering afgrænses patientgruppen i forhold til at gælde de sektorer, som er omfattet af Lov om patientsikkerhed og dennes udvikling.

I dag er sekundærsektoren omfattet, og loven forventes at blive udvidet til også at omfatte primærsektoren. Det er forventeligt, at der også i primærsektoren vil være brug for en "modningstid" forud for implementering af patientrapportering. Det er dog afgørende, at patientrapporteringens vinkel indtænkes fra starten i udviklingen af systemet for rapportering af utilsigtede hændelser i primærsektoren. Ligeledes er det afgørende, at systemerne for rapportering af utilsigtede hændelser for både primær- og sekundærsektoren koordineres således, at systemerne umiddelbart kan "spille sammen" og gå på tværs.

Forslaget tager udgangspunkt i en formodning om, at implementering af et patientrapporteringssystem i startfasen bedst mulig forankres i et system, hvor rapportering er "kendt", og samtidig med forventning om, at muligheden for patientrapportering på sigt skal gælde hele sundhedsvæsenet – uanset hvor patienten befinder sig.

3.2 Definition af "utilsigtede hændelser"

Vi har valgt i dette oplæg at anvende begrebet "utilsigtede hændelser". Vi er bevidste om, at begrebet kan være vanskeligt at forklare, så det er forståeligt for patienter/pårørende. I forbindelse med implementering af systemet skal det afklares hvilken terminologi, der forstås bedst.

Nedenstående oversigt viser den officielle definition, som herefter er søgt 'oversat' til almindelig daglig tale:

Officiel definition	Patientvenlig definition
<p>Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der er en følge af behandling eller ophold på sygehus, og som ikke skyldes patientens sygdom, og som samtidig enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller på grund af andre omstændigheder ikke indtraf. Utilsigtede hændelser omfatter både på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl.</p> <p>(Lov om patientsikkerhed § 2, stk. 1).</p> <p>En begivenhed, der medførte skade eller kunne have medført skade og som er en følge af undersøgelse, behandling eller pleje eller mangel herpå, og som ikke skyldes patientens underliggende sygdom. Utilsigtede hændelser dækker både komplikationer og egentlige fejl. (Patientsikkerhed i H:S Handlingsplan II, 2005-2008).</p> <p>DPSD hændelsestyper:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ved medicinering skal du rapportere klinisk betydende hændelser opstået i forbindelse med ordination, dispensering, administration eller dokumentation.2. Ved operative/invasive procedurer skal du rapportere klinisk betydende hændelser opstået i forbindelse med forberedelse, gennemførelse og opfølgning af operative indgreb og undersøgelsesprocedurer, som indebærer	<p>En utilsigtet hændelse kan kendes ved, at man som patient/klient/borger eller pårørende tænker: 'Det, der skete her, burde ikke være sket. Det indebærer en risiko eller har betydning for min eller min pårørendes behandling. Dette vil jeg være sikker på, at fagfolkene lærer af, både på det aktuelle behandlingssted og mere generelt.</p> <p>Sagt med andre ord, så er en utilsigtet hændelse en begivenhed, som medfører skade eller risiko for skade.</p> <p>Hændelsen er utilsigtet, fordi de fagfolk, der er involveret ikke har til hensigt at skade andre. De vil tværtimod gerne være hændelsen foruden. Utilsigtede hændelser kan ske, hvis der fx er huller i sikkerhedssystemer, problemer med teknisk udstyr og apparatur, uhensigtsmæssige forhold i tilrettelæggelse af arbejdet, misforståelser eller tab af kommunikation.</p> <p>Eksempler på utilsigtede hændelser:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Medicineringsfejl Pia Olsen og Pia Olsson er indlagt på den samme afdeling. Ved en fejl får Pia Olsson medicin, som skulle være givet til Pia Olsen. Der skete ikke skade på patienten. Hændelsen skete pga. en ikke tilstrækkelig identifikation af patienten

gennembrydning af hud eller slimhinde eller, at man indfører apparatur gennem de naturlige kropsåbninger.

3. Ved andre hændelser af alvorlig karakter forstås, at hændelsen resulterede i betydelig øget udrednings/behandlingsintensitet, herunder overflyttelse til anden afdeling/afsnit. I denne sammenhæng vil en hændelse endvidere have alvorlig karakter, hvis den kan forekomme op til flere gange inden for et år på det pågældende sygehus under uændrede omstændigheder.

Du skal ikke rapportere kendte komplikationer og bivirkninger ved medicin.

H:S Hændelsestyper:

Kriteriet er, at alle betydende hændelser, hvor der skete patientskade eller hvor der kunne være sket skade, og hvor der er risiko for gentagelse og potentiale for læring skal rapporteres.

Visse typer af hændelser, hvor der erfaringsmæssigt er et stort volumen eller hvor det har særlig værdi at iværksætte forebyggende foranstaltninger, skal rapporteres. Det drejer sig om:

- Medicineringsfejl – ordination, dispensation, administration, dokumentation samt bivirkninger*
- Patientfald med skade
- Patientskade eller potentiel skade som følge af at (døgnindlagte) patienter er glemt, bortkommet eller har forladt hospitalet
- Selvmord og selvmordsforsøg
- Patientskade eller potentiel skade som følge af brand eller ildspåsættelse
- Pludseligt uventet hjertestop eller uventet dødsfald
- Hændelser i forbindelse med operation/invasive indgreb, herunder forvekslingskirurgi/-indgreb
- Hændelser i forbindelse med anæstesi
- Svigt af medikoteknisk eller medicinsk udstyr, it-udstyr og anden teknik, som

inden medicingivning.

Som følge af hændelsen strammede afdelingen op på proceduren for identifikation af patienter.

▪ Faldhændelser

En nyopereret patient, Hr. Olsen står ud af sengen om natten for at gå på toiletet. Patienten falder og brækker hoften, fordi han stadig er døsigt efter bedøvelsen. Patienten må gennemgå endnu en operation og en langvarig genoptræning.

Som følge af hændelsen tilses nyopererede patienter hyppigere om natten. Patienterne informeres om, at de ikke selv må stå ud af sengen den første nat efter operationen. Herudover blev der etableret bedre nat belysning på sengestuerne.

▪ Forvekslingskirurgi

Inge Nielsen skal have indsat en ny hofte på højre side. Kirurgen indsætter en protese, beregnet til venstre side i stedet for en højresidig protese. Konsekvensen for patienten er en mindre veltilpasset protese.

For at undgå lignende hændelser indfører firmaet, der fremstiller disse proteser en forskellig farvemærkning af alle proteser (røde højresidige og grønne venstresidige) og kun proteser til enten højre eller venstre side tages med på operationsstuen. Forud for operationen har patient og kirurg sammen bekræftet korrekt operationsside.

▪ Medicineringsfejl

Anne Petersen bliver indlagt på hospitalet, afkræftet og med blødninger fra munden. Årsagen til patientens symptomer viser sig at være en forgiftning med methotrexate. Methotrexate er tabletter, der hjælper mod gigt og skal tages én gang om ugen. På grund af misforståelser i kommunikationen er der i patientens eget hjem lagt tabletter methotrexate i

<p>medførte eller kunne have medført patientskade*</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uventede problemer i forbindelse med overflytninger eller væsentlige brud i kontinuitet i behandling og pleje ▪ Graviditets- og fødselsbetingede maternelle dødsfald ▪ Intrapartum dødsfald hos fuldbårne nyfødte ▪ Verificerede transfusionsreaktioner* ▪ Hospitalserhvervede infektioner* <p>De med * markerede hændelser rapporteres af de kliniske afdelinger kun et sted ifølge hospitalets procedurer.</p>	<p>patientens doseringsæsker, så hun har fået medicinen hver dag gennem nogen tid.</p> <p>For at undgå en lignende hændelse sikrer hjemmeplejen, at der på medicinsedlen bliver skrevet med store bogstaver og rød skrift 'Pas På! Methotrexate skal kun gives én gang om ugen'. Hjemmeplejen sørger for, at der i borgerens hjem bliver lagt en særlig doseringsæske, mærket med 'Methotrexate' og den ugedag, hvor medicinen skal gives.</p>
---	--

3.3 Afgrænsning/ikke afgrænsning af hændelser, der skal rapporteres

Da der ikke på samme måde som i relation til personalet kan stilles krav om, at en patient skal rapportere, men at det er en mulighed for at få yderligere information om utilsigtede hændelser med det formål at sikre læring og etablere forebyggende tiltag, bør et patientrapporteringssystem udformes, så alt kan rapporteres. Systemet skal samtidig sikre, at den relevante viden videreformidles til andre instanser.

Som udgangspunkt kan alle hændelser – såvel de skadevoldende som ikke skadevoldende samt nærhændelser – rapporteres, hvorfor der ikke er indarbejdet en afgrænsning for rapportering af hændelser. Se bilag 3.

Da det ikke kan forventes, at patienter og pårørende kan skelne mellem komplikationer og egentlige fejl, kan begge rapporteres. I det lys kan man hævde, at komplikationer er 'morgendagens fejl', hvorfor der også her kan være potentiale for læring. Det kan overvejes at linke dette til de allerede eksisterende databaser.

Såfremt en patient eller pårørende rapporterer om bivirkninger af medicin, må det sikres at data formidles til de berørte fagpersoner, herunder Lægemiddelstyrelsen.

Såfremt en patient eller pårørende rapporterer en hændelse, hvori der indgår medicinsk udstyr, må der sikres et system for videre formidling til Lægemiddelstyrelsen af de problemer, der måtte være med udstyret.

3.4 Rapporteringssystem – herunder opbygning/struktur, anonymitet/ikke-anonymitet og tidsramme

Opbygning/struktur

De nuværende rapporteringer fra sundhedspersonale sker elektronisk til Sundhedsstyrelsens database Dansk Patient Sikkerheds Database.

Arbejdsgruppen anbefaler at anvende den samme rapporteringsordning til patientrapporteringer. Dels bør en rapporteringsordning understøtte den udvikling, som er sat i gang med elektronisk kommunikation offentlige myndigheder imellem, dels vil databehandlingen af de indkomne rapporteringer efterfølgende være betydeligt nemmere at anvende analytisk.

Det nuværende rapporteringsskema indeholder imidlertid spørgsmål og formuleringer, som enten ikke kan udfyldes af patienter, eller som vil være vanskeligt at forstå for patienter. Derfor bør det i forbindelse med rapportering være muligt at vælge mellem to forskellige skemaer: Et til sundhedspersonale og et til patienter. Rapporteringsskemaet til patienter bør dog i høj grad ligge meget tæt op af rapporteringsskemaet for sundhedspersonale for, at der kan være en sammenligning af rapporteringerne. Imidlertid er der stor mulighed for rapportering via fritekst i rapporteringsskemaet, som sundhedspersonale anvender. Arbejdsgruppen anbefaler, at rapporteringsskemaerne udformes som en kombination af afkrydsningsskema og fritekst.

Ved udformning af rapporteringsskemaet for patientrapporteringer bør erfaringerne fra projektet "Mellemmenneskelige relationer" og de årlige landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser også inddrages. Og det vil være relevant at pilotteste rapporteringsskemaet på et par sygehusafdelinger i et stykke tid eventuelt koblet med fokusgruppeinterviews forud for landsdækkende iværksættelse af en patientrapporteringsordning.

