



Pilotprojekt Utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsenet

Evalueringsrapport

Maj 2021

Kolofon

Titel på udgivelsen: Pilotprojekt Utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsenet

Udgivet af:

Styrelsen for Patientsikkerhed

Islands Brygge 67

2300 København S

Telefon: 72 28 66 00

E-post: stps@stps.dk

Udgivelsesår: 2021

Version: Nr. 1.0.

Versionsdato: Maj 2021

Indhold

Kolofon 1

Indhold 2

0 Resumé 3

1 Om projektet Utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsenet	4
1.1 Grundlæggende om rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser	4
1.2 Baggrund for projektet	5
1.3 Projektorganisering og planlægning af pilotprojektet	7
2 Om pilotprojektet	9
2.1 Pilotprojektets formål	9
2.2 Indsatserne i pilotprojektet	9
2.3 Pilotprojektets organisering og typer af deltagende enheder	13
3 Evalueringens formål og design	16
3.1 Målgruppe	16
3.2 Anvendelse	16
3.3 Evalueringsspørgsmål	17
3.4 Evalueringsdesign	17
4 Evalueringsresultater	20
4.1 Alvorlighedsklassifikationen	20
4.2 Rapporteringspligten	31
4.3 Rapporteringsskemaet	36
4.4 Sagsbehandlerskemaet	46
5 Konklusion og anbefalinger	50
5.1 Konklusion	50
5.2 Anbefalinger og videre proces	51

0 Resumé

Projektet Utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsenet har til formål at forbedre rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet. Projektet er en del af en større forbedringsindsats på området og udspringer bl.a af anbefalinger i et serviceeftersyn af rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser foretaget af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (nu Sundhedsministeriet) og Patientombuddets (nu Styrelsen for Patientsikkerhed, herefter STPS) (2014).

En række arbejdsgrupper med deltagelse fra kommuner og regioner udarbejdede sammen med STPS fire forslag til ændringer i rapporteringsordningen, som er blevet afprøvet i et pilotprojekt. Ændringerne beskrives indgående i afsnit 2.2. Overordnet handlede ændringer, der blev afprøvet om:

- Alvorlighedsklassifikationen, der tog udgangspunkt i en hændelses faktiske og mulige konsekvens kategoriseret i fire kategorier med ændrede beskrivelser.
- Rapporteringspligten, der i pilotprojektet med undtagelse af samlereportering var enslydende for alle enhedstyper og omfattede utilsigtede hændelser med alvorlige eller dødelige konsekvenser for patienten. Derudover havde rapportøren pligt til at vurdere, om andre hændelser kunne føre til læring og dermed var relevante at rapportere.
- Rapporteringsskemaet, der var kortere, da fritekstfelterne til beskrivelse af hændelsen, hændelsens konsekvens for patienten og eventuelle forslag til forebyggelse var slået sammen til ét fritekstfelt samtidig med at en række andre oplysninger var fjernet fra rapporteringsskemaet.
- Sagsbehandlerskemaet, som var tilpasset det ændrede rapporteringsskema.

Pilotprojektet løb fra marts 2020 til og med december 2020, hvorefter ændringer er blevet evalueret af STPS sammen med én af projektets arbejdsgrupper, med repræsentanter fra regioner, kommuner, KL og STPS. Evalueringen består af en:

- spørgeskemaundersøgelse blandt sundhedspersoner, der har rapporteret utilsigtede hændelser i pilotprojektets ændrede rapporteringsskema,
- en spørgeskemaundersøgelse blandt sagsbehandlere, der har anvendt det ændrede sagsbehandlerskema til at sagsbehandle utilsigtede hændelser rapporteret i det ændrede rapporteringsskema samt
- fokusgruppeinterviews med rapportører og sagsbehandlere.

Samlet set viste evalueringen, at rapportørerne fandt det nemmere og hurtigere at rapportere utilsigtede hændelser i det ændrede skema samtidig med, at sagsbehandlerne oplevede at modtage tilstrækkelig information til at kunne sagsbehandle og uddrage læring af de rapporterede hændelser uden at være bekymret for, at den ændrede rapporteringspligt kan betyde, at hændelser, som kan skabe læring og øge patientsikkerheden, ikke længere vil blive rapporteret. I afsnit 4, der beskriver evalueringens resultater beskrives løbende, de forslag til forbedringer, der er kommet frem under evalueringen.

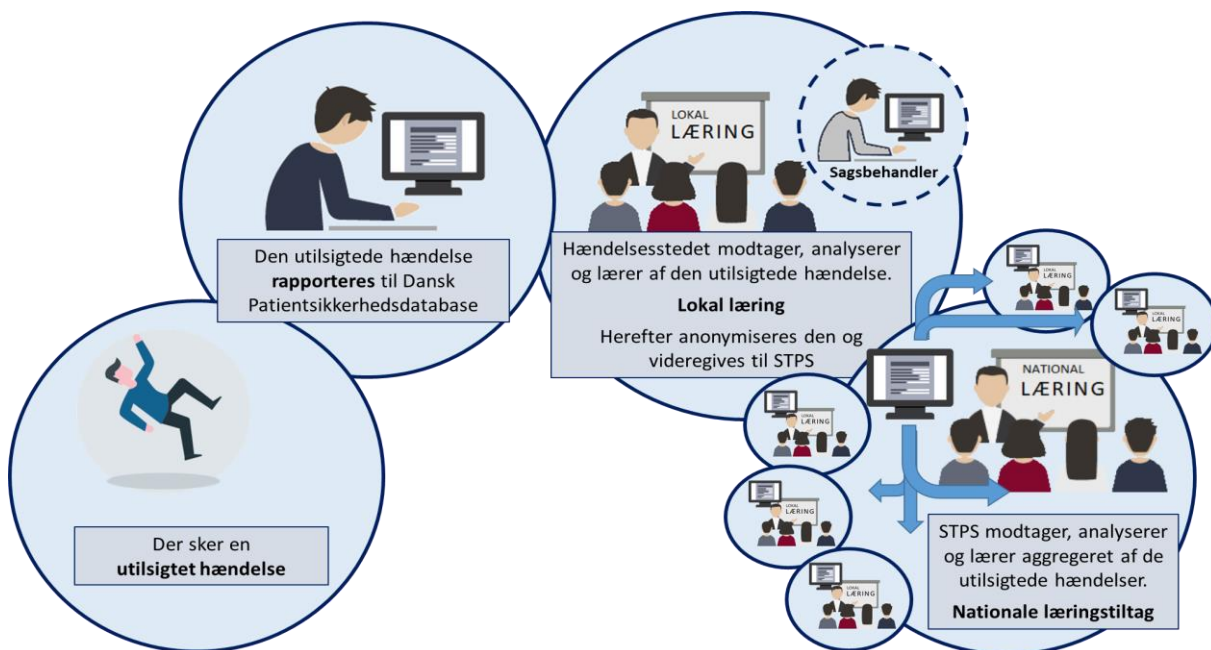
STPS tager endelig beslutning om ændringer i rapporteringsordningen efter evalueringsresultaterne er præsenteret for projektets styregruppe og interessenter.

1 Om projektet Utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsenet

1.1 Grundlæggende om rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser

Når noget går galt i sundhedsvæsenet, er der tale om en utilsigtet hændelse. En utilsigtet hændelse medfører skade eller risiko for skade. Hændelsen er utilsigtet, fordi de sundhedspersoner, der er involveret, ikke har til hensigt at skade andre. Utilsigtede hændelser kan ske, hvis der fx er mangler i sikkerhedssystemer, problemer med teknisk udstyr, uhensigtsmæssige forhold i tilrettelæggelse af arbejdet, misforståelser eller tab af information.

Sundhedspersoner på offentlige sygehuse, i praksissektoren, apotekersektoren, det præhospitale område og i den kommunale sundhedssektor har pligt til at rapportere utilsigtede hændelser. En utilsigtet hændelse skal rapporteres til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) af den sundhedsperson, som opdager eller er involveret i hændelsen. Rapportøren skal beskrive, hvad der skete, for hvilken patient og hvor hændelsen skete – eventuelt også hvordan hændelsen kunne være undgået. Når hændelsen er rapporteret, bliver den analyseret lokalt af en sagsbehandler. Ud fra analysen kan der genereres lokal læring og tiltag, der kan forebygge, at en lignende hændelse sker igen. Herefter bliver hændelsen anonymiseret og videresendt til Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS), som på baggrund af de samlede rapporterede hændelser iværksætter læringstiltag og videndeling på nationalt niveau.



Billede 1: Flow ved rapportering af utilsigtede hændelser

1.2 Baggrund for projektet

Projektet "*Utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsenet*" har til formål at forbedre rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet og er en del af en større forbedringsindsats på området. Forbedringsindsatsen udspringer af en anbefaling i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (nu Sundhedsministeriet) og Patientombuddets (nu Styrelsen for Patientsikkerhed, herefter STPS) serviceeftersyn af rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser (2014). I serviceeftersynet blev der anbefalet flere forskellige undersøgelser og forbedringer af rapporteringsordningen. Det blev på daværende tidspunkt bl.a. anbefalet at se på omfanget af rapporteringspligten i regionerne med det formål at undersøge nærmere, om det i en regional¹ kontekst kunne være hensigtsmæssigt at fokusere rapporteringen ved at begrænse rapporteringspligten.

Inden projekt "*Utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsenet*" blev påbegyndt, blev der på baggrund af yderligere anbefalinger i serviceeftersynet bl.a. afviklet et pilotprojekt med kommunerne om "*samlerrapportering*"² af bestemte typer af utilsigtede hændelser uden alvorlige konsekvenser for patienten, som skulle lette rapporteringen af utilsigtede hændelser i kommunerne. Der er således foretaget en prioritering i forhold til de foreslåede indsatser.

I denne rapport evalueres det pilotprojekt, der som en del af projektet "*Utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsenet*" blev igangsat for at afprøve en række forslag til ændringer i rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser.

1.2.1 Læsevejledning

I dette indledende kapitel kan du læse om baggrunden for projektet "*Utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsenet*". Her vil du således kunne læse om en indledende workshop, der i 2018 blev afholdt sammen med repræsentanter fra regionerne for at afklare projektets forløb og indhold, samt om planlægningen af pilotprojektet.

I kapitel 2 kan du læse om de forskellige elementer og indsatser i pilotprojektet, hvordan pilotprojektet har været organiseret, og hvem der har deltaget.

Kapitel 3 omhandler evalueringens design og formål. Her præsenteres bl.a. de overordnede spørgsmål, som evalueringen søger at svare på.

I kapitel 4 præsenteres og analyseres evalueringens resultater. Det vil her blive gennemgået og opsummeret, hvad pilotprojektets deltagere mener om de ændringer i rapporteringsordningen, der er blevet afprøvet.

¹ De deltagende enheder i pilotprojektet omfatter både regionale og kommunale enheder. Inklusionen af kommunerne er beskrevet i afsnit 1.2.2.1 og 1.3.

² Samlerapportering er en ny måde for kommuner at rapportere hændelser på, når en borger enten er faldet eller ikke har fået sin medicin, og der ikke er alvorlige konsekvenser for borgeren. I stedet for at rapportere hændelserne enkeltvis, skrives de ind på et papirark. En ansvarlig rapporterer hændelserne samlet en gang om måneden. Projektet blev implementeret i løbet af 2020. Læs mere på <https://stps.dk/da/laering/utisigtede-haendelser/samlerrapportering/>

I det afsluttende kapitel 5 samles der op på evalueringens resultater i forhold til de overordnede evalueringsspørgsmål. På baggrund af konklusionen fremsættes en række anbefalinger til ændringer af rapporteringsordningen og den videre proces for projektet.

