

## Rekommandationer om reaktioner efter utilsigtede hændelser på sygehuse. Delrapport 3 fra projekt om reaktioner efter utilsigtede hændelser

Østergaard, D.; Hermann, N.; Andersen, Henning Boje; Freil, M.; Madsen, M.D.; Ruhnau, B.

*Publication date:*  
2004

*Document Version*  
Også kaldet Forlagets PDF

[Link back to DTU Orbit](#)

*Citation (APA):*

Østergaard, D., Hermann, N., Andersen, H. B., Freil, M., Madsen, M. D., & Ruhnau, B. (2004).  
Rekommandationer om reaktioner efter utilsigtede hændelser på sygehuse. Delrapport 3 fra projekt om  
reaktioner efter utilsigtede hændelser. (Denmark. Forskningscenter Risoe. Risoe-R; Nr. 1499(DA)).

## DTU Library

Technical Information Center of Denmark

---

### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

# Rekommendationer om reaktioner efter utilsigtede hændelser på sygehuse

## Delrapport III fra projekt om reaktioner ef- ter utilsigtede hændelser

Doris Østergaard, Niels Hermann, Henning Boje Andersen,  
Morten Freil, Marlene Dyrlov Madsen, Birgitte Ruhnau

Dansk Institut for Medicinsk Simulation  
Embedslægeinstitutionen Frederiksborg Amt  
Forskningscenter Risø

Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt

**Forfatter:** Doris Østergaard, Niels Hermann, Henning Boje Andersen, Morten Freil, Marlene Dyrlov Madsen, Birgitte Ruhnau

**Risø-R-1499(DA)**  
**Juni 2005**

**Titel:** Rekommandationer om reaktioner efter utilsigtede hændelser på sygehuse. Delrapport III fra projekt om reaktioner efter utilsigtede hændelser

**Afdeling:** Afdelingen for Systemanalyse

**Abstract (in English) (max. 2000 char.):**

This publication is the third report resulting from a project carried out in 2003-04 focusing on reactions vis-à-vis patients after the occurrence of an adverse event. The recommendations in this report are based on interviews with patients and a questionnaire survey among patients, experiences and advice described in the literature and the assessment of the project group. This report and its accompanying reports about results of the patient interviews and the questionnaire survey are available in electronic form.

**ISSN 0106-2840**  
**ISBN 87-550-3406-3**

**Abstrakt:**

Denne publikation udgør den tredje rapport i et projekt udført 2003-04 om reaktioner over for patienter i forbindelse med utilsigtede hændelser. Anbefalingerne er udarbejdet på grundlag af interviews med og spørgeskemaundersøgelse blandt patienter samt erfaringer beskrevet i litteraturen. Rapporten er sammen med rapporterne over henholdsvis interviewundersøgelsen og spørgeskemaundersøgelsen tilgængelige i elektronisk format.

**Kontrakt nr.:**

**Gruppens reg. nr.:**  
(Fønixs PSP-element)

**Sponsorship:**

**Forside :**

**Sider: 20**  
**Tabeller:**  
**Referencer:**

Forskningscenter Risø  
Afdelingen for Informationsservice  
Postboks 49  
DK-4000 Roskilde  
Danmark  
Telefon +45 46774004  
[bibl@risoe.dk](mailto:bibl@risoe.dk)  
Fax +45 46774013  
[www.risoe.dk](http://www.risoe.dk)

## **Abstrakt**

Denne publikation udgør den tredje rapport i et projekt udført 2003-04 om reaktioner over for patienter i forbindelse med utilsigtede hændelser. Anbefalingerne er udarbejdet på grundlag af interviews med og spørgeskemaundersøgelse blandt patienter samt erfaringer beskrevet i litteraturen. Rapporten er sammen med rapporterne over henholdsvis interviewundersøgelsen og spørgeskemaundersøgelsen tilgængelige i elektronisk format.

## **Abstract**

This publication is the third report resulting from a project carried out in 2003-04 focusing on reactions vis-à-vis patients after the occurrence of an adverse event. The recommendations in this report are based on interviews with patients and a questionnaire survey among patients, experiences and advice described in the literature and the assessment of the project group. This report and its accompanying reports about results of the patient interviews and the questionnaire survey are available in electronic form.

## **Projektgruppen**

Dansk Institut for Medicinsk Simulation, Amtssygehuset i Herlev  
Overlæge Doris Østergaard og overlæge Birgitte Ruhnau.

Forskningscenter Risø, Afd. f. Systemanalyse, Forskningsprogrammet f. Sikkerhed,  
Pålidelighed og Menneskelige Faktorer  
Seniorforsker Henning Boje Andersen og ph.d.-stud. Marlene Dyrlov Madsen

Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt, Amtssygehuset i Glostrup  
Afdelingsleder cand.oecon. Morten Freil.

Embedslægeinstitutionen Frederiksborg Amt  
Embedslæge Niels Hermann

© 2005. Rapporterne kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

# Indholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Indledning</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Målgrupper og ansvars niveauer</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Rekommandationer om reaktioner på hændelser overfor patienter</b>	<b>8</b>
3.1	Patienternes ønsker	8
	Resultater fra interview - og spørgeskemaundersøgelsen	8
	Internationale erfaringer	9
3.2	Diskussion	9
3.3	Rekommandation 1: Hvordan håndteres den konkrete hændelse overfor patienten	10
<b>4</b>	<b>Rekommandationer for at inddrage og anvende patienters perspektiv og erfaringer</b>	<b>11</b>
4.1	Patienternes ønsker	11
	Resultater fra interview - og spørgeskemaundersøgelsen	11
	Internationale erfaringer	11
4.2	Diskussion	12
4.3	Rekommandation 2: Inddragelse af patienternes perspektiv og erfaringer	12
<b>5</b>	<b>Rekommandationer om støtte af læring</b>	<b>13</b>
5.1	Patienternes ønsker	13
	Resultater fra interview - og spørgeskemaundersøgelsen	13
	Internationale og nationale erfaringer	14
5.2	Diskussion	14
5.3	Rekommandation 3: Støtte af læring samt krav til personalets kompetencer og holdninger	15
<b>6</b>	<b>Afslutning</b>	<b>16</b>
<b>7</b>	<b>Referencer</b>	<b>17</b>
	<b>Bilag 1: Resume fra projekt om rekommandationer for rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse</b>	<b>19</b>

## Forord

I forlængelse af *projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse* (2001-02) har gruppen nu gennemført *projekt om reaktioner efter utilsigtede hændelser*.