Arbejdsgruppen anbefaler, at patienter primært rapporterer elektronisk. I organiseringen af patientsikkerhedsarbejdet i de enkelte amter (regioner) og kommuner skal det besluttes, hvorledes man kan informere og vejlede patienterne om muligheden og brugen af den elektroniske rapporteringsform. I de tilfælde, hvor patienter ikke finder det muligt at rapportere elektronisk, skal det være muligt for patienterne personligt, skriftligt eller telefonisk at kontakte amternes patientvejledere eller patientkontorer med henblik på at få hjælp til, at rapportering kan ske.

Samtidig anbefaler arbejdsgruppen, at der bliver indarbejdet en praksis for sundhedspersonalet om, at patienterne inden udskrivning spørges, om der er noget patienterne har oplevet, som de finder, skal rapporteres.

Anonymitet/ikke anonymitet

Det nuværende rapporteringssystem for sundhedspersonale er et konfidentielt (fortroligt) system. Det betyder, at en sundhedsperson, der rapporterer en hændelse, almindeligvis oplyser personlige kontaktoplysninger, men oplysningerne behandles fortroligt og rapportering til det nationale niveau sker i anonymiseret form. Sundhedspersonen kan dog vælge at rapportere anonymt, men det sker sjældent i praksis.

Hovedargumentet for, at man ønsker, at sundhedspersonen ikke rapporterer anonymt er, at det giver mulighed for indhentning af yderligere oplysninger i forbindelse med analysen af hændelsen.

Ved patientrapportering anbefaler arbejdsgruppen, i lighed med det eksisterende system, et fortroligt system med mulighed for anonymitet. Den, der rapporterer, skal opfordres til at opgive sine kontaktoplysninger, behandlingsstedet og gerne navn og cpr.nr. for patienten, der var udsat for den utilsigtede hændelse. Det vil gøre det muligt at få yderligere informationer både om selve hændelsen, om mulige årsager til hændelsen samt mulige initiativer, der kan forhindre hændelsen i at opstå igen.

Hvis man kan identificere patienten og kan henvende sig til denne, er der desuden mulighed for at følge op på behandlingsforløbet. Det kan f.eks. være at begrænse en skades omfang eller indkalde patienten til ekstra undersøgelser. Endelig vil det være muligt at opfordre patienten til at henvende sig til Patientforsikringen, så patienten i relevante tilfælde sikres erstatning. Da det må forudses, at det for den enkelte patient kan være vanskeligt at forstå forskellen på rapportering, klage og ansøgning om erstatning er det vigtigt, at den patient, der vælger at rapportere til patientsikkerhedssystemet, ikke afskæres fra at modtage opfølgende behandling eller erstatning. Derimod skal det ikke være muligt at videregive oplysninger fra rapporteringen til patientklagesystemet.

Selv om den, der rapporterer, normalt ikke vil modtage underretning om resultatet af en analyse, kan det i særlige tilfælde være et naturligt forløb, at ledelsen i en afdeling – typisk i forbindelse med en hændelse med katastrofale følger – har kontakt over tid med patient eller pårørende og i den forbindelse vil underrette patienten/de pårørende om ændringer, der er foretaget som en følge af analysen.

Det er en forudsætning for bedst mulig læring, at der kan gennemføres en analyse af hændelsen, hvor det involverede personale kan udtale sig frit og med vished for, at §6 i Lov om Patientsikkerhed fortsat er gældende, således, at udtalelserne ikke bliver anvendt af det sanktionerende system.

Hvis man udleverer materiale fra analysen til patienten, kan ingen herefter hindre denne i at videregive materialet, f.eks. til Patientklagenævnet eller pressen. For at opnå en åben medvirken fra personalet, må man derfor afskære patienten fra aktindsigt i sagen.

I forbindelse med en udvidelse af loven til også at omfatte patientrapportering skal håndtering af sammenhængen mellem patientrapportering og anmeldelse til patientforsikringen overvejes.

Ligeledes er det afgørende, at Sundhedsministeriet tager initiativ til en juridisk udredning vedrørende et fortroligt system. I forbindelse med lovgivningsprocessen skal det sikres, at udelukkelsen af patienter fra aktindsigt er holdbar i forhold til både den nationale og den internationale lovgivning. Sidstnævnte tænkes særligt i forhold til EU lovgivning og internationale konventioner.

Arbejdsgruppen forudser, at det kan blive vanskeligt at kommunikere denne del ud til patienterne, så det vil blive afgørende, at der i informationsmaterialet vedrørende systemet gøres meget ud af, at få værdien af et fortroligt system formidlet.

Tidsramme

I den nuværende rapporteringsordning for sundhedspersonale skal der rapporteres snarest muligt og senest 7 dage efter sundhedspersonen er blevet opmærksom på, at hændelsen er sket. Dvs. at der i visse tilfælde godt kan rapporteres senere end 7 dage, at hændelsen er sket, alt efter hvornår sundhedspersonen er blevet opmærksom på hændelsen.

Når det drejer sig om rapporteringer fra patienter vil det være relevant fortsat at have en tidsramme for, hvor lang tid, der maximalt kan gå fra, at hændelsen er sket, og til den kan rapporteres. Det skal dog nok overvejes, at tidsrammen vedrørende rapporteringer fra patienter skal være længere end den, der gælder for sundhedspersonale.

Omvendt må der ikke gå alt for lang tid, inden der rapporteres, idet detaljer kan gå tabt for patienten samtidig med, at hændelsen bliver vanskelige at identificere på sygehusafdelingen. Der kan imidlertid gå lidt tid, inden en patient bliver opmærksom på, at der ser sket en utilsigtet hændelse, som bør rapporteres.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der rapporteres hurtigst muligt og gerne inden patienten forlader sygehusafdelingen. Ellers bør rapportering som hovedregel ikke ske senere end et halvt år efter, at hændelsen er sket.

3.5 Opfølgning på patientrapportering i forhold til at uddrage mest mulig læring

Det skal pointeres at rapporteringssystemet skal ses som et lærende system, som ikke giver mulighed for individuel behandling af enkelt sager og som er adskilt fra Patientklagesystem. Der er således tale om et ikke sanktionerende system.

I relation til patient/pårørende

Den rapporterende bør som minimum modtage en information om, at rapporteringen er modtaget og behandles. Endeligt bør der gives information om, hvad der sker med de indkomne data – dette kan være ved en henvisning til diverse opgørelser over hændelser og beskrivelse af hændelser, så patienten kan se at der samles data. Det bør være tydeligt for patienten, hvordan der sikres læring af hændelsen.

I nogle tilfælde ønsker patienten yderligere information om konsekvenser af en hændelse, men ønsker samtidig ikke at den involverede behandler eller behandlende institution informeres. Her kan det handle om at henvise til patientvejleder eller anden uvildig instans, som f.eks. patientens praktiserende læge.

Et link til relevante hjemmesider, faglige organisationer eller patientorganisationer kunne være en mulighed for at hjælpe patient med yderligere information.

I relation til sundhedsvæsenet

Den enkelte afdeling bør kunne følge, hvor mange patientrapporteringer, der indsendes fra egen afdeling og en mulighed for at sammenligne med personalets rapporteringer – både i relation til antal men også i relation til indhold: Giver patientens rapport en ny vinkel på, hvordan hændelsen er opstået, og hvordan

hændelsen kunne forhindres? Afdelingen får en pejling af grad af modenhed af sikkerhedskultur ved at sammenligne rapportering fra personale og patienter.

Ideelt set burde det være muligt at identificere patienten, specielt ved alvorligere hændelser for at kunne følge op på konsekvenser for patienten, som tidligere beskrevet.

Videreformidling til andre instanser

Det bør sikres, at der sker en videreformidling til relevante instanser, som f.eks., Lægemiddelstyrelsen (se ovenfor).

Analyse/bearbejdning af rapporteringerne

En rapport fra en patient eller pårørende må – på lige fod med de rapporter, der kommer fra de professionelle – scores i forhold til faktisk og/eller potentiel patientskade og skønnet hyppighed for forekomst. Et velegnet redskab til dette er SAC-scoren (Safety Assessment Code). Se bilag 4.

Afhængig af SAC-score behandles rapporterne typisk på denne måde:

- Score 3 hændelser – faktisk – udløser en kerneårsagsanalyse
- Score 2 hændelser – faktisk og potentielt – og hændelser med potentiel score 3 udløser aggregeret kerneårsagsanalyse
- Score 1 hændelser følges der op på lokalt på stedet, hvor hændelsen skete.

Alle amter anvender i dag ovennævnte analysemetoder. Der er dog forskellige andre tilgange til analyse af hændelser. Alt andet lige er analysemetode underordnet; det vigtigste er, at de rapporterede hændelser bliver samlet op og behandlet, så der kommer læring ud af analyserne samt forebyggende tiltag, der kan forhindre en lignende hændelse.

På nuværende tidspunkt er udfordringen at gennemføre forebyggende tiltag, der har den størst mulige effekt og bidrager til læring såvel lokalt, dér hvor hændelsen skete som nationalt, såfremt der er grundlag for dette. Af bilag 5 fremgår et flowdiagram, som illustrerer det beskrevne system for patienters rapportering af utilsigtede hændelser.

4. STATEMENT TIL KOMMISSORIETS PKT. 2

Arbejdsgruppen skulle ifølge kommissoriets pkt. 2 afklare følgende spørgsmål:
Vil det være relevant at formulere 10 gode råd til patienter og pårørende?
Her tænkes særligt på plejehjem og hjemmeplejen.

- Det er arbejdsgruppens holdning, at det ikke på nuværende tidspunkt er hensigtsmæssigt at udarbejde 10 gode råd til patienter og pårørende med særlig relation til plejehjem og hjemmeplejen.
- Arbejdsgruppen mener, at de nuværende 10 gode råd, dels er udformet/formuleret så bredt, at de også langt hen ad vejen er anvendelige i primærsektoren, dels er der brug for ro til implementering af de allerede formulerede råd.

5. STATEMENTS TIL KOMMISSORIETS PKT. 3

Arbejdsgruppen skulle ifølge kommissoriets pkt. 3 afklare følgende spørgsmål: Selskabet har tidligere udarbejdet læringssæt med viden og redskaber til fremme af sundhedsprofessionelles arbejde med patientsikkerhed. Hvilke redskaber og "vidensmaterialer" vil være relevant for patienterne – ikke mindst i relation til patienten som sidste barriere for utilsigtede hændelser, samt patienter der har været udsat for en utilsigtet hændelse?

- Arbejdsgruppen forslår, at et læringssæt målrettes patientrepræsentanter.
- Forslag til læringssættets indhold:
 - eksempelsamling, hvor patienter forebygger utilsigtede hændelser
 - materiale vedrørende Selskabets "dagbogsprojekt"
 - de 10 gode råd
 - generel information om rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser
 - konkrete eksempler på rapporteringer
 - generel information om praktisk håndtering af rapporteringerne
 - generel information om Lov om patientsikkerhed
 - information om andre patientrapporteringsmuligheder
- Arbejdsgruppen forslår, at der i Dansk Selskab for Patientsikkerheds regi udarbejdes et konkret læringssæt, og at der i den forbindelse nedsættes en sparringsgruppe.