1.2.2 Indledende afklaring og workshop om projektets indhold

I 2017 besøgte Styrelsen for Patientsikkerhed de fem regioner med henblik på dialog om niveauet for den regionale rapporteringspligt. Besøgene hos de fem regioner førte til nedsættelsen af en arbejdsgruppe med regionale repræsentanter og et forslag til pilotprojekter vedrørende forskellige justeringer af rapporteringspligten. Pilotprojekterne skulle finde sted henholdsvis på hospitaler, i almen praksis og på apoteker. På arbejdsgruppens tredje møde blev det besluttet at sætte de daværende planer om pilotprojekter i de fem regioner i bero. Det blev besluttet, at der skulle afholdes en workshop i maj 2018, hvor den videre proces for projektet skulle afklares. Op til workshoppen var et vandredokument blevet sendt fra region til region. I vandredokumentet skulle hver region komme med input til emnerne: rapporteringspligt, rapporteringsmetode og læring.

På workshoppen drøftede de regionale deltagere en række spørgsmål, der tog udgangspunkt i uafklarede spørgsmål fra vandredokumentet.

1.2.2.1 Hovedkonklusioner fra vandredokument og workshop

Herunder præsenteres hovedkonklusionerne fra vandredokumentet og de spørgsmål, der blev drøftet på workshoppen.

Rapporteringspligten

Der blev i vandredokumentet og på workshoppen generelt udtrykt tilfredshed med den eksisterende rapporteringspligt, men grundet diskrepans mellem rapporteringspligt og rapporteringspraksis var der en fælles forståelse af, at rapporteringspligten skulle undersøges. Der var opbakning til at undersøge en model, hvor alle hændelser med læringspotentiale samt alle alvorlige og dødelige hændelser skulle være rapporteringspligtige. Der blev lagt op til at have læring som omdrejningspunkt for arbejdet med de utilsigtede hændelser.

Der var enighed om, at patientovergange ikke skal have særstatus i den nye ordning som i den eksisterende rapporteringsordning, hvor nogle områder af sundhedsvæsenet skal rapportere utilsigtede hændelser sket i patientovergange uanset hændelsens alvorlighed. Patientovergange skal i den fremtidige ordning rapporteres på samme måde som andre hændelser – dvs. i de tilfælde, hvor hændelsen er alvorlig, dødelig eller har læringspotentiale.

Det blev derudover besluttet, at rapporteringspligten skal være den samme i hele sundhedsvæsenet, såvel i den primære som den sekundære sektor. Kommunerne skulle derfor også inddrages i projektet.

Rapporteringsmetode

Der var i vandredokumentet og på workshoppen opbakning til at undersøge muligheden for et kortere rapporteringsskema. Her blev det påpeget som vigtigt, at både rapportering og sagsbehandling tænkes ind i udviklingen af et nyt skema.

Der var desuden enighed om, at rapportering af utilsigtede hændelser skal ske til DPSD, og ikke i parallelle rapporteringssystemer.

Alvorlighedsklassifikationen

Der var konsensus om, at alvorlighedsklassifikationen i DPSD skulle gennemgås og revideres, så den harmonerer med forslaget til en ny rapporteringspligt.

Pilotprojekt

Det var klart, at det var nødvendigt med et pilotprojekt for at teste justeringen af rapporteringsordningen i. Det blev aftalt, at det skulle sikres, at justeringen af ordningen gav mening for de sundhedsprofessionelle, og at de nye løsninger havde fokus på patientsikkerhed og læring. Det blev også aftalt, at der kun skulle være ét pilotprojekt, og at dette skulle testes bredt i *hele* sundhedsvæsenet.

Ud fra drøftelserne på workshoppen skulle STPS definere et pilotprojektgrundlag med inddragelse af regioner og kommuner.

1.3 Projektorganisering og planlægning af pilotprojektet

Efter workshoppen udarbejdede STPS en procesplan, der førte til, at der via Temagruppen for Kvalitet under Danske Regioner blev udpeget en række medlemmer til en styregruppe og to arbejdsgrupper.

Fordi det på workshoppen blev besluttet, at der skulle arbejdes hen imod en enslydende rapporteringspligt for hele sundhedsvæsenet, blev det aftalt, at der via Kommunernes Landsforening (KL) også skulle udpeges repræsentanter fra kommunerne til hhv. styregruppen og arbejdsgrupperne. Hvem der har deltageret i grupperne kan læses på STPS 's [hjemmeside](#)

Styregruppen

Styregruppen i projektet har haft til formål at sikre, at projektet er blevet på rette spor, og at relevante interessenter blev inddraget. Styregruppen er undervejs i pilotprojektet løbende blevet orienteret om og har drøftet status på projektet samt godkendt hhv. tidsplan, arbejdsgruppernes forslag, pilotprojektets og evalueringens design, resultater m.m.

Arbejdsgruppe 1

Arbejdsgruppe 1 har haft til formål at komme med forslag til en ny rapporteringspligt samt gennemgå og revidere alvorlighedsklassifikationen i DPSD, ud fra hvilke typer af utilsigtede hændelser der fremover skulle være rapporteringspligtige.

Arbejdsgruppe 2

Arbejdsgruppe 2 har haft til formål at udarbejde et forslag til et revideret, kortere rapporteringsskema samt et tilhørende revideret sagsbehandlerskema. Målet var at skabe balance mellem et kortere rapporteringsskema og de oplysninger, der er nødvendige for den videre sagsbehandling og læring.

Tovholdergruppe

Der blev til at starte med også nedsat en *tovholdergruppe*, som skulle sikre, at kommuner og regioner blev inddraget i arbejdsgruppernes beslutninger og vurderinger. Det viste sig dog, at tidsplanen var for stram, til at tovholdergruppen kunne nå at udøve deres funktion mellem arbejdsgruppemøderne. Tovholdergruppen blev derfor nedlagt. I stedet blev tovholdergruppen sammen med arbejdsgrupperne og styregruppen inviteret til en række store *fællesmøder*.

Fællesmøder

Fællesmøderne havde til formål at samle og holde alle involverede i projektet opdateret. Derudover blev fællesmøderne brugt til at drøfte centrale spørgsmål og problemstillinger, der blev identificeret undervejs i projektet. Fællesmøderne blev afholdt op til og efter pilotprojektet.

Arbejdsgruppe for projektdesign og evaluering

Der blev undervejs i projektet identificeret et behov for en selvstændig arbejdsgruppe, der skulle beskæftige sig med og udarbejde pilotprojektets design og evaluering. Derfor blev *arbejdsgruppen for projektdesign og evaluering* nedsat af styregruppen og begyndte sit arbejde i september 2019.

1.3.1 Ændringer i tidsplanen undervejs

I den oprindelige tidsplan skulle pilotprojektet have løbet fra 1. november 2019 til og med udgangen af april 2020. Styregruppen besluttede dog i maj 2019 at udskyde pilotprojektet, fordi de ønskede mere tid til at drøfte forslagene fra arbejdsgrupperne i regionernes og kommunernes organisationer. Det blev derfor aftalt, at pilotprojektet i stedet skulle løbe fra 1. marts 2020 til og med udgangen af juli 2020.

I april 2020 blev det yderligere besluttet at forlænge pilotprojektet pga. COVID-19-epidemien og de udfordringer, den medførte for sundhedsvæsenet, herunder de deltagende enheder. Således endte pilotprojektet med at løbe til og med december 2020.

2 Om pilotprojektet

2.1 Pilotprojektets formål

Pilotprojektets overordnede formål var at afprøve, om de ændringer, som blev foreslået, bidrog til, at rapportører og sagsbehandlere i højere grad oplevede balance mellem den tid, der blev brugt på at rapportere utilsigtede hændelser, og den viden, der kunne uddrages til brug for patientsikkerhedsarbejdet.

2.2 Indsatserne i pilotprojektet

De deltagende enheder i pilotprojektet har afprøvet fire forskellige indsatser svarende til fire forskellige ændringer af rapporteringsordningen. De fire indsatser beskrives herunder.

2.2.1 Revidering af alvorlighedsklassifikationen

I pilotprojektet blev der afprøvet en revideret alvorlighedsklassifikation med en række ændringer. Formålet med ændringerne var dels at rapporteringspligten og alvorlighedskategoriernes passede sammen, og dels at definitionen på alvorlighedskategoriernes sikrede, at det var rapporteringspligtigt at rapportere de utilsigtede hændelser, som havde eller kunne have haft en alvorlig konsekvens for patienten.

- De nuværende fem alvorligheds kategorier blev reduceret til fire kategorier, hvor den nuværende kategori "moderat" udgik
- Nogle af alvorligheds kategoriernes fik andre navne.
- Beskrivelsen af kategoriernes blev ændret, således at de områder som var omfattet af kategorien "moderat" blev delt mellem kategoriernes "lettere" og "alvorlig".
- Den nuværende alvorligheds klassifikation, der tager udgangspunkt i den faktiske konsekvens for patienten, blev delt op i hhv. den *faktiske* konsekvens for patienten og den *mulige* konsekvens for patienten. Rapportøren skulle vælge *mulig konsekvens*, hvis den faktiske konsekvens ikke var alvorlig eller dødelig.
- Der blev indført en samlet alvorligheds kategori, som ud fra kombinationen af den faktiske og mulige konsekvens genererede en hændelses samlede alvorlighed, der kun blev vist for sagsbehandleren.

Det var rapportøren, der skulle vælge hændelsens faktiske konsekvens og evt. den mulige konsekvens. Se tabel 3 for at se, hvornår rapportøren skulle vælge mulig konsekvens. Efterfølgende skulle sagsbehandleren vurdere og evt. ændre den faktiske og evt. mulige konsekvens, som rapportøren havde valgt. Sagsbehandleren skulle desuden bekræfte den samlede alvorligheds kategori, som den faktiske og mulige konsekvens genererede.

I tabel 1 og 2 ses en oversigt over hhv. den nuværende alvorlighedsklassifikation og pilotprojektets alvorlighedsklassifikation.