De to projekter er beslægtede men har dog forskelligt fokus. Hvor vi i det første var optaget af uformning af principper og retningslinier for rapportering og læring af utilsigtede hændelser, har vi i dette sidste projekt beskæftiget os med patientens perspektiv, når en hændelse er indtruffet. Resultater fra dette projekt om reaktioner efter utilsigtede hændelser forelægges nu i tre delrapporter, som vil blive tilgængelige i elektronisk format på Forskningscenter Risøs hjemmesider:

- Resultater fra interviewundersøgelse af patienters holdninger til håndtering af utilsigtede hændelser. Delrapport I fra projekt om reaktioner efter utilsigtede hændelser. Risø-R-1497. <http://www.risoe.dk/rispubl/SYS/ris-r-1497.htm>
- Spørgeskemaundersøgelse af patientholdninger til reaktioner efter utilsigtede hændelser. Delrapport II fra projekt om reaktioner efter utilsigtede hændelser. Risø-R-1498. <http://www.risoe.dk/rispubl/SYS/ris-r-1498.htm>
- Rekommandationer om reaktioner efter utilsigtede hændelser på sygehuse. Delrapport III fra projekt om reaktioner efter utilsigtede hændelser. Risø-R-1499. <http://www.risoe.dk/rispubl/SYS/ris-r-1499.htm>

I Delrapport I fremlægges resultater af interviews med syv brugerpaneler gennemført i Frederiksborg og Københavns Amter i perioden fra maj – november 2003, og i Delrapport II (denne rapport) beskrives resultater fra en spørgeskemaundersøgelse gennemført i Københavns Amt i perioden januar-maj 2003. Denne udsendes til en begrænset gruppe af interessenter, og vil blive offentligt tilgængelig, så snart hovedresultater fra undersøgelsen er fremlagt i videnskabelig publikation. Delrapport III indeholder rekommandationer om reaktioner i forbindelse med hændelser og fejl i sundhedsvæsenet. Rekommandationerne er udarbejdet på basis af *dels* resultaterne fra spørgeskema- og interviewundersøgelsen Delrapporter I og II, *dels* international og dansk litteratur om emnet, og *dels* de fire delrapporter fra det foregående projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse. Disse rapporter, som også er tilgængelige elektronisk, omfatter:

- Fokusgruppeinterviews med læger og sygeplejersker om fejl og utilsigtede hændelser på sygehuse. Delrapport I fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse. Risø-R-1366. <http://www.risoe.dk/rispubl/SYS/ris-r-1366.htm>
- Spørgeskemaundersøgelse af lægers og sygeplejerskers holdninger til rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. Delrapport II fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse. Risø-R-1367. <http://www.risoe.dk/rispubl/SYS/ris-r-1367.htm>
- Oversigt over internationale erfaringer med rapporteringssystemer. Delrapport III fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse. Risø-R-1368. <http://www.risoe.dk/rispubl/SYS/ris-r-1368.htm>
- Rekommandationer for rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. Hovedrapport fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse. Risø-R-1369. <http://www.risoe.dk/rispubl/SYS/ris-r-1369.htm>

Projektet er velvilligt finansieret af Momsfonden og Apotekerfonden. Projektgruppen har mødt megen positiv interesse og velvilje i forbindelse med gennemførelse af projektet, og retter hermed en tak til de mange patienter, der har taget tid til enten at besvare spørgeskemaet eller til at deltage i gruppeinterviews.

Denne rapport om rekommandationer har været udsendt til en kreds af interessenter til kommentarer. Vi takker Dansk Sygeplejeråd, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, De Samvirkende Invalideorganisationer samt kvalitets- og patientsikkerhedsansvarlige i amterne for deres omhyggelige og nyttige kommentarer.

*København, Hillerød og Roskilde, juni 2005*

# 1 Indledning

De senere år er der kommet fokus på betydningen af kommunikation i relation til patientsikkerhed. Det er velkendt, at mangel på kommunikation og misforståelser ofte spiller en rolle, når utilsigtede hændelser og fejl opstår inden for sundhedsvæsenet. Men også kvaliteten af kommunikation med patienten og dennes pårørende *efter* en hændelse er af meget stor betydning. Flere internationale rapporter og lederartikler peger på vigtigheden af god kommunikation med patienten efter en hændelse, og der efterlyses konsensus om, hvordan den bedst kan udføres (1,2,3,4). Endvidere fremhæves vigtigheden af at formulere en politik for, hvordan der bedst skabes åbenhed omkring hændelser og retningslinjer for, hvordan afdelingerne kan arbejde med at skabe en sikkerhedskultur. Nøg-leordet synes at være åbenhed både i relation til patienter og pårørende og i relation til samarbejdspartnere. Åbenhed vil også gøre det muligt at lære af hændelser (11).

Projektet belyser patienters ønsker, krav og forventninger til det sundhedsfaglige personale og organisationen inden for sygehussektoren. Formålet med denne rapport er ud fra patienternes besvarelser at beskrive retningslinier for, hvordan hændelser bedst håndteres, når de er indtruffet.

I alle de følgende afsnit fremlægges resultater og udsagn fra patientspørgeskema- og interviewundersøgelsen samt konklusioner fra de internationale erfaringer indenfor dette område. For uddybende resultater, forklaringer samt dokumentation og referencer henvises til delrapporterne I og II fra projektet. Endvidere henvises til de fire delrapporter fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse – jf. referencer i Forord, og herunder i særdeleshed Delrapport IV (Hovedrapport) om rekommandationer for rapportering og tilbagemelding af utilsigtede hændelser på sygehuse (2002), fra hvilken resumé og rekommandationer er gengivet i appendiks i denne rapport. Rekommandationer i den tidligere udgivne rapport om krav til et registreringssystem var overvejende orienteret ud fra en systemtilgang, dvs. de rettede sig mod udvikling af arbejdet med *patientsikkerhed på centralt niveau og på det praktiske plan på afdelinger og på sygehuse*. Disse rekommandationer blev formuleret dels til brug for lovgivning og dels til brug i sundhedsvæsenet. I modsætning hertil er rekommandationer i denne rapport ikke rettet mod lovgivning, idet der allerede er etableret lovgivning inden for patientsikkerhed<sup>1</sup>. Disse rekommandationer er intenderet som en vejledning fra arbejdet med patientsikkerhed som rækker ud over lovgivningen og som søger at an vise hvad der bør gøres over for patienter efter utilsigtede hændelser og hvem der har ansvar for dette arbejde.