BILAG

BILAG 1 KOMMISSORIUM: ARBEJDSGRUPPE VEDRØRENDE PATIENTRAPPORTERING

Selskabets Bestyrelse har med vedtagelse af Arbejdsprogram 2005 besluttet, at der skal nedsættes en arbejdsgruppe til at fremme patienternes inddragelse i patientsikkerhedsarbejdet. Opgaven skal ses i forlængelse af Selskabets tidligere arbejde med patientinddragelse² og i Bestyrelsens anbefaling om at også patienter bør kunne rapportere utilsigtede hændelser.

Forretningsudvalget har derfor i maj nedsat følgende arbejdsgruppe og udpeget NN til at varetage formandskabet:

NN
NN
NN

Konkret skal arbejdsgruppen afklare følgende spørgsmål:

1. Hvordan kan man etablere et system for at patienter kan rapportere utilsigtede hændelser til Dansk Patient Sikkerheds Database?
Besvarelsen vil danne grundlag for Bestyrelsens drøftelser af hvilke anbefalinger Selskabet har til den kommende revision af Lov om patientsikkerhed/Sundhedsloven.
2. Vil det være relevant at formulere 10 gode råd til patienter og pårørende?
Her tænkes særligt på plejehjem og hjemmeplejen.
3. Selskabet har tidligere udarbejdet læringssæt med viden og redskaber til fremme af sundhedsprofessionelles arbejde med patientsikkerhed. Hvilke redskaber og "vidensmaterialer" vil være relevant for patienterne – ikke mindst i relation til patienten som sidste barriere for utilsigtede hændelser, samt patienter der har været udsat for en utilsigtet hændelse?

Det er formandskabets ansvar at der bliver udarbejdet en afrapportering til bestyrelsen med de svar og anbefalinger som arbejdsgruppen kan nå til konsensus om. Såfremt formandskabet ikke ønsker at varetage rollen som sekretær for arbejdsgruppen, vælger arbejdsgruppen en af gruppens medlemmer til denne opgave. Selskabets sekretariat planlægger indledningsvis i samarbejde med formandskabet en møderække for arbejdsgruppen og indkalder til første møde. Sekretariatet vil endvidere deltage i møderne for at bidrage med viden i bedst muligt omfang samt stille lokaler til rådighed såfremt dette ønskes.

Tidshorisont:

Arbejdsgruppen udarbejder et oplæg til debat som fremlægges på Bestyrelsens seminar i november, og færdiggør på baggrund af Bestyrelsens drøftelser og anbefalinger en endelig rapport – dog senest ved udgangen af januar 2006.

² Inddragelse af patienter og pårørende som ressourcepersoner i patientsikkerhed, Arbejdsgruppe 2, 2002. Patienter og pårørende som alliancepartnere i patientsikkerhedsarbejdet, rapport fra arbejdsgruppe, 2003.

BILAG 2 REFERAT AF MØDE MED ELISABETH DAVIES, PROJEKTLEDER, NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY

Kort opsummering af møde den 10. oktober

Mødedeltagere

Elisabeth Davies, Trine Friis, Elisabeth Brøgger, Eva Glistrup, Britt Wendelboe, Doris Østergaard, Lene Witte og Valborg Andersen.

Der var afbud fra Jørgen Hansen, Sundhedsstyrelsen og Camilla Villumsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Baggrund

I England (National Patient Safety Agency) har man netop afsluttet et omfattende pilotprojekt med webbaseret patientrapportering. Elisabeth Davies er projektleder. Projektet har pt. forløbet over to år.

Evalueringerne af pilotprojektet er endnu ikke afsluttet.

Som baggrundsmateriale for mødet havde arbejdsgruppen fået tilsendt et udkast af "Public & Patient Reporting Dataset (Final)".

Udviklingen / konteksten for patientrapportering i England

- Ikke en del af klagesystemet og rapporteringerne bliver ikke efterfølgende "undersøgt". Det er et lærende system og et ikke-sanktionerende system, hvilket har været svært at kommunikere ud til patienterne.
- Elisabeth Davies mener, at man ved udnyttelse af den information, man har fra klagesager vil kunne styrke patientsikkerhedsvinkel betydelig.
- Systemet er udviklet ud fra patientvinklen ligesom der er et særskilt rapporteringssystem for professionelle.
- En balancegang hvad der er mest hensigtsmæssigt for hhv. patienten og NPSA
- NPSA har gennem forberedelsesfasen og under pilottesten samarbejdet med organisationer, som har tæt kontakt til patienter.
- NPSA har i udviklingen fokuseret meget på, hvordan man får oplysninger *ind* i systemet. Det er uklart, hvordan man vil få noget *ud* af systemet.

Elektronisk rapportering

- Elektronisk rapportering er ikke patienternes foretrukne, hvorimod en telefonisk kontakt er mere ligitil. Gennem de sidste par år, har NPSA fået ca. 300-400 ikke-elektroniske rapporter fra patienter.
- Den elektroniske rapportering er en direkte rapportering til et interaktivt rapporteringssystem. Patienten bliver guidet igennem rapporteringen og guidet til "at tænke patientsikkerhed" ved at der i systemet undervejs angives forskellige muligheder. Der er ikke en egentlig definition af "en utilsigtet hændelse". Forslag på mødet til en definition: "This could have been better".
- Indledningsvist har man skrevet en række nøglespørgsmål og svar (FAQs) angående rapporteringssystemet.
- Rapporteringssystemet er en kombination af spørgsmål og "fritekst/patientens egne ord"
- Man kan til en hver tid "stoppe" sin rapportering.

- Gennemsnitlig tager det 12 min. at udfylde skemaet.
- Der laves ikke sammenligninger mellem rapporteringer fra professionelle og patienter. Der er tale om to adskilte rapporteringssystemer.
- Hyppige patientrapporteringsemner:
 - Kommunikation
 - Fald
 - Medicin
 - Hygiejne
- Patienterne rapporterer anonymt.
- En stor del af rapporteringerne vedrører hændelser, der har fundet sted for et stykke tid siden, og den største del vedrører hændelser, som allerede har været behandlet i klagesystemet.
- Rapporterne analyseres af et nationalt team og ikke lokalt. Det er ikke muligt at gå tilbage til patienten for at få uddybet rapporteringen /mere information. Systemet giver således heller ikke mulighed for, at fagpersonale lokalt kan orienteres. Elisabeth Davies var godt klar over, at der er et problem med vidensdeling i forhold til det lokale niveau. NPSA ser derfor på, hvorvidt det er muligt at tilføje en mulighed, hvor patienten kan vælge, at det sted hvor hændelsen skete også automatisk får en kopi af rapporten. Elisabeth Davies forventede en del teknisk besvær pga. et uendeligt antal steder.
- Patienterne får ikke direkte/individuel tilbagemelding på rapporteringerne. Der gives indledningsvist en overordnet information om, hvorledes rapporteringerne anvendes.
- I pilotprojektet har de ikke fået "nonsens-rapporter"
- Det forventes, at generel patientrapportering til NPSA bliver en mulighed fra februar 2006.
- De er pt. ikke kommet frem til et estimat i forhold til, hvor mange patientrapporteringer, de kan forvente.

Link

<http://www.npsa.nhs.uk/ppr>

BILAG 3 DEFINITION AF UTILSIGTET HÆNDELSE

Utilstede hændelser				
Skadevoldende utilstet hændelse		Ikke skadevoldende utilstet hændelse		
Egentlige hændelser			Nærhændelser	
Komplikation	Fejl			
Ikke forebyggelige	Forebyggelige	Forebyggelige	Forebyggelige	Forebygget
Ingen skade, da patienten var robust.	Blev forhindret ved et tilfælde.	Forebygget på grund af en velfungerende sikkerhedskultur.		
En patient, der er fuldt orienteret, oplyser at kunne tåle penicillin. Patienten får en injektion med dette lægemiddel og udvikler anafylaktisk chok.	En patient, der har oplyst <i>ikke</i> at kunne tåle penicillin, får en injektion med dette lægemiddel og udvikler anafylaktisk chok.	En patient, der har oplyst <i>ikke</i> at kunne tåle penicillin, får en injektion med dette lægemiddel. Det medfører ingen udtalt allergisk reaktion.	Patienten har oplyst <i>ikke</i> at kunne tåle penicillin. Lige før lægemidlet er på vej til at blive injiceret, siger en pårørende, der netop er kommet til stede, at patienten ikke tåler penicillin, hvorfor hændelsen afværges.	En patient har oplyst <i>ikke</i> at kunne tåle penicillin, og dette er registreret i det elektroniske medicinordinationssystem. Idet lægen alligevel ordinerer penicillin, fremkommer en advarsel, hvorefter ordinationen ændres.

Kilde: Patientsikkerhed i H:S. Handlingsplan II, 2005 – 2008. Rapportering, analyse og forebyggelse af utilstede hændelser. H:S Direktionen januar 2005.

BILAG 4 VEJLEDNING I AT VURDERE EN HÆNDELSE /MATRIXSCORE

En utilsigtet hændelse skal vurderes ud fra en *matrixscore*, som beskrives nærmere i dette afsnit.

Alt efter alvor af skade på patienten(-erne) og risiko for gentagelse af hændelsen opnås en talværdi, som er vejledende for de metoder, der skal tages i brug i forbindelse med den efterfølgende håndtering af hændelsen. Vurdering af en hændelse baseres altid på bedste faglige skøn og er derfor subjektiv.

Ved en vurdering sidestilles potentiel risiko for skade med faktisk skade. Det betyder, at risikoen for en given skade vurderes på samme måde, som hvis skaden rent faktisk skete. Hvis hændelsen opnår højere score på baggrund af potentiel risiko for skade, bemærkes både den faktuelle score og den potentielle, fx faktisk 2, potentiel 3:

Score-matrixskema

	Katastrofal	Betydende	Moderat	Minimal/Ingen
Hyppig	3	3	2	1
Mindre hyppig	3	2	1	1
Sjælden	3	2	1	1
Meget sjælden	3	2	1	1

Skadens omfang

Katastrofal: Én af følgende:

- Død.
- Varigt betydende funktionstab/handikap (mengrad risikerer at blive mere end eller lig med 15 pct. for én patient). Mengrad vurderes efter bedste skøn over den mulige varige skade, som hændelsen kan resultere i.³

Betydende: Én eller flere af følgende:

- Varigt funktionstab/handikap (mengrad formentlig mindre end 15 pct. for minimum én patient). Mengrad vurderes efter bedste skøn over den mulige varige skade, som hændelsen kan resultere i.⁴
- Betydende øget udredning/behandlingsintensitet, herunder overflyttelse til intensiv observation/dialyse/koronarafsnit for én patient.
- Ved flere patienter skadet af samme begivenhed: Lettere øget udredning/behandlingsintensitet eller forlænget indlæggelse for minimum tre patienter.

³ Se méntabel på Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside www.ask.dk

⁴ Do.

Moderat: Én eller flere af følgende:

- Lettere øget udredning/behandlingsintensitet, som kan håndteres på stamafdeling for én patient.
- Ved en til to patienter skadet af samme begivenhed: Forlænget indlæggelsesvarighed.

Minimal: Ingen eller minimal betydning for patienten.

Hændelsens hyppighed

Hyppig: Vurderes at forekomme op til flere gange inden for et år på det pågældende hospital.

Mindre hyppig: Vurderes at forekomme igen inden for et til to år på det pågældende hospital.