Nuværende alvorlighedsklassifikation	
Alvorlighedskategori	Beskrivelse
Ingen skade	Ingen skade
Mild	Lettere forbigående skade, som ikke kræver øget behandling eller øget plejeindsats
Moderat	Forbigående skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling.
Alvorlig	Permanent skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling, eller andre skader, som kræver akut livreddende behandling.
Dødelig	Dødelig

Tabel 1: Oversigt over den nuværende alvorlighedsklassifikation

Pilotprojektets alvorlighedsklassifikation			
Faktisk konsekvens	Beskrivelse	Mulig konsekvens	Beskrivelse
Ingen/ukendt	<p>Utilsigtet hændelse</p> <ul style="list-style-type: none"> der ikke medførte eller bidrog til konsekvenser for patienten der blev afværget ("nærved-hændelser") hvor konsekvensen er ukendt på tidspunktet for rapporteringen. 	Ingen	<p>Utilsigtet hændelse, der vurderes ikke at kunne medføre eller bidrage til konsekvenser for patienten.</p>
Lettere	<p>En lettere konsekvens for patienten kan fx have betydet behov for:</p> <ul style="list-style-type: none"> kontakt til praktiserende læge lettere behandling eller pleje (fx ekstra medicin-administration) observation (fx blodtryk) prøver/undersøgelser eller gentagelse heraf kortvarig psykisk eller social støtte til patienten. 	Lettere	<p>UTH, der kunne have fået lettere konsekvenser for patienten og fx have betydet behov for:</p> <ul style="list-style-type: none"> kontakt til praktiserende læge lettere behandling eller pleje (fx ekstra medicinadministration) observation (fx blodtryk) prøver/undersøgelser eller gentagelse heraf kortvarig psykisk eller social støtte til patienten.
Alvorlig	<p>En alvorlig konsekvens kan fx være permanent, livstruende eller betyde tab af funktionsevne og/eller livskvalitet.</p> <p>Den kan fx have betydet behov for:</p> <ul style="list-style-type: none"> betydelig øget og/eller forlænget behandling eller pleje indlæggelse/genindlæggelse akut livredning længerevarende eller permanent sygdomsmedling. 	Alvorlig/dødelig	<p>UTH, der kunne have haft enten dødelige eller alvorlige konsekvenser med fx tab af funktionsevne og/eller livskvalitet, eller som er permanente eller livstruende.</p> <p>En alvorlig konsekvens kan fx betyde behov for:</p> <ul style="list-style-type: none"> betydelig øget og/eller forlænget behandling eller pleje

Dødelig	Utilisgтет hændelse, som medførte eller bidrog til en patients død.		<ul style="list-style-type: none"> • (gen-)indlæggelse • akut livredning • længerevarende eller permanent sygdommelding.
----------------	---	--	---

Tabel 2: Oversigt over alvorlighedsklassifikationen i pilotprojektet

Tabel 3 er en oversigt over den samlede alvorlighedskategori, der i pilotprojektet blev genereret ud fra kombinationen af faktisk og mulig konsekvens og vist til sagsbehandlerne i sagsbehandlerskemaet.

Pilotprojektets alvorlighedsklassifikation		
Faktisk konsekvens	Mulig konsekvens	Samlet alvorlighedskategori
Ingen/ukendt	Ingen	Ingen konsekvens
Ingen/ukendt	Lettere	Ingen konsekvens
Ingen/ukendt	Alvorlig/dødelig	Alvorlig patientsikkerhedsrisiko
Lettere	Lettere	Lettere konsekvens
Lettere	Alvorlig/dødelig	Alvorlig patientsikkerhedsrisiko
Alvorlig	(skal <u>ikke</u> vælges ved faktisk alvorlig konsekvens)	Alvorlig konsekvens
Dødelig	(skal <u>ikke</u> vælges ved faktisk dødelig konsekvens)	Dødelig konsekvens

Tabel 3: Oversigt over kombinationerne af hhv. faktisk og mulig konsekvens samt den tilhørende samlede alvorlighedskategori. Samlede alvorligheds kategorier, der er gule, er rapporteringspligtige.

2.2.2 Revidering af rapporteringspligten

Den nuværende rapporteringspligt er differentieret for de forskellige dele af sundhedsvæsenet. Rapporteringspligten kan findes i Vejledning om rapportering af utilisgtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v. afsnit 4.1.1.

I pilotprojektet blev den samme rapporteringspligt i udgangspunktet afprøvet, uanset hvilken sektor i sundhedsvæsenet den deltagende enhed tilhørte. Undtagelsen var, at kommunale deltagende enheder også skulle rapportere hændelser, hvor patienten var faldet eller ikke havde fået sin medicin, og hvor konsekvensen ikke var alvorlig for patienten. Dette kunne gøres som samlerapportering.³

Det betød, at regionale og kommunale deltagende enheder i pilotprojektet fulgte en rapporteringspligt, der omfattede alle utilisgtede hændelser, som:

- 1) medførte eller bidrog til alvorlige eller dødelige konsekvenser for patienten
- 2) kunne have haft eller ville kunne få alvorlige eller dødelige konsekvenser for patienten.

³ Samlerapportering er en ny måde for kommuner at rapportere hændelser på, når en borger enten er faldet eller ikke har fået sin medicin, og der ikke er alvorlige konsekvenser for borgeren. I stedet for at rapportere hændelserne enkeltvis, skrives de ind på et papirark. En ansvarlig rapporterer hændelserne samlet en gang om måneden. Læs mere på <https://stps.dk/da/laering/utilisgtede-haendelser/samlerapportering/>

Ved utilsigtede hændelser, som ikke var omfattet af ovenstående, skulle personer med rapporteringspligt vurdere, hvorvidt disse hændelser kunne bidrage til læring og forbedring af patientsikkerheden, og om de derfor var relevante at rapportere.

Det betyder, at rapporteringspligten omfattede utilsigtede hændelser med den samlede alvorlighedskategori "alvorlig konsekvens", "dødelig konsekvens" og "alvorlig patientsikkerhedsrisiko", samt hændelser, som rapportøren vurderede, kunne bidrage til læring og forbedring af patientsikkerheden.

2.2.3 Revidering af rapporteringsskemaet

De primære ændringer i rapporteringsskemaet, der er blevet afprøvet, for at gøre det lettere for rapportøren er:

- at felterne "hændelsesbeskrivelse", "konsekvens" og "forslag til forebyggelse" var slået sammen til ét fritekstfelt, hvor man skulle beskrive alle tre elementer,
- at rapportøren ikke skulle vælge hændelsestype (også kaldt "DPSD-klassifikation"), da denne opgave var flyttet til sagsbehandleren, og
- at alvorlighedsklassifikationen så anderledes ud.

Derudover var rækkefølgen af elementerne i rapporteringsskemaet ændret, og der blev udarbejdet nye hjælpetekster til de fleste elementer.

Under nogle af elementerne var der desuden enkelte oplysninger, som rapportøren ikke længere skulle udfylde. Det drejede sig om:

- Under hændelsestidspunkt:
 - Kendt/skønnet/ukendt dato
 - Kendt/skønnet/ukendt tidspunkt
- Under patientoplysninger:
 - Flere patienter involveret
 - Patient status
 - Patientens køn (beregnes på baggrund af cpr-nr. og fremgår af sagsbehandlerskema)
 - Patientens alder (beregnes på baggrund af cpr-nr. og fremgår af sagsbehandlerskema)
- Under hændelsessted:
 - Involverede lokationer skulle ikke fremsøges ved hjælp af lokationsopslaget, men skrives i fritekstfelt for at spare rapportøren for at slå op i lokationsopslaget flere gange
- Medicinsk udstyr

I tabellen nedenfor ses det, hvilke elementer der fremgår i hhv. det normale rapporteringsskema og pilotprojektskemaet, og i hvilken rækkefølge.

Nr.	Element i normalt skema	Element i pilotprojekt-skema
1	Introtekst	Introtekst
2	Hændelsessted - Lokationsopslag	Overskrift
3	Patientovergang	Hændelsesbeskrivelse (inkl. konsekvens og forslag til forebyggelse)
4	Hændelsestidspunkt	Patientoplysninger
5	Hændelsestype	Alvorlighedsklassifikation
6	Lægemidler og medicinsk udstyr	Hændelsestidspunkt
7	Hændelsesbeskrivelse	Hændelsessted - Lokationsopslag
8	Overskrift	Patientovergang
9	Alvorlighedsklassifikation	Lægemidler
10	Beskrivelse af konsekvens	Rapportøroplysninger
11	Forslag til forebyggelse	Mulighed for at vedhæfte en fil
12	Patientoplysninger	
13	Rapportøroplysninger	
14	Mulighed for at vedhæfte en fil	

Tabel 4: Oversigt over rækkefølgen af elementerne i hhv. det normale rapporteringsskema og rapporteringsskemaet i pilotprojektet

2.2.4 Revidering af sagsbehandlerskemaet

Sagsbehandlerskemaet blev i pilotprojektet ændret, så det var i overensstemmelse med rapporteringsskemaets ændrede indhold. Som noget nyt skulle sagsbehandlerne DPSD-klassificere og eventuelt tilføje oplysning om medicinsk udstyr på baggrund af rapportørens hændelsesbeskrivelse samt godkende den alvorlighedsklassifikation, som rapportøren havde angivet. Derudover blev der indført et nyt felt til beskrivelse af analyse og læringstiltag, som figurerede som en central del af sagsbehandlerskemaet i stedet for som separat pop-up-felt.

2.3 Pilotprojektets organisering og typer af deltagende enheder

Der deltog over 100 enheder i pilotprojektet, som repræsenterede mange forskellige områder i sundhedsvæsenet. I skemaet herunder ses det, hvilke typer enheder der har deltaget fra den kommunale og regionale sundhedssektor.

Deltagende enhedstyper i den <i>kommunale sundhedssektor</i>	Deltagende enhedstyper i den <i>regionale sundhedssektor</i>
Handicap og Psykiatri	Almen praksis
Hjemmepleje	Apotek
Hjemmesygepleje	Fodterapeut
Plejehjem	Fysioterapeut
Socialområdet	Hospitalsafdelinger
	Hospitalsapotek
	Præhospital
	Psykiatrien
	Socialområdet

Tabel 5: Oversigt over typer af deltagende enheder

De kommunale deltagende enheder var fra:

- Esbjerg Kommune
- Favrskov Kommune
- Halsnæs Kommune
- Lolland Kommune
- Norddjurs Kommune
- Ringkøbing-Skjern Kommune
- Syddjurs kommune

De regionale deltagende enheder var fordelt på alle fem regioner.

Hver deltagende enhed var tilknyttet en lokal tovholder, som de kunne kontakte, hvis de havde spørgsmål til projektet i det daglige. Hver lokal tovholder var tilknyttet enten en kommunal eller regional pilotprojektansvarlig, som tovholderne kunne sparre med, hvis der var spørgsmål, de ikke kunne svare på.

De kommunale og regionale pilotprojektansvarlige havde den direkte kontakt med Styrelsen for Patientsikkerhed.

2.3.1 Periode

Pilotprojektet løb fra 1. marts 2020 til 31. december 2020.

2.3.2 Informationsmateriale til de deltagende enheder

For at klæde deltagerne i pilotprojektet så godt på som muligt, afholdt STPS to *opstartworkshops* – én i København og én i Kolding. Deltagerne var kommunale og regionale pilotprojektansvarlige samt en lang række lokale tovholdere.

Deltagerne blev introduceret til baggrunden for pilotprojektet og indsatserne i pilotprojektet med tid til spørgsmål og drøftelser. Derudover var der tid til, at deltagerne i grupper kunne drøfte implementeringen af pilotprojektet, herunder både eventuelle udfordringer og løsninger herpå.

Der blev udarbejdet *pjece* om pilotprojektet til sagsbehandlere og hhv. kommunale rapportører og regionale rapportører. For at gøre det så nemt som muligt for de pilotprojektansvarlige og lokale tovholdere havde STPS desuden udarbejdet *undervisningsmateriale* til sagsbehandlere og hhv. kommunale og regionale rapportører, som frit kunne anvendes og tilpasses lokale forhold. Du kan finde undervisningsmaterialet på STPS's hjemmeside.