---

(1) Lovgrundlaget for patientsikkerhedsområdet baserer sig i første række på Lov om patientsikkerhed med tilhørende Bekendtgørelse og Vejledning men også på Lov om patienters retsstilling: Lov om patienters retsstilling (lov nr 482 af 01/07/1998). (<http://www.retsinfo.dk>). Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet (lov nr 429 af 10/06/2003) med tilhørende bemærkninger til loven (<http://www.folketinget.dk>) samt bekendtgørelse og vejledning til loven (BEK nr 1018 af 10/12/2003) og (VEJ nr 9847 af 19/12/2003).



## 2 Målgrupper og ansvars niveauer

Rekommandationerne er udformet til sygehusektorens tre niveauer: de centrale sundhedsmyndigheder, sygehusejerne og det kliniske niveau. Ministeriet og Sundhedsstyrelsen kan formulere bekendtgørelser og vejledninger, som af sygehusejerne på forvaltningsniveau kan omsættes til politikker og administrative instrukser, som på klinisk niveau (eksempelvis afdelingsniveau) udmøntes i praksis.

Projektgruppen mener, at det er vigtigt at placere ansvaret for at gennemføre rekommandationerne på det konkrete niveau, hvilket i det efterfølgende er indikeret for hver enkelt rekommandation. Man bør være opmærksom på, at betegnelser og ansvarlige kan variere afhængigt af den lokale struktur (fx afdelinger og funktionsenheder).

## 3 Rekommandationer om reaktioner på hændelser overfor patienter

Inden for sundhedsvæsenet er det vigtigt for en optimal behandling, at patienter og sundhedspersonale oplever et gensidigt tillidsforhold. Dette forudsætter på den ene side, at patienten er tryk ved lægens handlinger og oplever, at lægen handler ud fra, hvad der er bedst for patienten og på den anden side, at lægen oplever, at patienten stoler på lægens vurderinger og handlinger.

### 3.1 Patienternes ønsker

#### Resultater fra interview - og spørgeskemaundersøgelsen

Patienterne anser åbenhed og ærlighed om fejl samt det at blive mødt med respekt og forståelse som særdeles vigtigt i forbindelse med utilsigtede hændelser og fejl. Patienterne mener generelt ikke, at sundhedspersonalet i tilstrækkelig grad skaber åbenhed og informerer om fejl, hændelser og følger af disse. Patienters ønsker og krav er i det store og hele de samme uanset om den hændelse, de tager stilling til, medfører en mild skade eller en alvorlig.

Information om fejl til både patient og pårørende tillægges generelt meget høj vægt af patienterne. Der er divergerende opfattelser af, i hvilke omfang og hvordan, der skal informeres om mulige og forventede konsekvenser for patienten. Patienterne anser det generelt som vigtigt, at informationen i forbindelse med fejl bliver tilpasset individuelt i forhold til den enkelte patients tilstand og fejls omfang.

Næsten halvdelen af patienterne mener, at personalet undertiden holder information tilbage, og heraf mener de fleste, at personalet gør det af hensyn til sig selv. Ligeledes mener patienterne heller ikke, at personalet i tilstrækkeligt omfang indrømmer og beklager hændelser og fejl. Patienterne forventer, at der i tilfælde af fejl bliver lyttet til patientens oplevelser og at der bliver givet mundtlige indrømmelse af fejl. En mindre del af patienterne mener ikke, at læger i alle tilfælde skriver i journalen om en hændelse. Der er således et misforhold både mellem, hvad patienterne tror, de får, og hvad de ønsker samt mellem patienternes og personalets opfattelse.

Patienterne giver udtryk for, at læger og sygeplejersker i højere grad end den formodede praksis, skal være åbne og informere om hændelser og fejl.

Støtteforanstaltninger såsom opfølgende samtaler, samtaler med psykolog eller anden uvildig person, dækning af tabt arbejdsfortjeneste i forbindelse med længerevarende efterbehandling blev fremhævet, som ønskeligt.

Endelig ønsker patienter, at information om erstatnings- og klagemuligheder vil blive formidlet automatisk i forbindelse med skadevoldende hændelser.

### **Internationale erfaringer**

To grundige artikler om problemet (4,9) anbefaler fuld åbenhed (full disclosure) i de tilfælde hvor hændelser har konsekvenser for patienter. Forfatterne beskæftiger sig med, hvordan den enkelte læge, sygeplejerske osv. bør handle, hvorimod det ikke diskuteres hvorledes sundhedssystemet bør indrettes eller hvorledes den enkelte afdelings procedurer og rutiner skal udformes. Enkelte rapporter og lederartikler beskæftiger sig med dette emne, fx præsenteres rekommandationer om graden af åbenhed og barrierer mod dette i rapporten *Communication with patients in the context of medical error* (7). Jævnfør også BMJ's "Patient Issue" (2003, vol. 326, 14 June).

Vore data vedrørende åbenhed og lægers tendens til at være mindre åbne end patienterne ønsker er i overensstemmelse med litteraturen (12,15). Her påpeges det at den eksisterende lovgivning ikke i tilstrækkelig grad opfordrer sundhedspersonale til at udvise åbenhed efter en hændelse, og at kulturen kan hæmme den åbne diskussion, som bør finde sted blandt personalet efter hændelser. Fallowfield og Fleissig påpeger, at mangel på kommunikative færdigheder kan vanskeliggøre samtalen med patient og pårørende (7). Det konkluderes, at når vanskelige beskeder skal viderebringes, som fx information om skade på en patient efter en hændelse, er kommunikative kunnen på et højt niveau nødvendige.

På baggrund af litteraturen anbefaler vi, at der sættes mere fokus på at forstå patientens reaktion efter en hændelse, og at patienten i højere grad støttes af personalet, idet det skønnes at kun de færreste har brug for egentlig psykologisk hjælp. I nogen tilfælde kan en uvildig person være den bedste for patienten at tale med efter en hændelse.

## **3.2 Diskussion**

Resultater fra interview- og spørgeskemaundersøgelsen og fra litteraturen viser entydigt, at en større åbenhed overfor patienter i forbindelse med hændelser og fejl er nødvendig (1-4,7-15). Denne større åbenhed bør også omfatte, at sundhedspersonalet bliver bedre til at indrømme fejl og til at tage sig tid til at undskylde eller beklage hændelsen overfor patienter, men også til at synliggøre at der er taget de fornødne forholdsregler i forbindelse med skaden. Jo større åbenhed personalet udviser, desto større tillid vil der formentlig opnås fra patienterne.

Det må primært påhvile afdelingsledelserne både at stille krav om og at sikre større åbenhed og modenhed hos det enkelte personalemedlem. Ledelsen bør sikre, at en sådan kompetence udvikles hos den enkelte. Ligesom det også må være ledelsens ansvar at sikre hvorledes og af hvem patienterne skal informeres om fejl/hændelser.