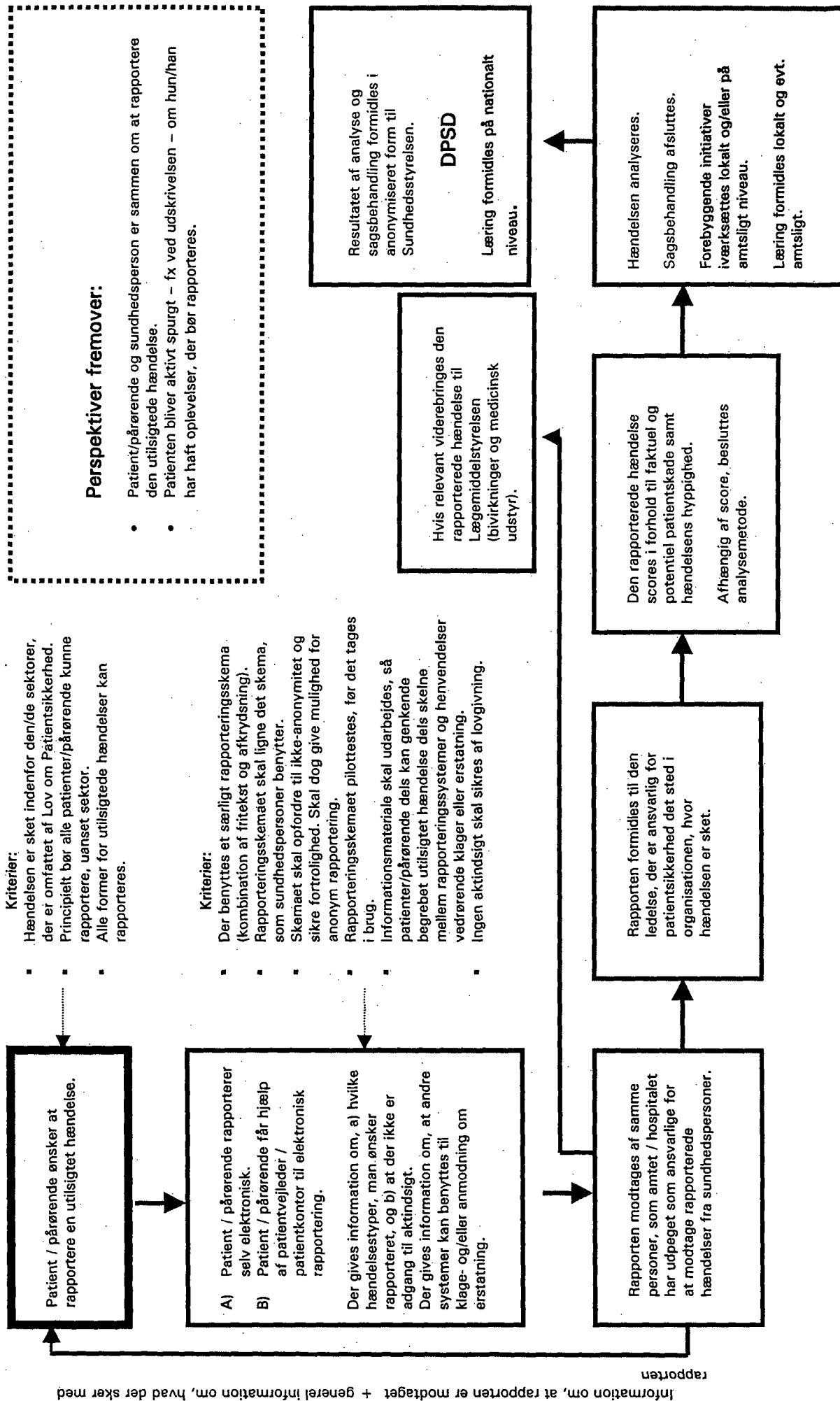
Sjælden: Vurderes at forekomme igen inden for to til fem år på det pågældende hospital.

Meget sjælden: Vurderes at forekomme igen inden for fem til 30 år på det pågældende hospital.

Kilde:

PATIENTSIKKERHED I H:S. HANDLINGSPPLAN II, 2005-2008. H:S Direktionen
JANAUR 2005.

BILAG 5 FLOWDIAGRAM FOR SYSTEM FOR PATIENTERS RAPPORTERING AF UTILSIGTEDE HÆNDELSE



BILAG 6 RESUMÉ AF NY SUNDHEDSLOVGIVNING

Trine Friis, Amtsrådsforeningen

Som en følge af strukturreformen er der vedtaget en ny sundhedslov der fastsætter betingelserne for organiseringen af sundhedsområdet i den nye offentlige struktur.

Sundhedsloven træder i kraft den 1. januar 2007 og består af en sammenskrivning af 15 forskellige love med relevans for sundhedsvæsenet, herunder bl.a. Sygehusloven og Sygesikringsloven. Sundhedsloven er endvidere udbygget med en række nye bestemmelser, herunder fastsættelsen af et øget kommunalt ansvar for sundhedsområdet, øgede centrale beføjelser og bemyndigelser m.v.

Det er sundhedsloven, der giver regionerne ansvaret for at drive sygehusvæsenet, hvortil dels hører regionernes egne sygehuse og fødeklionikker, og dels andre behandlingsinstitutioner knyttet til sygehusvæsenet. Regionerne kan indgå samarbejde med andre regioners sygehusvæsen og/eller private institutioner, så regionens borgere kan tilbydes den relevante behandling.

Sygehusvæsenet har traditionelt været et af de offentlige områder, hvor der har været mindst lovregulering. Med kommunalreformen og den nye Sundhedslov er tendensen dog gået i retning af en mere central styring, detailregulering og kontrol af regionernes drift og udvikling af sygehusene.

Regionerne får ansvar for:

- Sygehusene
- Den behandlende psykiatri
- Praktiserende læger
- Speciallæger
- Sygesikringen

Sundhedskoordinationsudvalg

Regionerne skal nedsætte regionale sundhedskoordinationsudvalg. Det regionale sundhedskoordinationsudvalg har til formål at understøtte behandlingsforløb på tværs af det regionale og kommunale myndighedsansvar, herunder at understøtte kvaliteten og den effektive ressourceudnyttelse i opgaveløsningen.

Sundhedsaftaler

Regionerne skal indgå sundhedsaftaler med hver enkelt kommune på nærmere definerede områder. På seks områder bliver det obligatorisk at indgå aftaler: Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter, Indlæggelsesforløb, Træningsområdet, Hjælpemiddelområdet, Forebyggelse og sundhedsfremme – herunder patientrettet forebyggelse, Indsatsen for mennesker med sindslidelser. Regioner og kommuner kan derudover lave samarbejdsaftaler på områder, de selv beslutter.

Planlægning

Regionerne skal udarbejde en samlet plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet. I henhold til Sundhedslovens § 206 skal

regionerne forud for udarbejdelsen af den samlede plan indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning.

Statens øgede rolle

Indenrigs- og sundhedsministeren og Sundhedsstyrelsen har i forbindelse med den nye sundhedslov fået en række bemyndigelser til at fastsætte nærmere regler på sundhedsområdet.

Sundhedsstyrelsen skal blandt andet godkende de obligatoriske sundhedsaftaler, som regionerne indgår med de forskellige kommuner. Samtidig får Sundhedsstyrelsen hjemmel til at fastlægge krav til lands- og landsdelsfunktionerne, herunder godkende deres placering på bestemte sygehuse. Der nedsættes et rådgivende udvalg for specialeplanlægning, der skal drøfte det faglige grundlag for specialeplanlægning, samt komme med oplæg om specialeplanlægning til Sundhedsstyrelsen. De fem regioner får plads i udvalget.

Indenrigs- og sundhedsministeren skal godkende regionernes samarbejde med offentlige og private myndigheder. Bestemte former for samarbejde er dog undtaget. Indenrigs- og sundhedsministeren får yderligere adgang til at fastsætte regler om krav til kvalitet og IT i sundhedsvæsenet.

Kommunernes sundhedsopgaver

Kommunerne får fra 1. januar 2007 ansvaret for dele af sundhedsvæsenet.

Dels skal kommunerne fremover være med til at finansiere udgifterne til sygehusindlæggelser, ambulante behandlinger og sygesikringen ved et kommunalt grundbidrag og et aktivitetsbestemt kommunalt tilskud. Den kommunale medfinansiering skal give kommunerne et økonomisk incitament til at udbygge lokale sundhedstilbud, der kan bidrage til at lette presset på sygehuse.

Kommunerne får også ansvaret for pleje, genoptræning og forebyggelse uden for sygehusindlæggelse og skal betale for egne borgeres genoptræning under indlæggelse. Kommunerne får endvidere ansvaret for behandling af alkohol- og stofmisbrugere. Tandplejetilbud til sindslidende og psykisk udviklingshæmmede med særlige behandlingsbehov bliver også en kommunal opgave.

Kommunerne forpligtes via Sundhedslovens bestemmelser om sundhedskoordinationsudvalg, obligatoriske sundhedsaftaler m.v. til at samarbejde med regionerne om varetagelsen af opgaverne på sundhedsområdet.

Finansiering

Med gennemførelsen af kommunalreformen indføres der en ny finansieringsmodel for de kommende regioner, idet regionernes selvstændige skatteudskrivningsret er afskaffet. Regionernes aktiviteter på sundhedsområdet (sygehusvæsenet og sygesikringen) skal derfor fremover finansieres via henholdsvis staten og kommunerne. Regionerne har som følge heraf ikke et selvstændigt økonomisk råderum.

På sundhedsområdet bidrager både stat og kommuner til finansieringen af regionernes sundhedsudgifter i form af henholdsvis generelle bloktilskud og

grundbidrag samt aktivitetsbestemte bidrag. Finansieringsmodellen baserer sig på følgende fordeling:

Statsligt bloktilskud:	75 pct.
Statslig aktivitetspulje:	5 pct.
Kommunalt grundtilskud:	10 pct.
Kommunalt aktivitetsbestemt tilskud:	10 pct.

Den statslige finansieringsdel

Omkring 75 pct. af regionernes udgifter på sundhedsområdet vil blive finansieret via et bloktilskud fra staten. Det årlige statslige bloktilskud til dækning af regionernes udgifter på sundhedsområdet fordeler sig på henholdsvis et basisbeløb på 100 mio. kr. samt en række aldersbestemte og socio-økonomiske fordelingskriterier.

Derudover får regionerne en mindre del af de regionale sundhedsudgifter dækket via et statsligt aktivitetsbestemt tilskud. Det aktivitetsafhængige statslige tilskud kan højst udgøre 5 pct. af regionernes samlede udgifter og vil afhænge af regionernes (mer)aktivitet på sygehusområdet. Det statslige aktivitetsbestemte tilskud kan betragtes som en udvidelse af den hidtidige meraktivitetspulje – den såkaldte Løkkepose. I henhold til bemærkningerne til Lov om regionernes finansiering er hensigten med det statslige aktivitetsafhængige tilskud, at styrke regionernes incitament til at skabe meraktivitet i sygehusvæsenet.

Selvom det aktivitetsbestemte tilskud kun udgør en mindre del af den samlede finansiering, har det aktivitetsbestemte tilskud stor betydning for regionernes muligheder og råderum i forhold til prioritering og styring af sygehusenes aktivitet.

Kommunal medfinansiering på sundhedsområdet

Indførelsen af den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet er i henhold til Sundhedsloven og Lov om regionernes finansiering et middel til at styrke samspillet mellem regioner og kommuner på sundhedsområdet, og give kommunerne økonomisk tilskyndelse til at øge indsatsen på området. Eksempelvis fremhæves det, at den kommunale medfinansiering øger kommunernes incitament til at styrke indsatsen på forebyggelse og sundhedsfremmeområdet, og til at udvikle lokale alternative sundhedstilbud.