Undervejs i pilotprojektet har STPS sendt *nyhedsbreve* ud til de pilotprojektansvarlige, som kunne sende dem videre ud til de deltagende enheder. Nyhedsbrevene beskrev eksempelvis mindre fejlrettelser i DPSD, information om ændret tidsplan og vigtige deadlines i forhold til fx evalueringen.

3 Evalueringens formål og design

Rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser er juridisk reguleret i hhv. sundhedslovens §§ 198-202 og UTH-bekendtgørelsen. Derudover er reglerne præciseret i UTH-vejledningen.

Rapporteringsordningen og de personer, der er omfattet af den, påvirkes af hinanden. Det er derfor vigtigt, at rapporteringsordningens regler tager højde for de organisatoriske strukturer, der er i sundhedsvæsenet. Rapportører og sagsbehandlere af utilsigtede hændelser skal naturligvis følge den lovgivning og de regler, der er på området. Lovgivningen blev sidst revideret i 2010. Siden da har behovene i sundhedsvæsenet ændret sig, hvorfor der er grundlag for en justering, der afspejler den praksis og de handle-mønstre, der er i sundhedsvæsenet vedrørende utilsigtede hændelser.

Formålet med pilotprojektet var derfor netop at afprøve en række planlagte ændringer i både regler og praksis vedr. utilsigtede hændelser. Formålet med evalueringen var dermed at undersøge, hvorvidt der er grundlag for at ændre den lovgivning og de regler, der regulerer rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser, og i så fald bidrage til grundlaget for at fastlægge og implementere disse ændringer.

3.1 Målgruppe

Vi har i denne rapport valgt at arbejde med to forskellige målgrupper, hhv. en snæver målgruppe og en bredere målgruppe.

Den *snævre målgruppe* henviser til dem, som forventes at handle på grundlag af evalueringen. Denne evalueringsrapports snævre målgruppe er Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsministeriet. Det er dem, som har ansvaret for at revidere rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser på baggrund af evalueringsrapportens konklusioner.

Den *brede målgruppe* henviser til de personer, som må forventes at sætte sig ind i evalueringens resultater. Denne evalueringsrapports brede målgruppe er i særdeleshed dem, som har indgået i pilotprojektets arbejdsgrupper og styregruppe, samt projektets tovholdere. Derudover forventes den brede målgruppe også at inkludere regionsråd, kommunalbestyrelser samt sagsbehandlere og risikomanagere i regioner og kommuner.

3.2 Anvendelse

Evalueringens resultater skal drøftes med styregruppen, der godkender den endelige evalueringsrapport. Styrelsen for Patientsikkerhed anvender den endelige evalueringsrapport som beslutningsgrundlag for eventuelle ændringer i rapporteringsskema og rapporteringspligt, som skal implementeres teknisk og i sundhedsloven, bekendtgørelsen og vejledningen om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v.

3.3 Evalueringsspørgsmål

Pilotprojektets overordnede formål var at undersøge, om de ændringer, som blev foreslået og afprøvet, bidrog til, at der i højere grad blev oplevet en balance mellem den tid, der blev brugt på at rapportere utilsigtede hændelser, og den viden, der kunne udtrages til brug for patientsikkerhedsarbejdet. I evalueringen af pilotprojektet blev der derfor lagt vægt på at afdække:

- om ændringerne i rapporteringsskemaet gjorde, at rapportørerne oplevede det nemmere og hurtigere at rapportere end i det nuværende rapporteringsskema
- om ændringerne i rapporteringspligten og alvorlighedsklassifikationen var forståelige og operationelle i praksis for både klinikere og sagsbehandlere
- om oplysningerne fra rapportørerne i det ændrede rapporteringsskema var fyldestgørende i forhold til sagsbehandling og analyse af hændelserne, både enkeltvis og i forhold til mønstre, og dermed i forhold til den læring, der lokalt blev oplevet at kunne udtrages af rapporterede utilsigtede hændelser
- om de hændelser, der er vigtige for patientsikkerhed og læring, faldt inden for rammerne af den foreslåede rapporteringspligt.

3.4 Evalueringsdesign

Evalueringen er baseret på kvantitativ og kvalitativ data fra spørgeskemaundersøgelser blandt henholdsvis rapportører, der har anvendt pilotprojektets rapporteringsskema, og sagsbehandlere, der har behandlet utilsigtede hændelser i det reviderede sagsbehandlerskema.

Derudover er evalueringen baseret på en række fokusgruppeinterviews med hhv. rapportører og sagsbehandlere.

3.4.1 Beskrivelse af spørgeskemaundersøgelser

Spørgeskemaer til både rapportører og sagsbehandlere blev udarbejdet af Styrelsen for Patientsikkerhed sammen med arbejdsgruppen for projektdesign og evaluering. Derudover blev begge spørgeskemaer valideret gennem valideringsinterviews med hhv. fem rapportører og fem sagsbehandlere fra både regioner og kommuner og herefter rettet til.

Nederst i pilotprojektets rapporteringsskema blev alle rapportører gennem hele pilotprojektet spurgt, om sagsbehandleren måtte sende et spørgeskema til den mailadresse, de evt. havde angivet under rapportørplysningerne. Når sagsbehandleren modtog rapporteringerne, fremgik det af sagsbehandlerskemaet, om rapportøren havde svaret 'ja' eller 'nej' til at modtage et spørgeskema. Sagsbehandleren sendte herefter spørgeskemaet til de rapportører, der svarede 'ja'. Der kunne lokalt være aftaler om, at en anden end sagsbehandleren sendte spørgeskemaet ud.

Spørgeskemaet til sagsbehandlerne sendte Styrelsen for Patientsikkerhed ud til de pilotprojektansvarlige. De pilotprojektansvarlige sendte spørgeskemaet videre til de lokale tovholdere eller direkte til de relevante sagsbehandlere i de deltagende enheder.

Både rapportører og sagsbehandlere har besvaret spørgeskemaerne anonymt.

3.4.1.1 Analyseproces

Efter fristen for udfyldelse af spørgeskemaer lavede Styrelsen for Patientsikkerhed datatræk af besvarelserne af både spørgeskemaet til rapportørerne og spørgeskemaet til sagsbehandlerne.

1.026 rapportører havde åbnet det tilsendte link til spørgeskemaet. Heraf havde 872 rapportører gennemført spørgeskemaet, mens de resterende 154 rapportører enten ikke havde svaret overhovedet eller kun havde svaret på nogle af spørgsmålene.

120 sagsbehandlere havde åbnet det tilsendte link til spørgeskemaet. Heraf havde 81 sagsbehandlere gennemført spørgeskemaet, mens de resterende 39 sagsbehandlere enten ikke havde svaret overhovedet eller kun havde svaret på nogle af spørgsmålene.

For hvert spørgsmål med strukturerede svarmuligheder har Styrelsen for Patientsikkerhed lavet tre grafer. Én, der viser den absolutte fordeling af besvarelserne, én, der viser den procentvise fordeling af besvarelserne, og én, der viser den procentvise fordeling af besvarelserne vist for respondenter ansat hhv. i kommuner, på hospitaler og på lokationer registreret under "Andet regionalt⁴". Graferne inkluderer besvarelser både fra respondenter, der har gennemført spørgeskemaet, og respondenter, der har svaret på det pågældende spørgsmål uden nødvendigvis at have gennemført hele spørgeskemaet.

Graferne ses i bilag 1 og 2.

Til analyse af de spørgsmål i spørgeskemaerne, der havde fritekstbesvarelser, gennemgik Styrelsen for Patientsikkerhed alle besvarelserne og kategoriserede dem inden for de tre overskrifter "rapporteringspligt", "alvorlighedsklassifikation" og "rapporteringskema", som blev yderligere inddelt i undertemaer ud fra indholdet i besvarelserne.

3.4.2 Beskrivelse af fokusgruppeinterviews

Fokusgruppeinterviewene og interviewspørgsmålene hertil blev planlagt og udarbejdet af Styrelsen for Patientsikkerhed sammen med arbejdsgruppen for projektdesign og evaluering.

Spørgeguiden til fokusgruppeinterviewene ses i bilag 3 og 4.

Rekrutteringen af deltagerne til fokusgruppeinterviewene foregik, ved at Styrelsen for Patientsikkerhed sendte en invitation til de pilotprojektansvarlige med oplysninger om tidspunkter for fokusgruppeinterviewene, hvorudfra sammensætningen af deltagere blev koordineret internt i og/eller på tværs af de respektive deltagende enheder og meldt tilbage til styrelsen.

⁴ Praktiserende læger, speciallæger, terapeuter og kiropraktorer, psykologer, tandlæger og tandplejere, vagtlægeordningen, apoteker, præhospitalet og ambulancer, regionale botilbud, øvrige behandlergrupper.

Der blev i alt afholdt syv fokusgruppeinterviews i perioden 1.–11. februar 2021. Der blev til hvert fokusgruppeinterview tilmeldt ca. 10 deltagere. Til selve interviewene deltog 5-10 deltagere pr. interview (pga. bl.a. akutte arbejdsopgaver og sygdom var der nogle dage færre deltagere end oprindeligt tilmeldt). Deltagerne i interviewene var opdelt i hhv. rapportører og sagsbehandlere samt ud fra lokationstype:

Dato	Deltagere
1. februar 2021	Kommunale rapportører
2. februar 2021	Kommunale sagsbehandlere
3. februar 2021	Regionale rapportører, der arbejder på et hospital
4. februar 2021	Regionale rapportører, der arbejder på et hospital
8. februar 2021	Regionale rapportører fra lokationer registreret under "Andet regionalt" i DPSD
10. februar 2021	Regionale sagsbehandlere fra hospital og "Andet regionalt" i DPSD
11. februar 2021	Regionale sagsbehandlere fra hospital og "Andet regionalt" i DPSD

Tabel 6: Oversigt over deltagere i fokusgruppeinterviews

Deltagerne i interviewene repræsenterede følgende enhedstyper:

- Hjemmeplejen
- Plejebolig
- Hjemmesygeplejen
- Overordnede administrative enheder
- Offentlige sygehuse, herunder også psykiatriske afdelinger
- Privat apotek
- Præhospitalet
- Kommunale og regionale botilbud
- Rehabilitering/træning.
- Sygehusapotek

Til hvert fokusgruppeinterview deltog tre medarbejdere fra STPS, hvor én havde ansvar for at facilitere interviewet, én havde ansvar for at tage referat og én havde til at ansvar at supplere de to andre med hhv. facilitering og noter. Derudover blev interviewene optaget til kvalitetssikring af referaterne.

Referatet fra hvert fokusgruppeinterview blev sendt til deltagerne for at sikre, at deres pointer var forstået rigtigt.

3.4.2.1 Analyseproces

På samme måde som med fritekstbesvarelserne fra spørgeskemaet blev referaterne af interviewene gennemgået, og STPS kategoriserede pointerne under de tre overordnede overskrifter "rapporteringspligt", "alvorlighedsklassifikation" og "rapporteringskema" og inddelte dem i undertemaer.

4 Evalueringsresultater

Evalueringsresultaterne præsenteres opdelt efter emnerne "alvorlighedsklassifikationen", "rapporteringspligten", "rapporteringskemaet" og "sagsbehandlerskemaet".

Der vil i alle afsnit blive taget udgangspunkt i både spørgeskemabesvarelser og fokusgruppesamtaler med rapportører og sagsbehandlere.