En øget åbenhed overfor patienter kan være i konflikt med personalets ønsker. I visse situationer vil et personalemedlem have været personlig involveret i hændelsen (den skarpe ende) og kan eventuelt have været medvirkende til at hændelsen udviklede sig. I denne situation kan det være hensigtsmæssigt, at en overordnet informerer patienten om

hændelsen, idet det involverede personalemedlem kan være for emotionelt påvirket af situationen.

Ved skade efter utilsigtede hændelser, som kunne være undgået, er det ikke blot naturligt og menneskeligt, men det forventes også af patienter at skaden anerkendes. En anerkendelse af en skade på en patient kræver at ”nogen” – helst de implicerede personalemedlemmer - udtrykker beklagelse eller giver en oprigtig undskyldning. En beklagelse implicerer ikke skyld eller fejl fra den beklagedes side, og at udtrykke ”jeg er ked af det...” eller ”jeg beklager det, der er sket” er derfor en rimelig og ikke skyldspådragende måde at anerkende og beklage patientens skade på. Det er vigtigt at formulere sig personligt med ”jeg” og ikke i flertal med ”vi”, da det kan opfattes som upersonligt og i værste tilfælde som ansvarsforflygtigende. En undskyldning giver per definition udtryk for en grad af skyld, men denne behøver ikke at være individuel eller personlig, idet ”systemet” kan være skyld i den utilsigtede hændelse. I alvorlige situationer med større skade, der skønnes at have involveret fejl, kan det være passende at afdelingsledelsen involveres og evt. deltager i samtalen med patienten

At skabe gensidig tillid mellem patient og personale rækker i sådanne tilfælde ud over personalets mulighed for forankring af tillid lokalt. Patienternes medvirken er nødvendig, og den væsentligste opgave i Danmark er nu at etablere tillid mellem patienter og personale. Dette føres bedst ved at have en åbenhed omkring risikoen for hændelser, herunder at informere patienter og pårørende både skriftlig og mundtligt og indrømme og vedgå hændelser og fejl. Endvidere bør man, når det er naturligt, søge at medinddrage patienterne i ansvaret for diagnostik og behandling – og dermed i en fælles proaktiv risiko styring (2,7,14,17,18).

Patienterne skal informeres om muligheden for at klage eller søge erstatning. Der bør lægges vægt på at informere patienterne om, hvad de kan forvente af deres erstatningssag og/eller klagesag. En vejledende bedømmelse af udfaldet evt. af en uvildig person, som f.eks. en ”ombudsmand” er foreslået i EU (21).

Overordnet set bør sundhedspersonalet i langt højere grad end det i dag er praksis kommunikere åbent med patienter om indtrufne hændelser og deres mulige følger. Dette gælder både den mundtlige information til patienten og dokumentationen af hændelsen i journalen.

Vi finder derimod ikke, at patienter generelt bør informeres om nærved-hændelser, dvs. hændelser, der ikke har eller kan få konsekvenser for patienten. Patienten har ingen gevinst af en sådan information, men kan tværtimod blive unødigt bekymret for, hvad der kunne være sket. (Det forhold, at nærved-hændelser skal rapporteres af hensyn til læring gælder naturligvis fortsat, men er ikke relevant over for den enkelte patient).

### **3.3 Rekommandation 1: Hvordan håndteres den konkrete hændelse overfor patienten**

1.1 Alle patienter bør informeres om hændelser, der har indflydelse på deres behandlingsforløb og/eller kan have konsekvenser senere hen. Sundhedspersonalet skal kunne mestre åben og ærlig kommunikation med patienter og pårørende, baseret på den enkelte patients behov. Det påhviler det enkelte medlem af sundhedspersonalet at vurdere den individuelle patient eller pårørendes ønske til omfang af information efter en hændelse. I alvorligere tilfælde bør patient eller pårørendes behov for støtteforanstaltninger, f.eks. i form af kontakt til psykolog, vurderes.

- 1.2 Sundhedspersonalet bør tydeligt beklage hændelsen overfor patienten og i tilfælde af fejl give en undskyldning. Dette indebærer ikke nødvendigvis indrømmelse af personlig fejl eller skyld. Afdelingsledelsen bør åbent vedgå ansvaret for enhver sådan hændelse, der kunne have været undgået.
- 1.3 Afdelingsledelsen bør medvirke aktivt til at skabe en kultur i afdelingen, således at personalet tør stå frem og åbent diskutere hændelser både internt i afdelingen og med patienter/pårørende.
- 1.4 Afdelingsledelsen er ansvarlig for, at patienten, som har været udsat for en utilsigtet hændelse, og dennes pårørende informeres om hændelsen og de mulige konsekvenser hurtigst muligt efter hændelsen. Det anbefales, at afdelingen udarbejder vejledning for dette, herunder beskriver, hvem der har ansvaret for, at patienten informeres og hvordan der skal informeres.
- 1.5 Afdelingsledelsen bør sikre, at patienter, som bliver udsat for hændelser, informeres om klage- og erstatningsmuligheder, og at patienten sættes i forbindelse med sygehusets patientvejleder.
- 1.6 Sygehusledelsen bør sikre at den enkelte afdeling formulerer og implementerer, under iagttagelse af høje kvalitetskrav, en politik for information af patienter og pårørende

## **4 Rekommandationer for at inddrage og anvende patienters perspektiv og erfaringer**

### **4.1 Patienternes ønsker**

#### **Resultater fra interview - og spørgeskemaundersøgelsen**

Det er tydeligt, at patienterne er opmærksomme på, hvor der er risikofyldte zoner og at personalet har travlt. Mange patienter ønsker at tage ansvar og gør det også. Der er en tydelig forskel mellem de yngre og de ældre patienter, idet de yngre i højere grad ønsker medinddragelse. Endvidere er det klart at patienter, som er hyppige brugere af sundhedsvæsenet bedre kan se, hvor risikoområderne er, hvor en hændelse kan opstå og hvornår der afviges fra de normale procedurer.

Patienterne giver udtryk for, at det ville være uden mening, hvis andre patienter skulle udsættes for den samme fejl, som de selv har været udsat for. De finder det afgørende vigtigt, at der læres af hændelsen, således at fejlen ikke gentages overfor andre. Patienterne finder dette punkt mere væsentligt end muligheden for at klage og drage personalet til ansvar. En betydelig del af patienterne udtrykker, at deres begrundelse for at indgive klage er ønsket om læring, og de ville egentlig hellere undgå klagesagen, hvis de kunne være sikre på at der ville ske læring.