Den kommunale medfinansiering består af henholdsvis et kommunalt grundbidrag og et aktivitetsbestemt kommunalt tilskud. Omkring 10 pct. af regionernes sundhedsudgifter finansieres af et kommunalt grundbidrag. Grundbidraget udgør et fast beløb pr. indbygger i kommunen og kan maksimalt udgøre 1500 kr. pr. indbygger (2003-pris- og lønniveau). Grundbidragets størrelse fastsættes af regionsrådet efter drøftelse i Kontaktudvalget mellem region og kommunerne. Grundbidraget er som udgangspunktet fastsat til 1000 kr. på indbygger det første år; 2007, dog kan regionen og kommunerne i de enkelte regioner justere beløbet op til den øvre grænse.

Regionsrådet vil ikke kunne gennemføre eventuelle stigninger i grundbidraget, hvis 2/3 dele af regionernes kommuner, modsætter sig en forhøjelse heraf.

I henhold til Lov om regionernes finansiering må stigninger i grundbidraget på landsplan kun følge pris- og lønudviklingen. Såfremt regionerne forhøjer grundbidraget med mere end den forventede pris- og lønudvikling, har staten, i

henhold til Lov om regionernes finansiering § 9, stk. 1, hjemmel til at neutralisere denne forhøjelse via modregning i statens tilskud til regionerne.

Udover det kommunale grundbidrag, finansieres 10 pct. af de regionale sundhedsudgifter, via et aktivitetsbestemt kommunalt tilskud. Det aktivitetsbestemte kommunale tilskud omfatter sygehusindlæggelser, obligatorisk plejetakst for færdigbehandlede patienter, ambulant behandling, genoptræning, psykiatrisk behandling samt ydelser på sygesikringsområdet. Tilskuddet ydes som en procentvis betaling af den samlede officielle takst ved anvendelsen af sundhedsydelser for hver af kommunens egne borgere i regionerne.

Patientkontorer

Regionerne skal som amterne oprette patientkontorer, der har til opgave at informere, vejlede og rådgive patient om patienters rettigheder, herunder reglerne om adgang til behandling, frit sygehusvalg, ventetider m.v. og reglerne om klage- og erstatningsadgang. Patientkontorerne skal modtage alle klager og henvendelser vedrørende de ovennævnte opgaver og skal efter anmodning bistå med at udfærdige og fremsende henvendelser til rette myndighed.

Patientsikkerhed

Regionerne skal som amterne modtage, registrere og analysere rapporteringer om utilsigtede hændelser til brug for forbedring af patient sikkerheden og – behandlingen samt for rapportering af oplysninger til Sundhedsstyrelsen. Der er ikke ændret i lovgivningen i forhold til den nuværende sundhedslov. I bemærkningerne til forslag til ny sundhedslov står der imidlertid, at den nuværende rapporteringsordning skal vurderes, når den har været i drift i 2 år, og at der ud fra disse erfaringer skal vurderes, hvorvidt der skal etableres en rapporteringsadgang for praksissektoren samt patienter og pårørende."

Oversigt over nyt indhold i Sundhedsloven

- Kommunerne får ansvar for den genoptræning og forebyggelse, der ikke foregår under indlæggelse. Kommunerne skal samtidig betale for egne borgeres genoptræning under indlæggelse.
- Kommunerne får ansvaret for behandling af alkohol- og stofmisbrugere.
- Kommunerne kan enten selv oprette tilbud eller købe pladser hos andre leverandører. Regionerne stiller efter aftale med de enkelte kommuner behandlingspladser m.v. til rådighed for kommunerne og yder faglig bistand og rådgivning.
- Regionerne skal indgå sundhedsaftaler med hver enkelt kommune på nærmere definerede områder.
- Regioner og kommuner får pligt til at oprette regionale samarbejdsudvalg - kaldet sundhedskoordinationsudvalg.
- Regionerne får – som amterne har det – pligt til at udarbejde sundhedsplaner.
- Sundhedsstyrelsen får hjemmel til at fastlægge krav til lands- og landsdelsfunktionerne, herunder godkende deres placering på bestemte sygehuse.
- Sundhedsstyrelsen får mulighed for at iværksætte et skærpet tilsyn overfor sundhedspersoners virksomhedsudøvelse.

- Der nedsættes et rådgivende udvalg for specialeplanlægning, der skal drøfte det faglige grundlag for specialeplanlægning, samt komme med oplæg om specialeplanlægning til Sundhedsstyrelsen. De fem regioner får plads i udvalget.
- Indenrigs- og sundhedsministeren får adgang til at fastsætte krav til kvalitet og IT i sundhedsvæsenet.
- Indenrigs- og sundhedsministeren skal godkende regionernes samarbejde med offentlige og private myndigheder. Bestemte former for samarbejde er dog undtaget.
- Regionerne skal takstfinansiere driften af Patientklagenævnet pr. indsendt klage.
- Patientklagenævnet får kompetence til at behandle regionsrådenes administrative afgørelser inden for praksissektor, vilkår for ret til en persons ret til sygehusbehandling efter sundhedsloven, ernæringspræparater, befordring og kørselsgodtgørelse til læger. PKN kan tiltræde, omgøre eller hjemvise til fornyet behandling.
- Der er kommet en hjemmel til at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om offentliggørelse (i ikke-anonymiseret form) af alvorlige eller gentagne klagesager.

Fælles anbefalinger fra primærsektoren om håndteringen af utilsigtede hændelser og tilgangen til Dansk Patient-Sikkerheds-Database (DPSD)

Baggrund

Den 21-22. nov. 2005 holdt Dansk Selskab for Patientsikkerhed et bestyrelsesseminar. På seminaret præsenterede arbejdsgruppen, nedsat af Dansk Selskab for Patientsikkerhed deres rapport om, hvordan der i primærsektoren kan etableres et system for rapportering af utilsigtede hændelser til Dansk Patient-Sikkerheds-Database". Der ud over fremlagde Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) deres forslag til etablering af et patientsikkerhedssystem.

I den kommende Sundhedslov står der, at rapporteringen af utilsigtede hændelser til Sundhedsstyrelsens patientsikkerhedsdatabase (DPSD) på sigt skal udvides til også at omfatte rapporteringer fra primærsektoren – inkl. almen praksis – og patienter og pårørende.

Formålet med gruppernes arbejde har således været at igangsætte tanker og overvejelser om håndteringen af utilsigtede hændelse i de dele af sundhedsvæsenet som endnu ikke systematisk registrerer og bearbejder sådanne hændelsestyper.

De to arbejdsgrupper fremkom med ensartede principper og anbefalinger og Selskabets bestyrelse besluttede, at de to arbejdsgrupper skulle forsøge at finde frem til et sæt anbefalinger, således at der kommer fælles anbefalinger vedr. håndtering af utilsigtede hændelser for *hele* primærsektoren.

På den baggrund har de to arbejdsgrupper sammenskrevet følgende fælles anbefalinger:

Fælles anbefalinger:

- det anbefales, at lovgivningens nuværende definition af en utilsigtet hændelse fastholdes, dog er der behov for ændring i.f.t "ophold på sygehus"; man kan også overveje at inddrage "som følge af mangel på pleje" i definitionen;

§ 198, stk. 3 "Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der er en følge af behandling eller ophold på sygehus, og som ikke skyldes patientens sygdom, og som samtidig enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller på grund af andre omstændigheder ikke indtraf. Utilsigtede hændelser omfatter både på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl."

- *Hvorfor registrere og rapportere?*

- det anbefales, at registrering og rapportering af utilsigtede hændelse sker med udgangspunkt i det lærende princip. Formålet med registreringen er læring og ikke kontrol og sanktion.

- *Hvad skal rapporteres?*

- det anbefales, at hændelseskategorierne for primærsektoren principielt bør være identiske med de hændelseskategorier, der anvendes i sekundærsektoren.
- det anbefales, at man i starten søger at koncentrere rapporteringen til utilsigtede hændelser i forbindelse med sektorskift og medicineringsfejl, men at sundhedspersoner i øvrigt kan rapportere hændelser efter eget skøn.
- det anbefales, at hændelsesklassificeringscore (SAC) også benyttes i primærsektoren, dog tilrettet eventuelle nødvendige justeringer.

- *Hvem skal rapportere?*

- det anbefales, at alle sundhedspersoner, herunder også apotekere og apoteksansatte farmaceuter og farmakonomer samt alle faggrupper inden for hjemmeplejen, der er involveret i pleje- og praksishjælp, der bliver opmærksom på eller er involveret i en fejl eller utilsigtet hændelse, har pligt til at rapportere. .
- det anbefales, at lovgivningens nuværende formulering vedrørende sundhedspersoners retsstilling ved rapportering fastholdes;

§ 6. "En sundhedsperson, som rapporterer en utilsigtet hændelse, kan ikke som følge af sin rapportering underkastes disciplinære undersøgelser og foranstaltninger af ansættelsesmyndigheden, tilsynsmæssige reaktioner af Sundhedsstyrelsen eller strafferetlige sanktioner af domstolene."

- *Hvem skal der rapporteres til?*

- det anbefales, at der lokalt/kommunalt/regionalt etableres en patientsikkerhedsorganisation, der på et operationelt og strukturelt niveau understøtter både faglig analyse og sikre en tværfaglig læring og handling.
- det anbefales, at rapporteringssystemet for primærsektoren i lighed med sekundærsektoren inddeles i tre niveauer; landsplan, regionalt/kommunalt og lokalt (institution/praksis)
- det anbefales, at der uddannes en lokal riskmanager og patientsikkerhedsnøglepersoner, der ved behov kan bistå det berørte personale i rapporteringen. Ligesom patientsikkerhedsnøglepersonen kan medvirke i det opfølgende analysearbejde.

- det anbefales, at der tages stilling til, hvordan der kan etableres omsorgsforanstaltninger i.f.t personalet i primærsektoren som har været involveret i eller været udsat for en utilsigtet hændelse.

- Hvordan skal der rapporteres?

- det anbefales, at tekniske løsninger nøje overvejes inden ibrugtagning af et udvidet rapporteringssystem, således at man får de oplysninger og informationer, der skal bruges samtidig med, at data fremstår på en overskuelig og anvendelig måde. For at sikre sammenhængende patientforløb, anbefales det at eventuelle juridiske problemstillinger i forbindelse med tværsektoriel udveksling af informationer løses.
- det anbefales, at der i første omgang udvælges et begrænset indsatsområde (sektorskift og medicineringsfejl) som evalueres. Erfaringer fra projekter i primærsektoren bør inddrages og tages til efterretning i det videre arbejde.
- det anbefales at form og indhold af feedback, læring og formidling på alle niveauer fra begyndelsen medtænkes og kvalitetssikres.