I gennemgangen vil der ikke blive skelnet mellem svar fra kommuner, regioner og andet regionalt, dels fordi besvarelserne alle peger i samme retning uafhængig af respondentens enhedstype, og fordi der for nogle spørgsmål vil være så få respondenter fra kommunerne, at det er usikkert, hvor repræsentative besvarelserne er, hvis de står alene.

I fokusgruppesamtaler og fritekstfeltet blev hhv. samtalen og kommentarerne sommetider ledt hen på emner og forslag til ændringer i rapporteringsordningen, som lå uden for pilotprojektets rammer. Disse vil ikke blive behandlet i nedenstående gennemgang, men blive behandlet i andet regi (fx Driftsgruppen for DPSD).

4.1 Alvorlighedsklassifikationen

I det følgende gennemgås, hvordan den ændrede alvorlighedsklassifikation er blevet evalueret af pilotprojektets rapportører og sagsbehandlere i spørgeskemaer og fokusgruppesamtaler.

I den afprøvede alvorlighedsklassifikation var der fire alvorligheds kategorier i stedet for fem, og derudover skulle rapportøren vælge både en faktisk og en mulig konsekvens af hændelsen, hvis den faktiske konsekvens ikke var alvorlig eller dødelig. Det vil sige, at rapportøren i disse tilfælde skulle tage stilling til, hvor alvorlige konsekvenser, de troede, hændelsen kunne have haft eller ville kunne få (se uddybende forklaring under afsnit 2.2.1).

For sagsbehandlere betød ændringen, at de i sagsbehandlerskemaet skulle bekræfte eller ændre den faktiske og mulige konsekvens, som rapportøren havde valgt, og derudover forholde sig til en *samlet* alvorligheds kategori, som blev genereret ud fra kombinationen af den valgte faktiske og mulige konsekvens. Én af de samlede alvorligheds kategorier hed *alvorlig patientsikkerhedsrisiko*, og denne blev genereret, hvis den mulige konsekvens blev angivet til at være alvorlig/dødelig.

Overordnet kan det siges, at både rapportører og sagsbehandlere udtrykker positive holdninger til den ændrede alvorlighedsklassifikation. I spørgeskemaer og interviews er de blevet spurgt mere specifikt til, hvordan de har oplevet de forskellige aspekter ved at skulle forholde sig til både faktiske og mulige konsekvenser af hændelser. Nedenfor lægges ud med deres holdninger til valget af alvorligheds kategori under den *faktiske* konsekvens og herefter den *mulige*. Herefter vil det blive drøftet, hvordan rapportører hhv. sagsbehandlere forholder sig til de aspekter, som er mere specifikke for deres respektive roller.

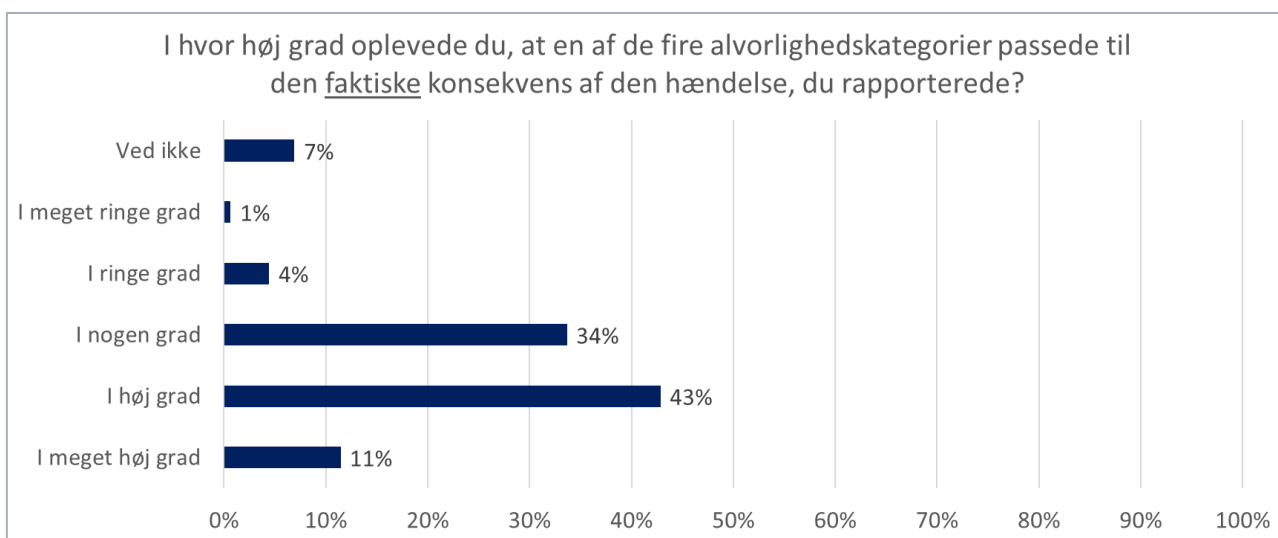
4.1.1 Valget af alvorlighedskategori under *faktisk konsekvens*

Rapportører og sagsbehandlere blev i spørgeskemaet spurgt, i hvor høj grad de oplevede, at de fire alvorligheds kategorier passede til de faktiske konsekvenser af den hændelse, de havde rapporteret hhv. sagsbehandlet, ligesom de i fokusgruppeinterviews og fritekstbesvarelser i spørgeskemaet havde mulighed for at uddybe deres holdninger til valget af den faktiske konsekvens.

4.1.1.1 Rapportørernes svar

I figur 1 ses det, at 54% af rapportørerne i spørgeskemaet har svaret, at de oplevede, at en af de fire alvorligheds kategorier i høj eller meget høj grad passede til den faktiske konsekvens af den hændelse, de havde rapporteret. 34% svarede "i nogen grad", 5% i ringe eller meget ringe grad og 7% "ved ikke". Det er altså et fåtal af rapportørerne, der har svaret, at de fire kategorier passede dårligt til de faktiske konsekvenser af den hændelse, de havde rapporteret.

I fritekstbesvarelser og interviews giver rapportører desuden udtryk for, at den faktiske konsekvens er let at forstå og gå til. Der er dog også rapportører, som finder det svært kun at forholde sig til det, der faktisk er sket – med andre ord kommer nogle til alligevel at indtænke de *mulige* konsekvenser, når de skal vælge den faktiske konsekvens. Det er dog værd at bemærke, at det netop har været et af problemerne med den eksisterende rapporteringsordning, at mange rapportører angav alvorlighed ud fra, hvordan de forestillede sig hændelsens mulige konsekvens, hvilket er en af bevæggrundene for at ville indføre kategorien "mulig konsekvens". Der kan derfor være tale om en tilvænnings sag. Desuden giver nogle rapportører udtryk for at opleve, at de mangler de rette faglige kompetencer til at kunne vurdere en hændelses faktiske konsekvens, eller at en hændelse kan være for kompleks til, at der let kan vurderes en konsekvens.

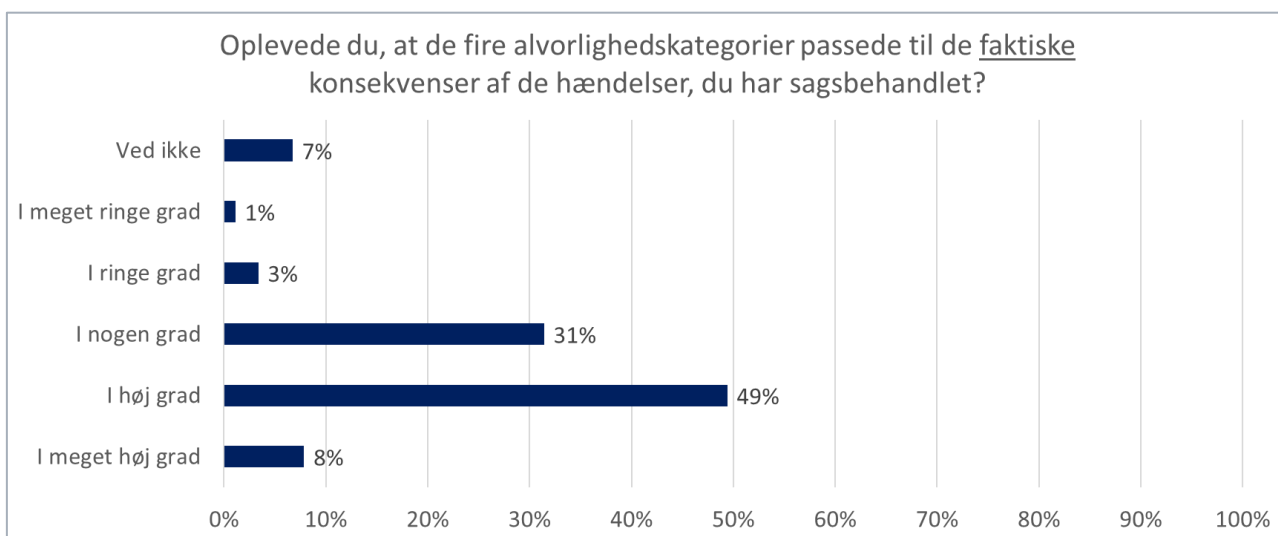


Figur 1: 926 respondenter, rapportører.

4.1.1.2 Sagsbehandlernes svar

I figur 2 svarer 57% af sagsbehandlerne, at de i høj eller meget høj grad oplevede, at de fire alvorligheds kategorier passede til de faktiske konsekvenser af de hændelser, de havde

sagsbehandlet, mens 31% har svaret ”i nogen grad”. Som hos rapportørerne er der kun ganske få af sagsbehandlerne, der har svaret, at de oplevede, at kategorierne passede i ringe eller meget ringe grad (4%).



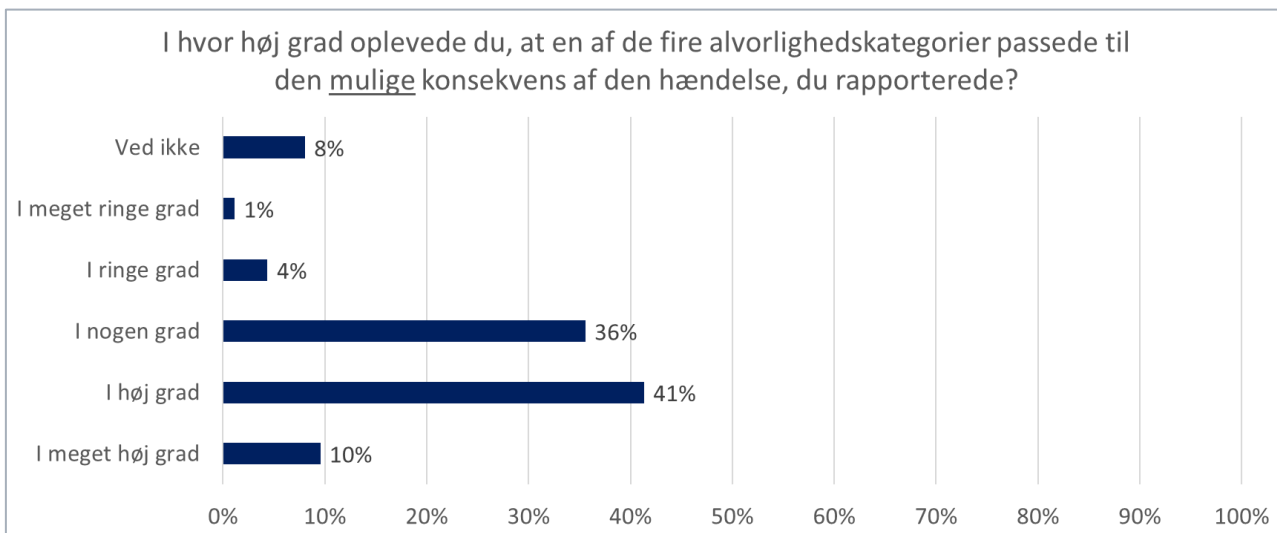
Figur 2: 89 respondenter, sagsbehandlere

4.1.2 Valget af alvorlighedskategori under *mulig* konsekvens

4.1.2.1 Rapportørernes svar

711 af de rapportører, der havde besvaret spørgeskemaet, havde prøvet at rapportere en utilsigtet hændelse, hvor de skulle vælge den mulige konsekvens. Disse respondenter blev derfor spurgt til, i hvor høj grad de oplevede, at en af de fire alvorligheds kategorier passede til den mulige konsekvens af den hændelse, de havde rapporteret. Her svarede 51%, at det oplevede de i høj eller meget høj grad, 36% i nogen grad, 5% i ringe eller meget ringe grad og 8% vidste det ikke (figur 3).