#### **Internationale erfaringer**

Flere undersøgelser (referencer 1-4) har påpeget fordelene ved at inddrage patienten i behandlingen, og kommentatorer (fx Smith, 2003) har fremhævet, at dagens og fremtidens patient i stigende grad vil være medansvarlig for egen behandling og deltage i be-

slutningsprocessen. Personalets rolle vil med tiden ændres til at være mere vejledende. Dette samme vil også gøre sig gældende i relation til patientsikkerhed.

## **4.2 Diskussion**

Undersøgelsesresultater peger på patienternes entydige ønske om at sikre læring ud fra oplevede hændelser og risikofyldte procedurer. Sundhedsvæsenet har ikke haft en tradition for aktivt at efterspørge patienters erfaringer på dette område og dermed at modtage og anvende patienternes oplevelser og synspunkter. I patienttilfredshedsundersøgelserne har man hidtil – med enkelte undtagelser (ref. Freil) - ikke spurgt til patienters oplevelse af fejl og andre hændelser. Resultaterne peger også på at det for en betydelig del af patienterne er vigtigere at der med deres beretning om hændelser sikres læring, end at de rejser en klagesag. Det er endnu ikke praksis at patienter kan indgive læringsrapportering. Klagesystemet har hidtil været den eneste formelle mulighed for patienter at sikre ”systemet” kunne tage ved lære. Det betyder i praksis at mange patienter klager uden at opnå det de egentlig ønsker, nemlig primært at undgå gentagelse af hændelsen. Samtidig kan personale blive trukket igennem et klageforløb uden et sikkert konstruktivt udfald for nogle af parterne.

## **4.3 Rekommandation 2: Inddragelse af patienternes perspektiv og erfaringer**

- 2.1 Personalet bør se patient og pårørende som en værdifuld ressource, som kan inddrages i behandlingen. Langt de fleste patienter kan i større eller mindre grad involveres i og medvirke til en proaktiv risikostyring.
- 2.2 Sygehuse/afdelinger bør sikre patienter mulighed for at kunne aflevere en mundtlig eller skriftlig rapportering om fejl eller hændelser, de har været udsat for og som de mener, man bør tage ved lære af.
- 2.3 Sygehuse/afdelinger bør udarbejde information til patienter om muligheden for at indgive beskrivelse af hændelse eller fejl.
- 2.4 Ansvarlige for patientsikkerhedsprojekter bør i planlægnings- og udførelsesfasen inddrage patienten, hvor det er muligt. Myndigheder, forskningsråd og andre der bevilger ressourcer til disse projekter bør sikre, at patientinddragelsen indgår i projektplaner.

## 5 Rekommandationer om støtte af læring

Den primære opgave efter en hændelse er at sikre, at en eventuel skade på en patient behandles så hurtigt og effektivt som muligt og at skadens omfang om muligt begrænses. Det kan i den forbindelse være hensigtsmæssigt, hvis der er åbenhed om hændelsen. Sekundært bør hændelsen indrapporteres lokalt og til den nationale database af hensyn til vidensdeling og læring..

### 5.1 Patienternes ønsker

#### Resultater fra interview - og spørgeskemaundersøgelsen

Patienterne anser det for vigtigt, at der internt på afdelingen er åbenhed og dialog om fejl, herunder at der internt på afdelingen følges op på fejlhændelser; fx via lederpersonalesamtaler, kollegialt netværk, afdelingsmøder mm.

Patienterne er kun i ringe grad optaget af, hvorledes utilsigtede hændelser og fejl på sygehusene registreres, og hvordan sundhedsvæsenet skal formidle viden og erfaringer til offentligheden.

En stor del af patienterne anfører, at det er vigtigt at udnytte muligheden for erstatning og enkelte patienter udtrykker, at de ønsker at benytte adgang til at klage over behandlingen.

Patienter har meget divergerende holdninger til ansvar og sanktioner i forbindelse med fejl. Synspunkterne spænder fra sanktioner i form af fratagelse af autorisation eller suspendering, afholdelse af afdelingskonferencer hvor fejl og andre hændelser undersøges og behandles til en kombination af ingen sanktioner men mere vægt på forebyggende foranstaltninger. De anser det generelt som afgørende vigtigt, at personalet vedgår ansvar i forbindelse med utilsigtede hændelser og fejl.

Patienterne peger også på behov for skærpede kontrolsystemer som f.eks. dobbelt-check af procedurer, etablering af uforstyrrede rammer i forbindelse med udførelse af vigtige procedurer.

Patienterne har forståelse for, at hændelser og fejl kan opstå i forbindelse med deres behandling og at pressen i den forbindelse kan have en negativ indflydelse ved at anvende et sensationspræget format.

Patienterne forventer, at der i tilfælde af fejl bliver lyttet til deres oplevelser og de forbedringsforslag de måtte fremkomme med, samt at det involverede personale mundtligt indrømmer og udtrykker beklagelse over begåede fejl.

I interviewundersøgelsen kalder patienterne lægerne for arrogante og klager over, at der ikke i tilstrækkelig grad bliver lyttet til patienten. Patienterne mener, at læger bør trænes i at etablere bedre kontakt med patienterne og at de lærer at lytte, specielt i forbindelse med kommunikation om hændelser.

Patienterne forventer og har generelt tillid til, at personalet er kompetent, dog har ca. 1/3 af patienterne opfattelsen af, at de unge læger står uden opbakning. En del patienter har den opfattelse, at dårlige læger får lov til at fortsætte med deres arbejde. En større del (86%) mener at personalets færdigheder regelmæssigt bør vurderes og foreslår at perso-

nalet indbyrdes kontrollerer hinanden. De foreslår endvidere, at der bør være procedure-check og gensidig kontrol ved komplicerede/alvorlige og væsentlige arbejdsgange.

Patienterne accepterer at fejl kan ske, men der er en klar forventning om, at fejl ikke må forekomme på baggrund af forsætlighed, sjuusk eller alkoholpåvirkning. Patienterne mener - i højere grad end personalet selv - at personalet skal stilles til ansvar for en hændelse, der involverer fejl.

Patienterne fremhæver, at der er for mange behandlere involveret i den enkeltes behandlingsforløb, hvilket bl.a. resulterer i informationstab, kommunikationsbrist og at ansvaret for forløbet bliver diffust. De peger på en kontaktlægeordning med een gennemgående ansvarlig læge som metode til forebyggelse af fejl.