Rapportering af utilsigtede hændelser i primærsektoren

- Arbejdsgruppens rapport

Januar 2006

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. ARBEJDSGRUPPENS ANBEFALINGER	2
2. ARBEJDSGRUPPENS OPGAVER.....	4
2.1 Arbejdsgruppens medlemmer.....	4
3. BAGGRUND	5
3.1 Anbefalinger 2003 fra arbejdsgruppen "patientsikkerhed i primærsektoren"	5
3.2 Definition af primærsektoren i relation til patientsikkerhed (2003).....	5
3.3 Lov om patientsikkerhed / Formål med loven.....	6
3.4 Patientsikkerhed i primærsektoren ifølge den nye sundhedslov og kommende bekendtgørelse.....	6
4. RESULTATER OG ANBEFALINGER.....	7
4.1 Kendertegn for primærsektoren.....	7
4.2 Fejl og utilsigtede hændelser i primærsektoren.....	8
4.3 Hvad skal rapporteres?	9
4.4 Hvem skal rapportere?	10
4.5 Hvem skal der rapporteres til?.....	10
<i>Baggrund</i>	<i>10</i>
<i>Perspektivet i det nuværende system - DPSD.....</i>	<i>11</i>
4.6 Hvordan skal der rapporteres?	12
5. LEDELSENS ROLLE	14
5.1 Det systemiske perspektiv – læringskulturen.....	14
6. EKSEMPLER PÅ IGANGVÆRENDE PATIENTSIKKERHEDSPROJEKTER I KOMMUNER..	15
BILAG 1 LITTERATURLISTE	16

1. ARBEJDSGRUPPENS ANBEFALINGER

Nedenfor ses arbejdsgruppens anbefalinger, som er et resultat af gruppens arbejde med og drøftelser af problemstillingerne beskrevet i denne rapport's kapitel 2. Der er i arbejdsgruppen konsensus om at anbefale:

- Arbejdsgruppen anbefaler, at et rapporteringssystem for primærsektoren bør ligge tæt op af det, der anvendes i sygehussektoren, således at der kan udtrages fælles læring.
- Det anbefales, at hændeskategorierne for primærsektor bør være identiske med de hændelse kategorier der anvendes i sygehussektoren. Mindre modifikationer kan dog være påkrævet
- En sundhedsperson, der bliver involveret i en fejl eller utilsigtet hændelse, eller bliver opmærksom på en, har pligt til rapportering. Inden for ældreplejen bør alle faggrupper, der er involveret i pleje- og praksishjælp være omfattet af rapporteringspligten.
- Det anbefales, at integrationen af nye (fag-)grupper i Dansk Patient Sikkerheds Database afprøves via pilottest/brugertest, således at der kan ske justeringer af måden rapportering, analyse og feedback forløber på, inden en endelig og fuld integration.
- Man bør uddannes lokale patientsikkerhedsnøglepersoner, der ved behov kan bistå det berørte personale i rapporteringen. Ligesom patientsikkerhedsnøglepersonen kan medvirke i det opfølgende analysearbejde.
- Amternes/H:S's erfaringer med DPSD inddrages når Sundhedsstyrelsen påbegynder en udvidelse og tilpasning af DPSD til andre (fag-) grupper
- Det anbefales, at der etableres en patientsikkerhedsorganisation som kan varetage tilsvarende opgaver, som patientsikkerhedsorganisationerne på sygehusene. Den vigtigste læring foregår lokalt. Der bør således udarbejdes patient(borger)-sikkerhedsstrategier på institutions og lokalt plan - analogt til erfaringerne fra sygehussektoren.
- Der bør tages stilling til, hvordan der kan etableres omsorgsforanstaltninger i.f.t personalet i primærsektoren som har været observeret eller været udsat for en utilsigtet hændelse.
- Tekniske løsninger skal nøje overvejes inden ibrugtagning af systemet, således at man får de oplysninger og informationer der skal bruges samtidig med, at data fremstår på en overskuelig og anvendelig måde
- Der bør i første omgang udvælges et begrænset indsatsområde som pilottestes/brugertestes og evalueres inden egentlig ibrugtagelse.

- Man bør tænke analyse, feedback (formidling) med fra starten. Hvordan skal analysen foregå og hvordan og i hvilken form skal der gives feedback.
- Ledelsesforankring skal understøttes og sikres
- Erfaringer fra projekter i primærsektoren bør inddrages og tages til efterretning i det videre arbejde.

2. ARBEJDSGRUPPENS OPGAVER

Selskabets Bestyrelse har med vedtagelse af Arbejdsprogram 2005 besluttet, at der skal nedsættes en arbejdsgruppe til at fremme arbejdet med patientsikkerhed i primærsektoren. Opgaven skal ses i forlængelse af Bestyrelsens anbefaling om, at Lov om patientsikkerhed også bør omfatte primærsektoren.

Selskabet har tidligere haft nedsat en arbejdsgruppe vedr. patientsikkerhed i primærsektoren.

Konkret skal arbejdsgruppen overveje og beskrive følgende:

- Hvordan kan der etableres et system for indrapportering af utilsigtede hændelser i primærsektoren til Dansk Patient-Sikkerheds-Database? Herunder hvilke typer af hændelser vil det være hensigtsmæssigt at rapportere.
- Besvarelsen vil danne grundlag for Bestyrelsens drøftelser af, hvilke anbefalinger Selskabet har til den kommende revision af Lov om patientsikkerhed/Sundhedsloven.

Arbejdsgruppen kan desuden arbejde for:

- Igangsættelse af et kommunalt forsøgsprojekt, hvor udvalgte kommuner arbejder med at registrere deres utilsigtede hændelser.

2.1 Arbejdsgruppens medlemmer

Ida Brønden Berg, Dansk Sygeplejeråd (formand for arbejdsgruppen)
Susanne Richter, Dansk Sygeplejeråd
Martin Bagger Brandt, Amtsrådsforeningen
Ane Børsting, Apotekerforeningen
Lea Groth-Andersen, FOA – Fag og Arbejde
Torben Krogh Kjeldgaard, Århus Kommune (KL)
Aase Nissen, Københavns Amt
Lars Kofoed, Kræftens Bekæmpelse
Marie Gravengaard, KISS-projektet, Åbenrå
Niels Knuth Federspiel, Dansk Selskab for Patientsikkerhed (praktikant)
Bodil Bjerg, Dansk Selskab for Patientsikkerhed

3. BAGGRUND

Det er nødvendigt, at primærsektoren arbejder systematisk med at forbedre både patientsikkerhed og kvalitet. En af kommunalreformens vigtigste formål er at understøtte samarbejde, sammenhæng og kvalitet. Hidtil har fokus i patientsikkerhedsarbejdet ligget på sekundærsektoren, men for at et sammenhængende sundhedsvæsen skal være troværdigt og fungere, skal primærsektoren omfattes af de samme mål for patientsikkerhed.

Kommunalreformen flytter flere sundhedsopgaver til kommunerne. Når kommunerne skal være en integreret del af det samlede sundhedsvæsen, kræver det, at der i højere grad er en større sammenhæng i patientforløbene og samme niveau for patientsikkerhed og kvalitet.

3.1 Anbefalinger 2003 fra arbejdsgruppen "patientsikkerhed i primærsektoren"

Dansk Selskab for Patientsikkerheds bestyrelse, tilsluttede sig i 2003 en arbejdsgruppes anbefalinger, vedrørende patientsikkerhed i primærsektoren. Anbefalingerne var følgende:

Rapporteringsystem og håndtering af utilsigtede hændelser og nærfejl.

- At der i rapporteringen af og bearbejdelsen af utilsigtede hændelser lægges vægt på læringsperspektivet frem for at personificere den utilsigtede hændelse.
- At de forskellige faggrupper arbejder med både egen og fælles kultur, således at læringsperspektivet bliver det dominerende i arbejdet med at forebygge utilsigtede hændelser.
- At den nationale gruppe for behandlingen af utilsigtede hændelser bliver den samme for både primær og sekundær sektor.
- At den nationale gruppe sammensættes repræsentativt af deltagere fra de forskellige faggrupper i primær og sekundær sektor.

3.2 Definition af primærsektoren i relation til patientsikkerhed (2003)

Ved primærsektoren forstås i denne sammenhæng de dele af sundhedsvæsenet og socialvæsenet, der er patientens primære kontakt ved sygdom eller som samarbejder på lavest mulige omsorgsniveau med patientens primære kontakt, d.v.s. almen praksis, speciallægepraksis, hjemmesygeplejen, sundhedsplejen, fysioterapi, kiropraktor og apoteket.

3.3 Lov om patientsikkerhed / Formål med loven

Loven om patientsikkerhed blev vedtaget i juni 2003. Loven er enestående i verden i forhold til at forebygge fejl i sundhedsvæsenet og har betydet, at der 1. januar 2004 blev indført et rapporteringssystem, der gav sundhedspersonalet på sygehusene pligt til at rapportere fejl og utilsigtede hændelser og sygehusejerne pligt til at handle og Sundhedsstyrelsen pligt til at formidle erfaringer

Rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser har til formål at indsamle, analysere og formidle viden om årsager til risikosituationer. Systemet kan både forholde sig til menneskelige og tekniske fejl samt til organisatoriske forhold, der påvirker forekomsten af utilsigtede hændelser i forbindelse med behandling eller ophold på sygehus.

3.4 Patientsikkerhed i primærsektoren ifølge den nye sundhedslov og kommende bekendtgørelse

Som led i den kommende strukturreform, vil der den 1. januar 2007 træde en ny sundhedslov i kraft. Lov om patientsikkerhed er gjort til en integreret del af den nye sundhedslov, og i forbindelse med denne integration er den tilføjet et antal bestemmelser ift. den hidtidig lov om patientsikkerhed. I bemærkninger til den nye sundhedslovs kapitel 61, § 199-2003, som omhandler patientsikkerhed, er der ske yderligere præcisering af, at der *ikke* kan gives *aktindsigt* i oplysningerne i rapporteringsordningen og reglerne om indsigt i henhold til persondataloven, kan ikke finde anvendelse ift. dette rapporteringssystem. Ligeledes præciseres det i bemærkningerne, at der er tale om et læring og vejledningssystem, der "*alene indsamler og videregiver oplysninger med henblik på at udføre statistiske og videnskabelige undersøgelser til brug for udarbejdelse af generelle retningslinier og vejledninger mv. af væsentlig samfundsmæssig betydning*"

4. RESULTATER OG ANBEFALINGER

4.1 Kendertegn for primærsektoren

Et af argumenterne for ikke, i første omgang, at inkludere primærsektoren i patientsikkerhedsloven i 2003, var bl.a., at sundhedsvæsenet i kommunerne er komplekst og organiseret meget forskelligt.

I primærsektoren er alle personale og faggrupper inden for det danske sundhedsvæsen repræsenteret. Sektoren er kendetegnet ved, at de mange samarbejdsparter har meget forskellig ansættelsesform og faglig baggrund. Nogle er kommunalt ansatte (f.eks. plejepersonale) og andre ansatte i private virksomheder (f.eks. private udbydere af sundhedsydelser, praktiserende læger, speciallæger, fysioterapeuter m.fl.). Alle aktørerne er fælles om at skulle levere sundhedsydelser i det kommunale sundhedsvæsen, men opgaver og mål kan være forskellige i og med, at nogle aktører fungerer og konkurrerer under markedsvilkår.

Primærsektoren kendetegnes også ved, at en del arbejde foregår i patienternes eget hjem, og er alenearbejde på den måde, at der sjældent er en kollega at sparre med. Kollegaen er der heller ikke til at korrigere eller være opmærksom på handlinger, den enkelte selv overser. For at rapportere skal sundhedspersonen være klar over, at der er sket eller ved at ske en fejl eller utilsigtet hændelse. Uddannelse, oplæring, kvalitets- og sikkerhedsbevidsthed har stor betydning for patientsikkerheden. Åbenhed og dialog bør prioriteres højt for at fremme den ønskede læringskultur.