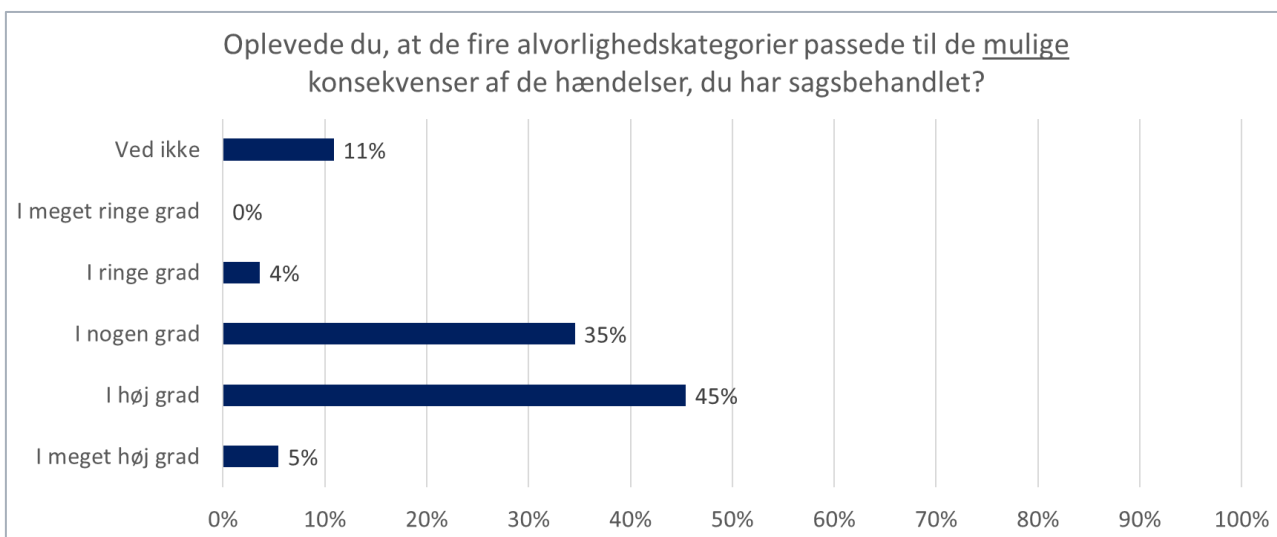
Svarfordelingen ligner meget den i figur 1 vedrørende den faktiske konsekvens, og der er altså overvejende tilfredshed med alvorligheds kategorierne i forbindelse med valget af mulig konsekvens. De uddybende kommentarer hertil minder også meget om kommentarerne til den faktiske konsekvens og vedrører fx, at det kan være svært at vurdere pga. manglende kompetencer og/eller viden om hændelsens mulige videre forløb. Det kan dog også udledes af kommentarerne, at rapportørerne generelt synes, at det er sværere at vurdere den mulige konsekvens end den faktiske.



Figur 3: 711 respondenter, rapportører.

4.1.2.2 Sagsbehandlerne svar

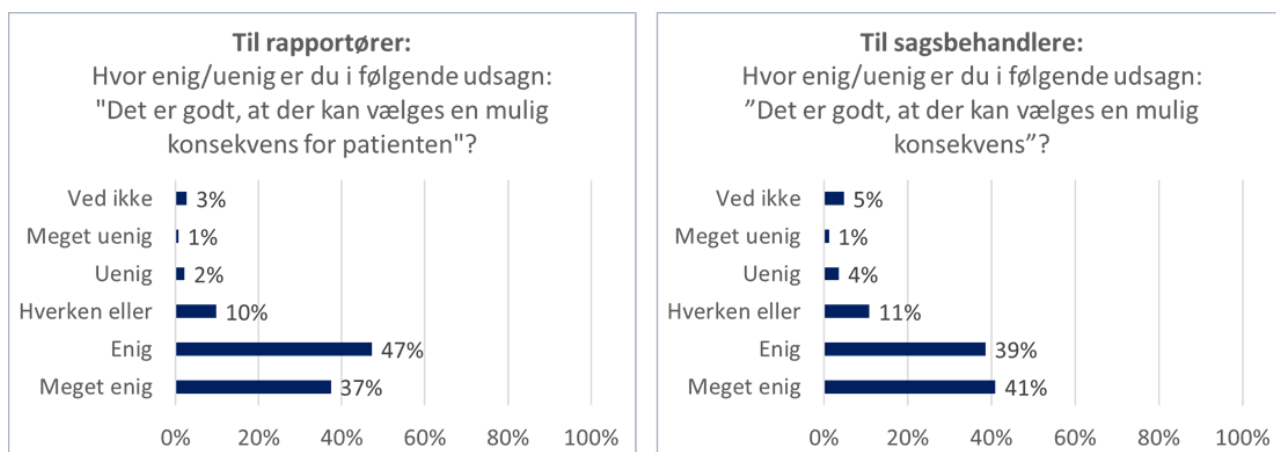
50% af sagsbehandlerne oplevede i høj eller meget høj grad, at de fire alvorligheds kategorier passede til de mulige konsekvenser af de hændelser, som de havde sagsbehandlet, mens kun 4% af sagsbehandlerne svarede "i ringe grad" (figur 4). Ligesom for rapportørerne svarer også her en relativt stor del (35%) af sagsbehandlerne "i nogen grad" (se diskussion af resultatet i afsnit 4.1.4).



Figur 4: 55 respondenter, sagsbehandlere (spørgsmålet vises kun til respondenter, der har svaret "ja" til at have sagsbehandlet utilsigtede hændelser, hvor rapportøren havde angivet en mulig konsekvens).

4.1.3 Tilfredshed med indførelsen af ”mulig konsekvens”

Både sagsbehandlere og rapportører er i spørgeskemaet blevet spurgt, om de mener, at det er godt, at der kan angives en mulig konsekvens af hændelsen. Som det ses i graferne i figur 5 er der hos begge grupper stor tilfredshed med dette: 84% af rapportørerne og 80% af sagsbehandlerne er enige eller meget enige i udsagnet.



Figur 5: Venstre: rapportørernes besvarelser (896 respondenter). Højre: sagsbehandlerne besvarelser (83 respondenter)

I fritekstbesvarelser og fokusgruppeinterviews udtrykker både rapportører og sagsbehandlere positive holdninger til, at man i pilotprojektet har skullet skelne mellem en hændelses faktiske og mulige konsekvens. De oplever, at det giver mulighed for at udtrykke bekymring vedrørende hændelser, hvor der i det konkrete tilfælde ikke var nogen alvorlige konsekvenser for patienten, men hvor man som rapportør og/eller sagsbehandler vurderer, at konsekvenserne *kunne* have været alvorlige. Nogle sagsbehandlere har tidligere selv holdt øje med den type hændelser, men med kategorien ”mulig konsekvens” er det nemmere at identificere dem. Sagsbehandlere har desuden i både fritekstbesvarelser og fokusgruppeinterview bemærket, at de oplever, at den faktiske konsekvens i højere grad har været angivet korrekt af rapportøren under pilotprojektet, muligvis fordi rapportøren nu bedre kan adressere sin eventuelle bekymring omkring en hændelse ved at angive, at den havde en mulig alvorlig konsekvens. En sagsbehandler gav i et af fokusgruppeinterviewene også udtryk for, at det havde givet anledning til lokal dialog om læring og refleksion, at rapportørerne nu også skulle angive den mulige konsekvens. Ligesådan udtrykkes det blandt rapportørerne, at den mulige konsekvens sætter fokus på læringsaspektet ved utilsigtede hændelser.

4.1.4 Springet fra ”lettere” til ”alvorlig” konsekvens

Blandt både rapportører og sagsbehandlere er der tilbagevendende kommentarer om, at springet fra ”lettere” til ”alvorlig” konsekvens kan gøre det svært at vælge en hændelses såvel faktiske som mulige konsekvens. Springet opleves som relativt stort, og for nogle har det givet en oplevelse af, at der ikke var en passende alvorlighedskategori til den hændelse, de rapporterede eller sagsbehandlede. Dette kan være en forklaring på den relativt store andel af både rapportører og sagsbehandlere, der giver udtryk for kun ”i nogen grad” at opleve, at en af alvorlighedskategoriene passede til de hændelser, de har rapporteret hhv. sagsbehandlet.

Nogle (både rapportører og sagsbehandlere) nævner, at oplevelsen af det store spring blev endnu tydeligere under valget af "mulig konsekvens", fordi kategorien efter "lettere" her ikke bare var "alvorlig", men "alvorlig/dødelig". Sammenlægningen af de to kategorier under mulig konsekvens skyldes, at arbejdsgruppe 1 ønskede, at der skulle være så få kategorier som muligt og dermed så få kombinationsmuligheder som muligt. Derudover vurderede arbejdsgruppen, at læringsarbejdet ville være det samme, uanset om det var en mulig alvorlig eller mulig dødelig utilsigtet hændelse, og at det derfor ville være nemmere for rapportørerne ikke at skulle skelne mellem, om hændelsen kunne være hhv. mulig alvorlig eller mulig dødelig.

Blandt de sagsbehandlere, der omtalte springet fra "lettere" til "alvorlig" var der dog nogle, der mente, at det eventuelt blot handlede om tilvænning. Andre gav også udtryk for, at den tidligere kategori "moderat" havde været svær at arbejde med (og altså dermed ikke var et oplagt alternativ til springet mellem "lettere" og "alvorlig").

I et fokusgruppeinterview foreslår en sagsbehandler også, at hjælpeteksten til kategorien "alvorlig" under det klikbare spørgsmålstegn i rapporteringsskemaet også kan være med til at fremme oplevelsen af, at springet fra "lettere" til "alvorlig" (i såvel faktisk som mulig konsekvens) er stort: I første linje i denne hjælpetekst beskrives en alvorlig konsekvens som noget, der er eller kunne have været "permanent eller livstruende", hvilket ifølge interviewdeltageren kan virke som et voldsomt alternativ til en "lettere" konsekvens.