### **Internationale og nationale erfaringer**

I rapporten *Communication with patients in the context of medical error* (7) er betydningen af sundhedspersonalets kommunikative egenskaber fremhævet, hvilket understøtter vore resultater fra interviewundersøgelsen. Personalet bør udvise en bedre forståelse for patienterne og deres behov. Læger bør ifølge rapporten uddannes i at håndtere emotionelle samtaler, som følger efter en utilsigtet hændelse eller fejl. I samspillet med patienten skal man som sundhedsperson kunne mestre den vanskelige kommunikation. Et træningsprogram med fokus på såvel viden, færdigheder som holdninger samt træning i kontekst synes at være nødvendig for at udvikle sådanne færdigheder og sikre en ændring i adfærd.

Dette er i overensstemmelse med CanMED projektet, som anskueliggjorde patienternes ønsker til sundhedspersonalets kompetencer (16). Den nye danske speciallægeuddannelse er udviklet på baggrund af denne erfaring. I Speciallægekommissionens betænkning (19) pointeres nødvendigheden af at personalet ud over den medicinske ekspertrolle besidder andre kompetencer såsom professionalisme, kommunikation og teamegenskaber (ledelse, samarbejde), alle er de af væsentlig betydning for patientsikkerheden.

Disse kompetencer læres bedst i teams, der består af forskellige faggrupper både indenfor egen afdeling, men også i multiprofessionelle teams sammensat af personale fra forskellige specialer. Træning af komplekse færdigheder foregår bedst ved aktiv deltagelse som f.eks. simulation, hvilket nu anbefales internationalt (7,14,17). Den teknologiske udvikling gør det muligt at træne en given færdighed på fantom eller i en simulator indtil en given kompetence er nået og at gøre dette før personen udfører denne procedure på en patient.

Den nye danske speciallægeuddannelse er baseret på, at der foretages en kompetencevurdering i løbet af uddannelsen, hvilket også er i overensstemmelse med internationale trends. Check af viden og færdigheder i relation til nøglekompetencer som f.eks. genoplivning er på vej i forbindelse med akkreditering. Denne tendens er i overensstemmelse med personalets og især patienters ønsker, hvilket bl.a. fremgår af en nylig spørgeskemaundersøgelse i Frederiksborg Amt, hvor 75% af personalet og 86% af patienterne udtrykker enighed i, at personalets færdigheder regelmæssigt bør vurderes (11).

## **5.2 Diskussion**

Læring fra hændelser og dermed forebyggelse bør være den centrale del af arbejdet med patientsikkerhed.

Forudsætningen for et lærende system er personalets aktive medvirken og en åben kultur i afdelingen, hvor det er tilladt at tale om fejl. Hændelser kan indebære en betydelig belastning for de involverede medarbejdere, og der kan være behov for forskellige støttende initiativer i efterforløbet. En sådan kultur er desværre endnu ikke til stede i alle afdelinger.

En vigtig betingelse for at personalet har tillid til det system, der skal håndtere hændelsen er, at der er klare regler og rutiner omkring rapporteringssystemet, og at der tydeligt er iværksat foranstaltninger til støtte af at personalemedlem, der har været involveret i en hændelse. Endelig er det væsentligt, at personalet oplever, at ledelsen tager konsekvens af hvad, der bliver udpeget som risikabelt og hvor arbejdsgange bør ændres. I de enkelte afdelinger og på sygehusene bør der formuleres en politik for åbenhed og ærlighed om fejl og en praksis, der opmuntrer, træner og støtter personalet i at håndtere hændelser overfor patienten.

Det er forståeligt at patienter ønsker og kræver træning og uddannelse af personale i kommunikation. Dette ønske tilgodeses i stigende grad i akkrediteringsmodeller og af den nye speciallægeuddannelse.

Krav til personalets kommunikative færdigheder gælder naturligvis ganske bredt og er ikke indskrænket til situationer med fejl og andre hændelser (gentage refs). Men disse krav er særligt væsentlige at efterkomme her.

### **5.3 Rekommandation 3: Støtte af læring samt krav til personalets kompetencer og holdninger**

- 3.1 Sundhedspersonalets holdninger, adfærd og kompetence i relation til kommunikation med patienten bør udvikles og trænes. Patienten bør behandles med passende hensynsfuldhed i forbindelse med hændelser.
- 3.2 Afdelingsledelsen bør sikre, at der på baggrund af alle alvorlige eller flere lignende hændelser foretages vurdering af behov for ændring af procedurer, retningslinjer og praksis. Det bør sikres, at patienten, som har været udsat for betydelige fejl, informeres om konkrete tiltag, der er iværksat for at hindre en lignende hændelse.
- 3.3 Afdelingsledelsen skal sikre, at det enkelte personalemedlem har den nødvendige kompetence til at løse en given opgave, dvs. at det personalemedlem arbejder under den nødvendige grad af supervision og at opdaterede retningslinjer for behandling er tilgængelige.
- 3.4 Afdelingsledelsen skal sikre, at alle personalemedlemmer tilbydes kompetenceudvikling, således at patientbehandlingen kan foregå med fornøden kvalitet.
- 3.5 Afdelingsledelser bør klart og tydeligt give udtryk for opbakning og støtte til personalet i forbindelse med rapportering af hændelser.
- 3.6 Afdelingen bør udpege behandlingsansvarlig person for den enkelte patient (læge eller sygeplejerske)
- 3.7 Sygehusejere bør sikre, at sygehuse og afdelinger prioriterer læring fra utilsigtede hændelser. Sygehusledelsen skal pålægges ansvar for tiltag, som går på tværs af afdelinger eller som er af mere generel karakter.
- 3.8 Sygehusledelsen bør sikre,



- a. at der på de enkelte afdelinger fokuseres på betydning af sikkerhedskultur,
- b. at der fremmes en forståelse for at det er legitimt og vigtigt at diskutere hændelser,
- c. at der etableres let adgang til rapportering med hurtig tilbagemelding,
- d. at der skabes tillid til hændelsesrapportering,
- e. at der fastholdes og synliggøres positive effekter af rapportering, bl.a. ved at ledelserne går forrest og udviser støtte og engagement i at udvikle de lokale sikkerhedskulturer.

## 6 Afslutning

Dette projekt afsluttes med en række rekommandationer, hvoraf nogle er så væsentlige at vi har valgt en formulering som ”bør sikre”. Det kan ikke nok pointeres, at rutiner og regler skal være klare og forståelige. Ansvar for at forbedre patientsikkerheden ligger både hos den enkelte, afdelingsledelsen, sygehusledelsen og sygehusejerne.