I primærsektoren er der mange forskellige faggrupper, med stor spredning i uddannelsesniveau. I visse faggrupper kan begrænsede læse- og skrivefærdigheder være et forhold, der skal medtænkes i etableringen af et rapporteringssystem for fejl og nærfejl. Der ud over skal der i rapporteringssystemet tages højde at der er store lokale forskelle i brug og adgang til IT.

I etableringen af et indrapporteringssystem i primærsektoren er det vigtigt at få meldt ud til alle parter, at systemet er et ikke sanktionerende system. Det anbefales endvidere, at der i lighed med rapporteringssystemet for sekundærsektoren, er mulighed for at rapportere fortroligt eller anonymt. Opmærksomheden skal dog rettes mod, at den anonyme rapportering er til hinder for læring. Efter en succesfuld implementering af rapporteringssystemet i sygehussektoren, kan det virke som en selvfølge, at indrapportering ikke medfører sanktioner. Ved etablering af et system i primærsektoren skal der bruges megen energi og opmærksomhed på at få meldt dette budskab klart ud på ny.

Et særligt forhold der ligeledes bør fokuseres på er, hvordan der sikres omsorg for såvel den patient, der har været udsat for en utilsigtet hændelse, som for den sundhedsperson der har været involveret i en utilsigtet hændelse. På sygehusene er der normalt flere personer til stede, som kan drage omsorg for de involverede personer, mens dette ikke altid vil være tilfældet i primærsektoren. Det er velkendt, at information og omsorg for alle parter hjælper til et bedre efterforløb, og der kan være særlige foranstaltninger, der skal iværksættes af både lovgivningsmæssig (klagesystem, patientforsikring el. lign) eller personlig karakter (psykologbistand, kollegastøtte el. lign.). Der bør derfor tages stilling til, hvordan der kan etableres

omsorgsforanstaltninger i primærsektoren både i en akut fase inden for et kort tidsrum efter en utilsigtet hændelse med alvorlige eller potentielt alvorlige konsekvenser og i et evt. længere efterforløb med analyse og bearbejdning af hændelsen.

I sekundærsektoren ses mange rapporteringer som et udtryk for høj bevidsthed om fejl og utilsigtede hændelser og signalerer vilje til at lære og forbedre. Skal samme positive ånd rodfæstes i primærsektoren fordrer det en holdnings- og kulturændring, ikke blot hos opdragsholdere, personale og ledere i primærsektor, men også hos brugere, presse, interesseorganisationer m.fl. Læren om, at mange rapporterede fejl og utilsigtede hændelser er udtryk for en stærk patientsikkerheds- og kvalitetskultur, er et vigtigt budskab at få spredt på alle niveauer.

Der bør rettes særligt fokus på at sikre en udbygning af dokumenteret systematiske kvalitetsudviklingsarbejde i primærsektor. Erfaringerne viser, at en høj kvalitets- og sikkerhedskultur udgør et væsentligt fundament for et succesfuldt arbejde med fejl og nærfejl. Skal målsætningen om sikre patientforløb af en ensartet høj kvalitet udmøntes i praksis, er øget fokusering på både kvalitetsudvikling og patientsikkerhed i primærsektoren en nødvendighed.

4.2 Fejl og utilsigtede hændelser i primærsektoren

I november 1999 blev sikkerhedsproblemer dokumenteret i sundhedssektoren i USA.

I år 2000 blev der offentliggjort en række større udenlandske undersøgelser fra USA og Australien, af forekomsten af utilsigtede hændelser, og herved blev området alment kendt i Danmark.

En dansk undersøgelse i sekundærsektoren blev offentliggjort i september 2001 og viste, at 9 % af alle patienter, der udskrives fra danske hospitaler, har været udsat for en skade som følge af en utilsigtet hændelse. Undersøgelsen viste også, at den danske sekundærsektor har et sammenligneligt antal fejl og utilsigtede hændelser som andre vestlige lande.

Der er på nuværende tidspunkt meget begrænset viden om karakteren og omfanget af utilsigtede hændelser i primærsektoren.

I Aabenraa Kommune har man arbejdet med utilsigtede hændelser siden 2003. Kommunen blev som den første danske kommune akkrediteret i år 2004. Erfaringerne fra Aabenraa indikerer følgende centrale områder for utilsigtede hændelser:

- Medicineringsfejl
- Fald
- Sektorovergange.

Det vurderes, at sektorovergange indeholder betydelige risici for forekomster af fejl og nærfejl.

Hvis vi overfører erfaringerne fra undersøgelserne i sekundærsektoren, og konkluderer at andres erfaringer kan overføres til danske forhold, kan viden fra en

svensk undersøgelse fra 2003, vedrørende personalets opfattelse af potentielle risici for patienternes sikkerhed i primærsektoren, bruges. Den svenske undersøgelse identificerede 7 problemområder:

- Overførsel af informationer
- Koordineret pleje og behandling
- Samarbejde og ansvarsfordeling
- Lægemiddelhåndtering
- Dokumentation og journalføring
- Kompetence og kompetenceudvikling
- Arbejdsbelastning og arbejdsmiljø.

4.3 Hvad skal rapporteres?

Primo 2006 tages nedenstående hændeskategorier i anvendelse i sygehussektoren:

1. Medicineringsfejl

En medicineringsfejl defineres som en afvigelse fra den proces, som sikrer patienten den rette dosis af det rette lægemiddel på det rette tidspunkt og på den rette måde.

2. Patientfald

En hændelse, hvorved en patient ufrivilligt befinder sig på gulvet eller andet lavere niveau med eller uden bevidsthedsstab.

3. Selvmord/selvordsforsøg

Selvord er en handling med dødelig udgang og selvmordsforsøg en handling uden dødelig udgang, som en person med viden om eller forventning om et dødeligt udfald selv har foranstaltet og gennemført.

4. Operativt/invasivt indgreb

Hermed menes hændelser relaterede til forberedelse, gennemførelse og opfølgning af operative indgreb og undersøgelsesprocedurer, som indebærer gennembrydning af hud eller slimhinder eller indførelse af apparatur gennem de naturlige legemsåbninger.

5. Anæstesi

Klinisk betydende hændelse, hvor der er sket patientskade eller kunne være sket skade, og hvor der er risiko for gentagelse og potentiale for læring

6. Forveksling/fejlkommunikation

Hermed menes hændelser relateret til ombytning af kliniske prøver eller produkter, samt hændelser, hvor skriftlig eller elektronisk svar på prøver og kliniske undersøgelser ombyttes. Samtidig skal hændelser med forkerte papirer i forkerte journaler, forkerte labels på prøvesvar og forkert markering af røntgenbilleder henføres til denne gruppe.

7. Kontinuitetsbrud

Hændelser, der opstår, når patienter overflyttes enten fra en afdeling til en anden eller fra et hospital til et andet, eller hvor der på andre måder fremkommer et væsentligt kontinuitetsbrud.

8. Hjertestop / uventet dødsfald

Herved forstås hjertestop eller pludselig død hos en patient, hvor dette ikke var forventet.

9. Øvrige

Med henblik på at få et samlet billede af fejl og utilsigtede hændelser i hele sundhedsvæsenet, anbefales det, at primærsektoren tager udgangspunkt i de samme 9 hændeskategorier med de nødvendige modifikationer.

4.4 Hvem skal rapportere?

Alle sundhedspersoner i primærsektoren, der enten selv handler under autorisation, handler selvstændigt som social- og sundhedsassistenterne, eller under udelegeret ansvar heraf, bør være omfattet af rapporteringspligten. Alle sundhedspersoner der er involveret i en fejl eller utilsigtet hændelse eller bliver opmærksom på en utilsigtet hændelse skal rapportere. Inden for ældreplejen bør alle faggrupper, der er involveret i pleje- og praksishjælp være omfattet af rapporteringsloven.

I henhold til Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet, er en sundhedsperson forpligtet til at rapportere fejl og utilsigtede hændelser. Ved sundhedspersoner forstås:

§ 2.

Stk. 2. Ved sundhedspersoner forstås i denne lov personer, der er autoriseret i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.

Stk. 3. Ved behandling forstås i denne lov undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og sundhedsfaglige forebyggelsestiltag over for den enkelte patient.

I vejledningen til bekendtgørelsen understreges det, at rapporteringspligten også omfatter ikke-autoriseret sundhedspersonale, som fx. social - og sundhedsassistenter, plejere, sygehjælpere og uuddannet plejepersonale. Arbejdsgruppen anbefaler derfor følgende udvidelse af teksten:

"Alle (sundheds-)personer i kommunernes social- og sundhedsvæsen, der arbejder med visiterende, plejende, behandlende, forebyggende, sundhedsfremmende og med udførende opgaver, er omfattet af indberetningspligten."

Det er nødvendigt at uddanne lokale patientsikkerhedsnøglepersoner, der ved behov kan bistå det berørte personale i rapportering. Ligesom patientsikkerhedsnøglepersonen kan medvirke i det opfølgende analysearbejde.

4.5 Hvem skal der rapporteres til?

Baggrund

Gennem knap to år har Sundhedsstyrelsen (SST) drevet et elektronisk indberetningssystem for utilsigtede hændelser – Dansk Patient Sikkerheds Database (DPSD). Systemet er i første omgang tiltænkt anvendelse i sygehussektoren. Det er

målet på sigt at gøre systemet bredt tilgængeligt for hele sundhedsvæsenet, både for sundhedspersonalet og for patienter og pårørende.

Perspektivet i det nuværende system - DPSD

DPSD er et indberetningssystem af ganske store dimensioner, som dels skal håndtere store mængder data og dels genererer tilsvarende analyser af disse data og forestå feedback i indberetningsfødekæden. Dimensionerne af systemet er vigtigt at holde sig for øje, når man overvejer, hvordan kommende (fag-) grupper kan integreres i brugen af DPSD. I den forbindelse må det klart anbefales, at der bygges videre på de modeller og erfaringer, som allerede foreligger.

Følgende tre niveauer skal medtænkes:

- Den enkelte institution/flere lokale institutioner
- Den pågældende kommune/flere kommuner/lokale område – evt. i samarbejde med regionsniveauet
- Sundhedsstyrelsen eller anden offentlig myndighed.

Alle hændelser skal, uanset hyppighed og alvor, rapporteres. Dette giver mulighed for at opdage tendenser på landsplan, som er 'usynlige' på lokalt niveau, og forholdsregler og initiativer over for alvorlige hændelser ét sted kan hurtigt blive formidlet kvalificeret videre til andre.

Via de statiske moduler som allerede findes i DPSD er der mulighed for at køre udtræk, der viser antallet og karakteren af registrerede hændelser. Disse udtræk kan foregå på kommunalt/lokalt niveau eller evt. institutionsniveau, og kan bruges til lokale/regionale initiativer.

Hvilken plads det kommunale/lokale (i evt. samarbejde med det regionale) skal have er fortsat uafklaret. Erfaringerne fra sygehussektorens brug af DPSD viser, at det amtslige/regionale niveau spiller en vigtig rolle som koordinerede funktion ift. driften og udviklingen i arbejdet med fejl og utilsigtede hændelser. Kommunerne/det lokale kan påtænkes en rolle analogt til den amterne varetager i det nuværende system.