4.1.5 Rapportørernes oplevelse af at skulle vurdere konsekvenser

Som gennemgået er der overvejende positive holdninger til det at skulle angive både en faktisk og en mulig konsekvens blandt rapportørerne. I det følgende beskrives dog nærmere, hvad der i interviews og fritekstbesvarelser gives som begrundelser for, at det for nogle rapportører alligevel er svært at vurdere en hændelses såvel faktiske som mulige konsekvens.

Som nævnt under behandlingen af den faktiske konsekvens oplever nogle, at de ikke har de rette (faglige) kompetencer til at kunne vurdere hverken faktisk eller mulig konsekvens. Hertil er det svært for rapportøren at vurdere og afgrænse, hvor stort et tidsrum i relation til hændelsen der skal tages i betragtning, når den mulige konsekvens skal vurderes. Derudover kan nogle typer hændelser have større konsekvenser for nogle patienter end andre, ligesom der kan være flere konsekvenser af eller problemstillinger i samme hændelse, hvoraf den ene kan være mere alvorlig end den anden. Enkelte giver udtryk for, at det kan være svært ikke at se det som, at alle hændelser kan have mulige alvorlige/dødelige konsekvenser.

Specifikt for apotekssektoren, laboratorierne og det præhospitale område er det svært at vurdere konsekvensen, fordi kontakten med patienterne og derved kendskabet til hændelsen er flygtig.

Nogle hændelser er desuden administrative hændelser, fx hændelser i relation til IT-systemer, kommunikation eller dokumentation, og her kan det være svært at vurdere konsekvensen af hændelsen, fordi man i disse tilfælde ikke altid har en konkret, fysisk patient at sætte konsekvensen i relation til.

Nogle rapportører oplever desuden, at vurderingen bliver subjektiv, hypotetisk, et gætværk og nogle gange påvirket af de følelsesmæssige konsekvenser, det havde eller kunne få for patienten, eller som rapportøren selv har oplevet i forbindelse med hændelsen. En kommenterer, at det skal være arbejdspladsen, der generelt skal tage stilling til, hvordan man lokalt bør vurdere den mulige konsekvens inden for ens arbejdsområde. I forlængelse af dette kan det siges, at nogle efterlyser at kunne vælge en "Ved ikke/ukendt"-kategori under både faktisk og mulig konsekvens.

Nogle rapportører mener, at det at skulle alvorlighedsklassificere gør, at skemaet bliver bøvlet, og andre foreslår, at man helt burde flytte vurderingsarbejdet fra rapportøren over til sagsbehandlere mv., eller at det kun skal være den faktiske konsekvens, rapportøren skal vurdere.

På den baggrund blev sagsbehandlerne i fokusgruppeinterviewene spurgt, om de mente, at vurderingen af alvorlighed (såvel faktisk som mulig) helt kunne fratages rapportørerne og ligge hos sagsbehandlerne alene. Dette mente sagsbehandlerne ikke, da de oplever, at der er stor læringsmæssig værdi i den refleksion, som vurderingen af hændelsers konsekvenser kræver, at den samlede alvorlighedsklassifikation er et vigtigt prioriteringsredskab for sagsbehandlerne, og at en mulighed for at kunne vælge "ved ikke" hurtigt kan blive en let løsning og dermed en "sovepude" for rapportørerne. Nogle foreslog, at det burde gøres endnu tydeligere i hjælpeteksten, at det kun er rapportørens umiddelbare vurdering, der bedes om, og at sagsbehandleren efterfølgende kvalificerer den.

4.1.6 Specifikt om sagsbehandlernes opgaver vedrørende alvorlighedsklassifikationen

Nedenfor vil der være fokus på sagsbehandlernes særlige opgaver i forbindelse med den ændrede alvorlighedsklassifikationen.

Som nævnt har sagsbehandlerne i pilotprojektet skullet bekræfte eller ændre den alvorlighed, som rapportøren har angivet for en hændelses såvel faktiske som mulige konsekvens (hvor de i det nuværende skema kun skal vurdere og evt. ændre den angivne alvorlighed). Derudover har de skullet forholde sig til en samlet alvorlighedskategori genereret ud fra kombinationen af den angivne faktiske og mulige konsekvens. En af de samlede alvorligheds kategorier hed "Alvorlig patientsikkerhedsrisiko" og skulle gøre det nemt at identificere hændelser, der ikke nødvendigvis havde haft en alvorlig faktisk konsekvens, men som kunne udgøre en mulig alvorlig patientsikkerhedsrisiko.

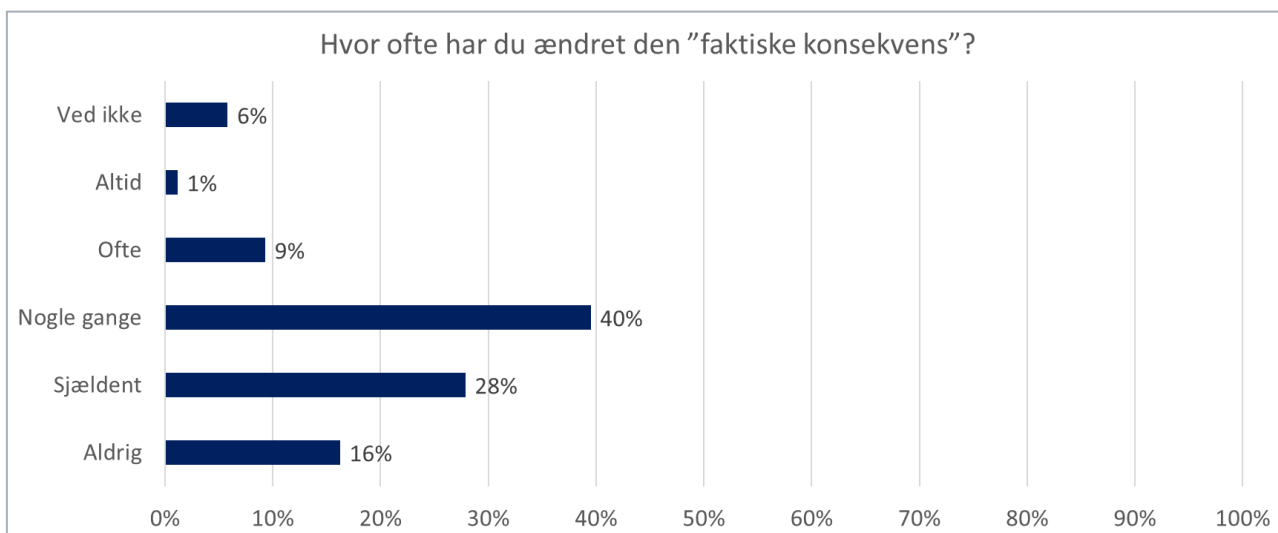
4.1.6.1 Ændring af angivet konsekvens

For bl.a. at kunne vurdere, om de ændrede alvorligheds kategorier har været anvendelige for både rapportører og sagsbehandlere, blev sagsbehandlerne i evalueringen spurgt, hvor ofte de har måttet ændre hhv. den faktiske og den mulige konsekvens, som rapportøren havde angivet.

Ændring af faktisk konsekvens

44% af sagsbehandlerne angiver, at de sjældent eller aldrig har ændret de utilsigtede hændelsers *faktiske* konsekvens (figur 6). 10% har altid eller ofte skullet ændre den faktiske konsekvens, mens 40% af sagsbehandlerne nogle gange har ændret den faktiske konsekvens.

Svarfordelingen til dette spørgsmål siger ikke noget om, det har været nødvendigt for sagsbehandlerne at ændre konsekvensen mere, mindre eller lige så meget som før pilotprojektet. Men som nævnt i afsnit 4.1.3 har nogle sagsbehandlere indtryk af, at de sjældnere har måttet ændre den faktiske konsekvens i pilotprojektet end før.

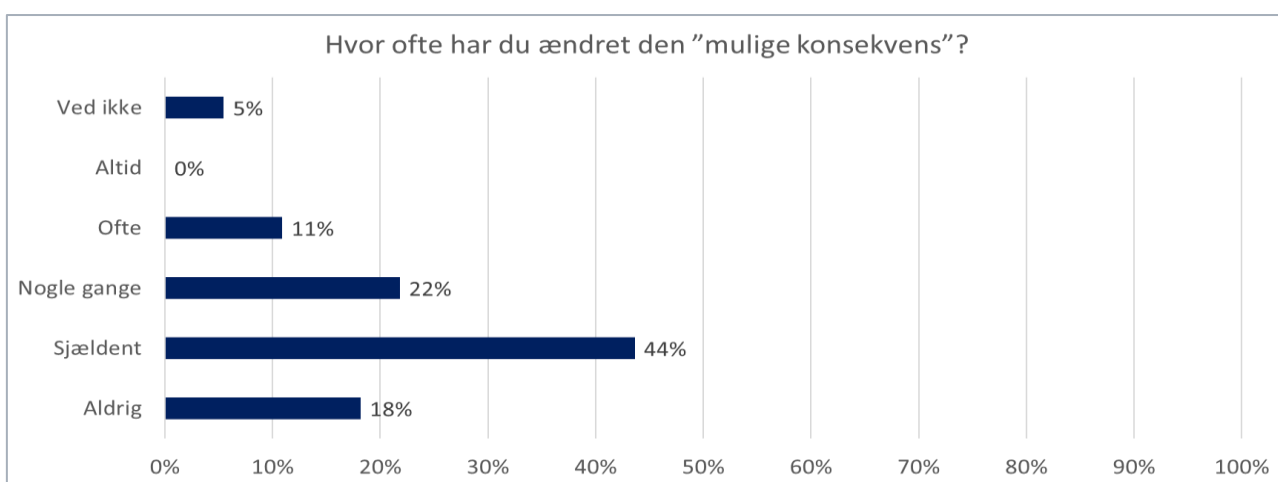


Figur 6: 86 respondenter, sagsbehandler.

Sagsbehandlerne har i fritekstbesvarelser beskrevet nogle af de typiske årsager til, at de har måttet ændre den faktiske konsekvens. Én af de beskrevne årsager er, at rapportøren har angivet en mere alvorlig faktisk konsekvens, end sagsbehandleren vurderer, at hændelsen har haft. Sagsbehandlerne vurderer, at det kan skyldes, at rapportøren enten også har taget den mulige konsekvens i betragtning eller eventuelt selv er påvirket af hændelsen. Nogle gange kan den faktiske konsekvens også være ukendt på tidspunktet for rapportering, men er blevet kendt for sagsbehandleren på tidspunktet for sagsbehandling.

Ændring af den mulige konsekvens

62% af sagsbehandlerne har angivet, at de sjældent eller aldrig har måttet ændre den mulige konsekvens. 11 % af sagsbehandlerne har svaret, at de ofte har måttet ændre den mulige konsekvens (figur 7).