I Danmark har vi nu en lovgivning og et rapporteringssystem, som kan sikre læring, og de enkelte amter har etableret organisatoriske strukturer for patientsikkerhedsarbejdet. Sikkerhedskulturen skal der arbejdes med på lokalt niveau. Generelt vil de nye kompetencebaserede uddannelser med fokus på et bredere spektrum af kompetencer, anvendelse af nye undervisningsmetoder herunder simulation samt check af kompetence formentlig være medvirkende til at bedre patientsikkerhed.

Det er vanskeligt at overdrive vigtigheden af at inddrage patienterne i arbejdet med patientsikkerhed. Patienter repræsenterer en ressource både hvad angår proaktiv risikostyring og som deltagere ved uddannelse af personale. Det må tilstræbes, at patienter får mulighed for at kunne give deres synspunkter videre – uden at de behøver at rejse en klagesag. Patienterne bør opleve, at der lyttes til deres observationer og at de kan være sikre på at der læres af hændelser.

Erfaringer fra udlandet viser at det ikke er let – der er ikke nogen genveje eller hurtige løsninger, kulturændringer og så omfattende ændringer i en organisation tager tid. Ændringer kræver aktiv deltagelse af såvel patienter, pårørende, personale og myndigheder.

Projektet lægger op til, at der udarbejdes såvel målbare standarder på området som instrumenter, der kan måle om standarder efterleves og en given intervention har en effekt. Her tænker vi på måling af sikkerhedskultur, dvs. personalets vurdering samt patienternes tillid til systemet (”tillidsbarometer”), og måling af, om regler og rutiner i afdelingerne i tilstrækkelig grad er etableret og efterlevet.

## 7 Referencer

1. ACSQHC (2003): Open disclosure standard: A national standard for open communication in public and private hospitals, following an adverse event in health care. Australian Council for Safety and Quality in Health Care July 2003.
2. Amtsrådsforeningen (2003). Patientens møde med sundhedsvæsenet: De mellem menneskelige relationer - anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet. Århus, 2003.
3. Banja J.D., (2003). Disclosing medical error: How much to tell. *J Health Risk Manag.* 23, 1; 11-14.
4. Cantor, MD. (2002). Telling patients the truth: a systems approach to disclosing adverse events. *Qual. Saf. Health Care*, 2002; 11(1): 7 - 8.
5. Department of Health (2001). The expert patient: A new approach to chronic disease management for the 21<sup>st</sup> century. Department of Health 2001. <http://www.doh.gov.uk/healthinequalities>.
6. Enheden for Brugerundersøgelser (2004). Patienters oplevelser på landets sygehuse 2004. Glostrup: Enheden for Brugerundersøgelser, Københavns Amt, 2005.
7. Fallowfield L, Fleissig A. (2003). Communication with patients in the context of medical error. University of Birmingham. Kan downloades fra: [http://pcpoh.bham.ac.uk/publichealth/psrp/pdf/fallowfield\\_communication\\_final\\_report.pdf](http://pcpoh.bham.ac.uk/publichealth/psrp/pdf/fallowfield_communication_final_report.pdf).
8. Glistrup E. (2003). Patienters perspektiv på patientsikkerhed i Patientsikkerhed fra sanktion til læring. Editors: Pedersen BL and Mogensen T. Munksgaard, Danmark
9. Hebert PC, Levin AV, Robertson G (2001). Bioethics for clinicians: 23. Disclosure of medical error. *CMAJ* 2001;164:509-513.
10. Liebman, C.B. & Hyman, C.S. (2005): Medical error disclosure, mediation skills, and malpractice litigation. Project on Medical Liability in Pennsylvania. ([www.medliabilitypa.org](http://www.medliabilitypa.org)).
11. Madsen, M.D., (2004). Sikkerhedskultur på sygehuse - resultater fra en spørgeskemaundersøgelse i Frederiksborg amt. Risø-R-1471(DA). Forskningscenter Risø, Roskilde.
12. Mazor, KM., Simon, SR & Gurwitz, JH. (2004). Communicating With Patients About Medical Errors: A Review of the Literature. *Archives of Internal Medicine* 164:1690-1697.
13. National Patient Safety Agency. (2003) 7 steps to patient safety. A guide for NHS staff by the National Patient Safety Agency.
14. National Steering Committee on Patient Safety (2002). Building a safety system: A national integrated strategy for improving patient safety in Canadian health care. Toronto, RCPSC -The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

15. Porto, G.G., (2001). Disclosure of medical error: Facts and fallacies. *J Health Risk Manag.* 21, 3: 71-82.
16. RCPSC, (2000). The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada's Canadian Medical Education Directions for Specialists CanMEDS 2000 Project. Skills for the new millennium: report of the societal needs working group. Toronto.
17. Smith R (2003). Preparing for partnership. *BMJ*, 326,7406,0.
18. Staniszewska S, West E. (2004). Meeting the patient partnership agenda: the challenge for health care workers. *Int J Qual Health Care.* 2004 Feb;16(1):3-5.
19. Sundhedsministeriet (2000). Fremtidens Speciallæge. Betænkning fra Speciallægekommissionen. Betænkning nr. 1384. Maj 2000. Sundhedsministeriet.
20. Sundhedsstyrelsen (2004). Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet. Modelbeskrivelse version 1.3. Sundhedsstyrelsen, København.
21. Rory Watson (2005). EU to tackle issue of patient safety. *BMJ*, Apr 2005; 330: 866

# Bilag 1: Resume fra projekt om rekommandationer for rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse

Projektet havde til formål at fremkomme med anbefalinger for hvorledes et system til rapportering af og læring fra utilsigtede hændelser på sygehuse tilrettelægges ud fra viden om personalets holdninger og vurderinger, samt ud fra en oversigt over den internationale litteratur om rapporteringssystemer. Der blev primært foretaget fokusgruppeinterviews som grundlag for en efterfølgende spørgeskemaundersøgelse, der blev besvaret af mere end 2000 læger og sygeplejersker i fire amter. Personalets besvarelser udgjorde, sammen med litteraturen om internationale erfaringer med rapporteringssystemer, baggrund for udarbejdelse af anbefalinger, der både vil kunne anvendes på sygehusene og i den primære sundhedstjeneste. Anbefalingerne vedrører grader af åbenhed om identiteten af den der rapporterer og dennes afdeling, kriterier for hvilke hændelser der skal rapporteres frivilligt eller obligatorisk, hvem og hvortil der rapporteres og gives tilbagemelding fra, samt om reduktion af sundhedspersonalets barrierer mod at rapportere og endelig hvorledes der bør reageres overfor personale involveret i en utilsigtet hændelse, og hvorledes støtte af læring kan sikres med forebyggelse af hændelser som formål. Se Delrapport IV.