Opgavefordelingen kunne indeholde følgende overordnede punkter:

- Institution – nærmeste leder/ områdeleder
- Lokalt
- DPSD (Sundhedsstyrelsen).

AD Institution: De utilsigtede hændelser rapporteres og analyseres lokalt og danner baggrund for lokal analyse/læring.

AD Lokalt: Afhængigt af størrelsen af det pågældende sundhedsområde, skal der 'lokalt' ske en institutionel/fagligt/kommunalt samarbejde, der mellem flere institutioner, fagpersoner eller kommunale service områder bearbejder de rapporterede hændelser. Den lokale organisering er dels afhængig af sundhedsområdet størrelse og dels afhængig af, hvordan 'kvalitetsarbejdet' i øvrigt er organiseret.

Ad DPSD: Alle hændelser, indtastet i DPSD, sendes til styrelsens database, således at det bliver muligt at generere større, nationale opgørelser, analyser og læring.

I forbindelse med varetagelsen af rapporteringerne fra primærsektoren er det vigtigt, at der etableres et system, som kan varetage opgaver tilsvarende, som patientsikkerhedsorganisationerne på sygehusene. Den vigtigste læring foregår lokalt. Der bør således udarbejdes patient(borger)- sikkerhedsstrategier på institutions -og lokalt plan - analogt til erfaringerne fra sygehussektoren.

4.6 Hvordan skal der rapporteres?

Arbejdsgruppen anbefaler, at rapportering af utilsigtede hændelser i primærsektoren skal ske i relation til Dansk Patient Sikkerhed Database (DPSD.) På grund af de anførte særlige kendetegne ved primærsektoren, bør der ske en tilpasning og modificering af DPSD, som tager højde for sektorens særlige forhold. Ligesom problematikken omkring manglende adgang til IT og begrænsede skrive og læsekundskaber skal medtænkes.

Den nuværende version af DPSD består af en indrapporteringsdel og en sags-/analysedel. Det vurderes at begge dele, ved mindre modificering og tilpasning, uden større problemer kan gøres anvendelig for nye (fag-) grupper. Udfordringen består i dels at finde frem til det relevante indhold som systemet skal modificeres omkring, og dels finde frem til den organisering, som skal analysere de data, som systemet kommer til at indeholde.

En lære fra sygehusenes brug af DPSD er, at nye versioner af DPSD skal brugertestes inden de tages i bred anvendelse/drift.

- Arbejdsgruppen anbefaler, at amternes/H:S's erfaringer med DPSD inddrages når Sundhedsstyrelsen påbegynder en udvidelse og tilpasning af DPSD til andre (fag-) grupper.
- Arbejdsgruppen anbefaler, at et rapporteringssystem for primærsektoren bør ligge tæt op af det, der anvendes i sygehussektoren. Det anbefales, at hændelseskategorierne for primærsektor bør være tilnærmelsesvis identiske med de hændelseskategorier, der anvendes i sygehussektoren. Mindre modifikationer kan dog være påkrævet.

Erfaringer fra det eksisterende system danner baggrund for følgende konklusioner, som bør medtænkes ved fremtidig integration af primærsektoren med DPSD:

- Da der er tale om en meget stor database, bør forholdet mellem 'fritekst-felter' og 'validerede/løste -felter' afbalanceres, således at der dels tages højde for den store mængde data, som databasen vil indeholde på sigt, og dels tages højde for systematisk analyse og statistik udtræk.
- Der bør i første omgang udvælges et begrænset indsatsområde som pilottestes/brugertestes og evalueres inden egentlig ibrugtagelse.
- Man bør tænke analyse, feedback (formidling) med fra starten. Der bør udarbejdes et redskab til at prioritere analyse af hændelserne, der skal være en plan for, hvordan analysen skal foregå og hvordan og i hvilken form skal der gives feedback.

- Rapporteringssystemet skal være sammenligneligt med det rapporteringssystem, der er indført i sygehusvæsenet, således at der kan udtrages fælles læring.

5. LEDELSENS ROLLE

5.1 Det systemiske perspektiv – læringskulturen

Et system, der tager hånd om utilsigtede hændelser, har som målsætning at forebygge utilsigtede hændelser og skabe læring af de hændelser, som – desværre – finder sted. Disse målsætninger kan hægtes sammen til en kvalitetsudviklingscirkel, hvor hændelser giver læring gennem analyse, læring giver forbedring og forbedring giver bedre kvalitet og forebyggelse af hændelser. I dette perspektiv er et system for utilsigtede hændelser et læringssystem, hvor 'fejl' ikke anskues som personrelateret, men som 'system- og procedurefejl' - en organisation er perfekt indrettet til det resultat, den opnår.

For at disse tanker skal rodfæstes i en så kompleks og forskelligartet størrelse som primærsektoren er ledelsesopbakning essentielt. Uden ledelsesopbakning bliver det yderst vanskeligt at skabe ejerskab og opbakning i arbejdet med utilsigtede hændelser i primærsektoren.

Arbejdet med utilsigtede hændelser vil i nogle tilfælde fordre en radikal kulturændring, hvor en åben læringskultur skal træde i stedet for traditioner for sanktionering. Der skal skabes en åben læringskultur, hvor fejl og utilsigtede hændelser ikke er et personligt anliggende forbundet med skyld og skam, men et udgangspunkt for at udbygge læring, viden, forebyggelse og kvalitetsforbedring.

Ledelsesforankringen skal medvirke til:

- At sikre, at fokus er på organisation, processer og systemer,.
- Via adfærd og gerninger at være rollemodel for godt patientsikkerhedsarbejde
- At prioritere patientsikkerhed og kvalitetsudvikling
- At sikre, at fejl, nær fejl og utilsigtede hændelser bliver rapporteret (jo flere rapporter jo bedre ledelse)
- At sikre, at rapporteringerne bliver analyseret, fulgt op, evalueret og at der bliver givet feedback til det implicerede personale.
- At ny viden, analyserne af fejl og utilsigtede hændelser, skaber synlige ændringer.

6. EKSEMPLER PÅ IGANGVÆRENDE PATIENTSIKKERHEDSPROJEKTER I KOMMUNER

Arbejdsgruppen har kendskab til igangværende og fremtidige projekter i kommunerne:

- Et igangværende projekt i Værløse har til formål, at udvikle og afprøve rammer og redskaber til dokumentering og indsamling af utilsigtede hændelser i forbindelse med lægemidler i primærsektoren. Desuden har projektet til formål, at identificere og implementere forslag til forbedring af samarbejde og kommunikation mellem apoteker, praktiserende læger og hjemmeplejen. Projektet løber fra juni 2005 - april 2006.
- I Århus kommune, 3. Magistratsafdeling, skal der implementeres et system til håndtering af utilsigtede hændelser, primært indenfor ældreområdet. Der er nedsat en arbejdsgruppe, der har til opgave at:
 - sikre afklaring af hvad utilsigtede hændelser dækker over i kommunalt regi
 - afklarer hvem der skal afrapportere, hvad der skal rapporteres, til hvem der skal rapporteres og hvordan der skal rapporteres i Magistratens 3. afdeling.
 - beskrive hvor og hvordan de indsamlede data skal håndteres med henblik på at sikre læring på forskellige niveauer i organisationen samt til eksterne samarbejdsparter.
 - udarbejde strategi for implementering og opbakning til systemet i organisationen
 - formulere krav til et IT-system, der kan opsamle indberetninger om utilsigtede hændelser i Mag 3

Arbejdet påbegyndes november 2005

- I Aabenraa Kommune har man siden juli 2003 arbejdet med et system til håndtering af fejl, nærfejl og utilsigtede hændelser i hjemmeplejen, på plejecentre, på dagcentre og i hjælpemiddelområdet. På baggrund af struktureret håndtering af fejl og utilsigtede hændelser uddrages relevant læring og på baggrund heraf gennemføres relevante ændringer i arbejdsgange, forhold m.m. Utilsigtede hændelser og fejl registreres i forhold til flg. grupper af fejl: Medicinhåndtering, fald, sårinfektioner, tryksår, uheld/ulykker og "andet".

Erfaringer herfra viser at specielt medicinhåndtering og fald er to grupper med et meget stort antal fejl/utilsigtede hændelser. Men også fejl i forbindelse med udskrivelser og ændrede kommunikationsveje og arbejdsgange i forbindelse med indførelse af IT har vist sig at være væsentlige. Derfor indgår disse to områder i de grupper af fejl/utilsigtede hændelser, der som minimum skal registreres fra november 2005.

Arbejdsgruppen anbefaler, at erfaringer fra projekter i primærsektoren inddrages og tages til efterretning i det videre arbejde.

BILAG 1 LITTERATURLISTE

Københavns Amt

OPR1 – Rapportering af utilsigtede hændelser og nærhændelser
Adm. vejledning for KBH. Amt, gældende fra 04.10.05

Københavns Amt

Rapportering af utilsigtede hændelser
Adm. vejledning for KBH. Amt, Gældende fra 04.10.05

Københavns Amt

OPR2 – Analyse og læring af utilsigtede hændelser
Adm. vejledning for KBH. Amt, Gældende fra 19.10.05

Københavns Amt

Analyse og læring af utilsigtede hændelser
Adm. vejledning for KBH. Amt, Gældende fra 19.10.05

Københavns Amt

OPR3 – Proaktiv klinisk risikostyring
Adm. vejledning for KBH. Amt, Gældende fra 19.10.05

Københavns Amt

OPR4 – Omsorg for patienten ved skade
Adm. vejledning for KBH. Amt, Gældende fra 19.10.05

Københavns Amt

Omsorg for patienten ved utilsigtede hændelser
Adm. vejledning for KBH. Amt, Gældende fra 19.10.05

Københavns Amt

OPR5 – Omsorg for personale, som bliver impliceret i utilsigtede hændelser
Adm. vejledning for KBH. Amt, Gældende fra 04.10.05

Københavns Amt

Omsorg for personale, impliceret i utilsigtede hændelser
Adm. vejledning for KBH. Amt, Gældende fra 04.10.05

Københavns Amt

OPR6 – Sikkerhedskultur
Adm. vejledning for KBH. Amt, Gældende fra 19.10.05

Aabenraa Kommune

Risikostyring – Procedure: Fejl, nærfejl og utilsigtede hændelser
2. udgave, maj 2005

Aabenraa Kommune

Risikostyring – Vejledning: Fejl, nærfejl og utilsigtede hændelser
2. udgave, maj 2005

Aabenraa Kommune

Risikostyring – Bilag 1: Procedure: Fejl, nærfejl og utilsigtede hændelser: Scorematrixskema

2. udgave, maj 2005

NHS

National Patient Safety Agency: De syv trin

<http://www.npsa.nhs.uk/display?contentId=4370>

- Step 1: Build a safety culture – create a culture that is open and fair
- Step 2: Lead and support your staff – establish a clear and strong focus on patient safety throughout your organisation
- Step 3: Integrate your risk management activity – develop systems and processes to manage your risks and identify and assess things that could go wrong
- Step 4: Promote reporting – ensure your staff can easily report incidents locally and nationally
- Step 5: Involve and communicate with patients and the public – develop ways to communicate openly with and listen to patients
- Step 6: Learn and share safety lessons – encourage staff to use root cause analysis and significant event auditing to learn how and why incidents happen
- Step 7: Implement solutions to prevent harm – embed lessons through changes to practice, processes or systems