## Samlede rekommandationer

På baggrund af den internationale litteratur, resultater fra spørgeskemaundersøgelsen samt diskussioner på projektets workshop fremlægger projektgruppen nedenstående rekommandationer for arbejdet med etablering af et rapporteringssystem for utilsigtede hændelser og patientsikkerhed på sygehuse. Det vil bemærkes at flere af rekommandationerne indeholder gentagelser af fælles komponenter. Det skyldes at i de forskellige problemstillinger i afsnittene 1 til 7 inde i rapporten, som leder op til hver af rekommandationerne, indeholder forskellige præmisser som i flere tilfælde leder frem til samme rekommandation.

Rekommandation 1:

### *Grader af åbenhed om den rapporterendes og afdelingens identitet*

- Indførelse af et *ubetinget fortroligt system*, således at der skelnes skarpt mellem disciplinære og lærende rapporteringsfunktioner. Dette system kan forventes at bidrage med en højere grad af åben atmosfære om hændelser og fejl med deraf følgende større mulighed for læring.
- At afdelingsnavnet *ikke* videregives i statistikker over indrapporterede hændelser af hensyn til at reducere risiko for "gabestokseffekt" for afdelinger, der søger at fremme rapportering.

## Rekommandation 2:

### *Kriterier for rapportering: - hvilke hændelser - obligatorisk eller frivilligt*

- Rapportering af hændelser ved anvendelse af modellen "Obligatorisk plus skøn", idet det anbefales, at der udarbejdes en liste over hændelsestyper, som bør / skal indberettes. Her bør typer af hændelser være beskrevet på et generisk og udetaljeret niveau (f.eks. "faldulykke")
- Den obligatoriske listes omfang anbefales i en startfase at være begrænset, og gerne med mulighed for at de enkelte lægelige specialer kan vælge at tilføje specialespecifikke emner, ud over de der er obligatoriske for alle specialer. Ligeledes kan en fælles liste (f.eks. national eller amtslig) suppleres lokalt efter andre kriterier end specialer.

- Derudover anbefales en skønsmæssig rapportering af utilsigtede hændelser, som udfra en uformel og gerne umiddelbar betragtning måske kunne have været undgået, og som personalet finder væsentlige.

### **Rekommandation 3:**

#### ***Modtagelse af rapportering om hændelser og tilbagemelding***

- Personer fra sundhedspersonalets egne faggrupper modtager rapportering om hændelser lokalt - så nær 'kilden' som muligt - (afdeling/sygehus) med samtidig feedback og derfra rapporteres videre til et amtsligt / nationalt ubetinget fortroligt system.
- Udformningen af formatet for rapporteringen bør tilrettelægges så tæt på eksisterende allerede anvendte dokumentationsformater for ikke at indføre unødigt dobbeltarbejde, og idet der tages hensyn til at fælles national klassifikation af hændelser og årsager vil fremme udveksling af information, fælles læring samt identifikation af trends og årsagsmønstre
- Rapporteringen bør organiseres således at der gives hurtig og umiddelbar tilbagemelding, både lokalt til den rapporterende og senere centralt fra.

### **Rekommandation 4:**

#### ***Barrierer for sundhedspersonalet mod at rapportere hændelser***

- At sygehusejere sikrer at de enkelte afdelinger arbejder med nedbrydning af de interne barrierer - dvs. at der sættes ind med en holdningsbearbejdning, der fremmer en forståelse for, at det er legitimt og vigtigt at fremkomme med information om hændelser, at etablere let adgang til rapportering med hurtig tilbagemelding, at skabe tillid til hændelsesrapportering, at fastholde og synliggøre rapporteringens positive effekt bl.a. ved at ledelserne går forrest og udviser støtte og engagement, og samlet at udvikle de lokale sikkerhedskulturer.
- At eksterne barrierer reduceres – dvs. at der bl.a. sikres en meget klar adskillelse imellem disciplinære og sanktionerende instanser i forhold til rapporterings- / tilbagemeldingssystemer der har "fra-hændelse-til-læring" som hovedformål.

### **Rekommandation 5:**

#### ***Reaktioner overfor personale involveret i en utilsigtet hændelse***

- At ledelser er forpligtet til klart og tydeligt at give udtryk for opbakning og støtte til personalet i forbindelse med rapportering af hændelser.
- At der ubetinget afstås fra disciplinære tiltag i forbindelse med rapportering af hændelser, og at der overfor medarbejdere foretages både en principiel og konkret tydelig sondring mellem systemer til rapportering og læring på den ene side og disciplinære systemer på den anden.

### **Rekommandation 6:**

#### ***Støtte af læring***

- At sygehusejere sikrer at afdelingerne prioriterer læring fra utilsigtede hændelser højt som led i udviklingen af en patientsikkerhedskultur i sundhedssektoren.
- At det sikres at de enkelte afdelinger mhp. læring bliver vejledt og informeret i forbindelse med rapporteringssystemet; dvs. vejledes om hvorledes, der aktivt kan arbejdes med den praksis, der omfatter håndteringen af utilsigtede hændelser i forbindelse med rapportering, analysemetoder, tilbagemelding, opfølgende uddannelsesinitiativer og hændelsesforebyggende ændringer i organisationen.
- At der udarbejdes en lokal og central / nationalt sammenhængende målsætning for patientsikkerhed ifølge hvilken etablering af rapporteringssystem for utilsigtede

hændelser ikke står alene, men opstilles som een af komponenterne i udviklingen af patientsikkerheden.

**Rekommandation 7:**

*Patienter*

- At der ved etableringen af et rapporteringssystem for utilsigtede hændelser gøres en indsats for at kortlægge og tage hensyn til patienters og andre interessenters ønsker og krav i det omfang det fremmer og er foreneligt med det overordnede patientsikkerhedsformål.
- At patienters opfattelse af og syn på patientsikkerhed inddrages aktivt og tidligt i den videre udvikling af området.

## **Mission**

At fremme en værdiskabende og miljømæssigt forsvarlig teknologisk udvikling inden for energi, industriel teknologi og bioproduktion gennem forskning, undervisning, innovation og rådgivning.

## **Vision**

Risøs forskning **flytter grænser** for forståelsen af naturens processer og sammenhænge helt ned til den molekylære nanoskala.

Resultaterne **sætter trend** for udviklingen af bæredygtige teknologier inden for energi, industri og bioteknologi.

Indsatsen **gavner** det danske samfund og fører frem til nye industrier i milliardklassen.