Figur 7: 55 respondenter, sagsbehandlere (spørgsmålet vises kun til respondenter, der har svaret "ja" til at have sagsbehandlet utilsigtede hændelser, hvor rapportøren havde angivet et mulig konsekvens)

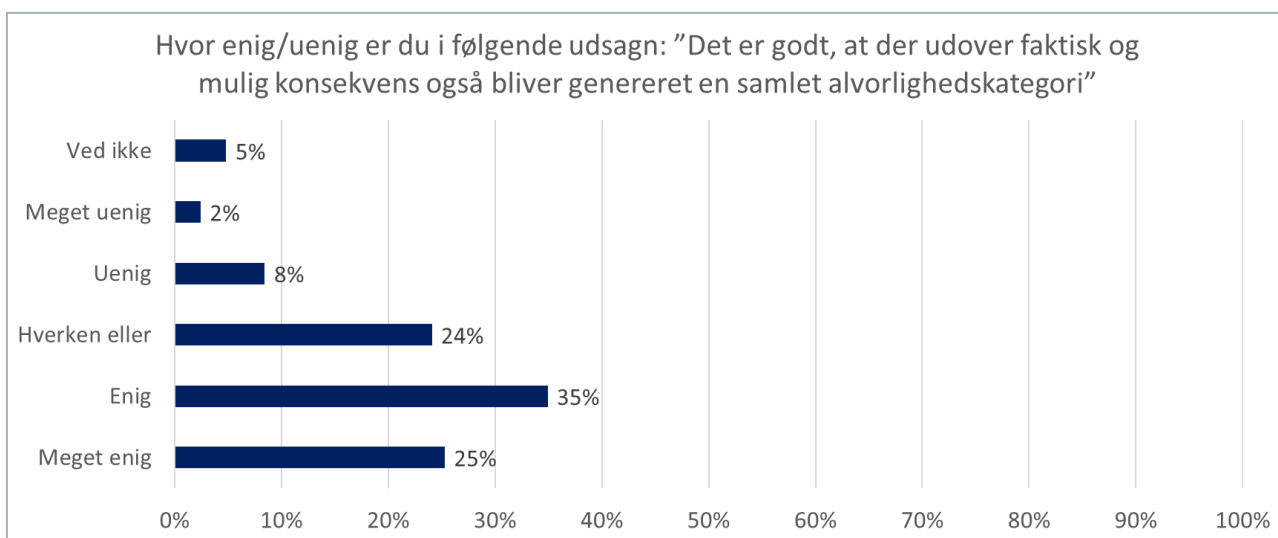
Før pilotprojektet var der ikke mulighed for at angive en hændelses mulige konsekvens, og der er derfor ikke noget sammenligningsgrundlag for tallene i figur 7.

Når sagsbehandlerne har måttet ændre den mulige konsekvens, skyldes det ifølge fritekstbesvareelserne ofte, at rapportørerne har tænkt i det værst tænkelige scenarie. Det samme beskrives i fokusgruppinterviewene. Andre gange har sagsbehandleren blot foretaget en anden vurdering, end rapportøren gjorde, fx fordi sagsbehandleren har haft kendskab til sikkerhedsbarrierer, der forhindrede, at hændelsen udviklede sig eller fandt sted, som den enkelte rapportør ikke kendte til.

4.1.6.2 Samlet alvorlighedskategori, herunder kategorien *alvorlig patientsikkerhedsrisiko*

Da rapportørerne i pilotprojektet både skulle angive en faktisk og en mulig konsekvens af den rapporterede hændelse, betød det, at der kunne være syv forskellige kombinationer af faktisk og mulig konsekvens (se tabel 3 i afsnit 2.2.1), som sagsbehandleren skulle kunne orientere sig i. For at gøre det mere overskueligt valgte arbejdsgruppe 1 derfor at indføre en samlet alvorlighedskategori, som blev genereret ud fra de forskellige kombinationer af den faktiske og den mulige konsekvens, som blev vist i sagsbehandlerskemaet. Et skema med de forskellige kombinationer og den tilhørende samlede alvorlighedskategori kan ses i afsnit 2.2.1.

I spørgeskemaet blev sagsbehandlerne derfor spurgt, om de mente, at det var godt, at der ud over den faktiske og den mulige konsekvens også blev genereret en samlet alvorlighedskategori. Det mente 60% af sagsbehandlerne. 10% af sagsbehandlerne svarede, at de var uenige eller meget uenige, mens 24% svarede "hverken/eller" (figur 8).



Figur 8: 83 respondenter, sagsbehandlere.

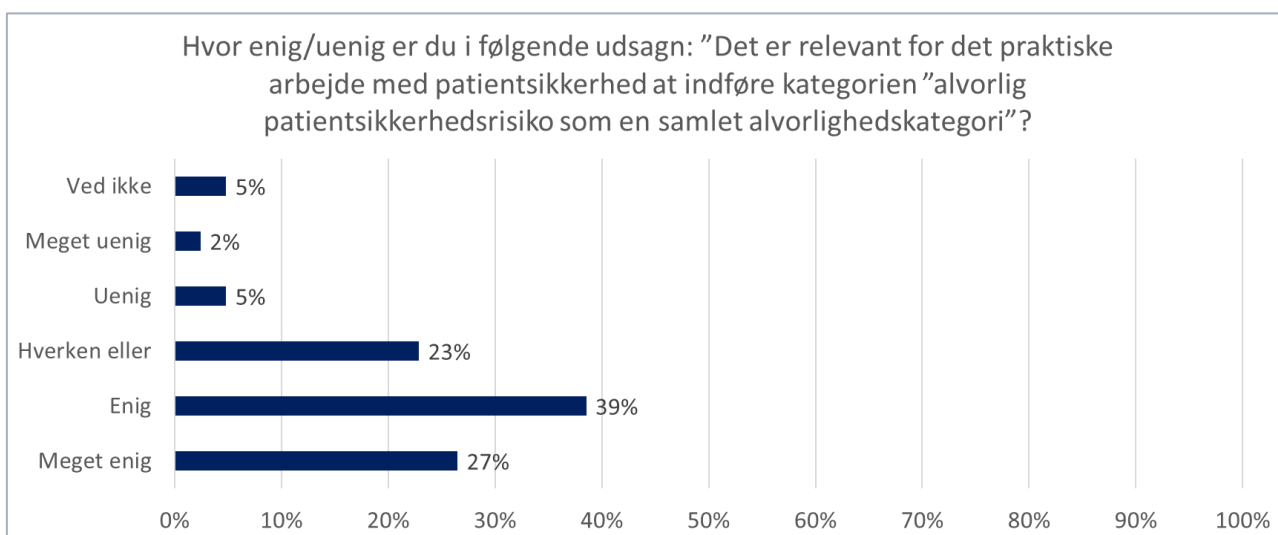
I et fritekstfelt, hvor de kunne uddybe deres svar på ovenstående spørgsmål, kom forskellige holdninger til udtryk. Der er sagsbehandlere, der giver udtryk for, at den samlede alvorlighedskategori er med til at give et bedre overblik og giver mulighed for at prioritere i forhold til indsatsområder. Der er også en mindre andel af sagsbehandlere, der giver udtryk for, at den samlede alvorlighedskategori er unødvendig.

Den samlede alvorlighedskategori "Alvorlig patientsikkerhedsrisiko"

Som det ses af tabel 3 i afsnit 2.2.1 var én af de samlede alvorligheds kategorier benævnt "Alvorlig patientsikkerhedsrisiko". Kategorien blev foreslået af arbejdsgruppe 1, der ønskede, at hændelser,

der ikke nødvendigvis havde haft en alvorlig faktisk konsekvens, men som kunne udgøre en alvorlig patientsikkerhedsrisiko, nemt kunne identificeres og handles på.

I evalueringen spurgte vi derfor også sagsbehandlerne specifikt ind til den nye kategori "Alvorlig patientsikkerhedsrisiko". De blev spurgt, om de mente, at denne kategori var relevant for det praktiske arbejde med patientsikkerhed. 66% af sagsbehandlerne svarede, at de enten var enige eller meget enige i, at det var relevant for det praktiske arbejde med patientsikkerheden at indføre kategorien "alvorlig patientsikkerhedsrisiko". 7% af sagsbehandlerne svarede, at de var uenige eller meget uenige, og 23% svarede "hverken/eller" (figur 9).

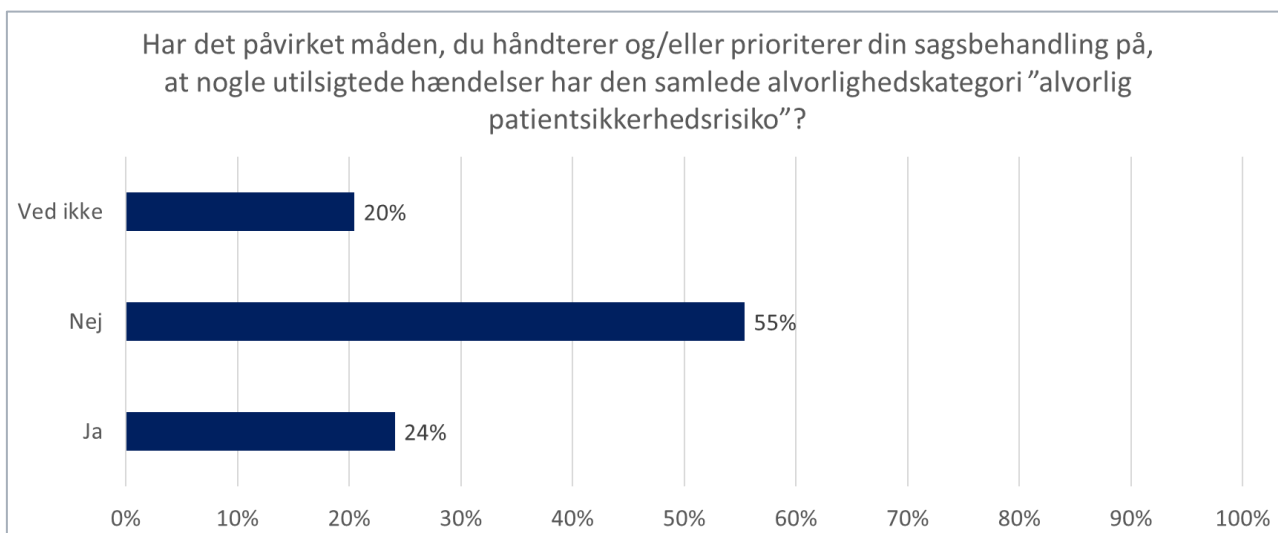


Figur 9: 83 respondenter, sagsbehandlere.

I fritekstfeltet bemærker flere sagsbehandlere, at en sådan kategori er essensen af og viser, hvad der skal prioriteres i patientsikkerhedsarbejdet, og at det giver et bedre overblik for ledelser og medarbejdere. Enkelte andre sagsbehandlere har i fritekstbesvarelser og fokusgruppeinterviews peget på, at de synes, kategorien favner så bredt, at for mange hændelser ender i denne kategori.

Nogle kommenterer, at de har været i tvivl om, hvordan den nye kategori skulle sagsbehandles og prioriteres. I forbindelse med den eksisterende alvorlighedsklassifikation er der mange steder lokale retningslinjer for, hvilke analyser der iværksættes ved hændelser kategoriseret som alvorlige og dødelige. Fordi det nogle steder blot er enkelte enheder, der har deltaget i pilotprojektet, er sådanne lokale retningslinjer for den samlede alvorlighedskategori "alvorlig patientsikkerhedsrisiko" ikke nødvendigvis blevet lavet.

Manglende lokale retningslinjer kan også være en af årsagerne til fordelingen af svarene på spørgsmålet "Har det påvirket måden, du håndterer og/eller prioriterer din sagsbehandling på, at nogle utilsigtede hændelser har den samlede alvorlighedskategori "alvorlig patientsikkerhedsrisiko"?" (figur 10), hvor de fleste af sagsbehandlerne (55%) svarer, at det ikke har påvirket måden, de håndterer og/eller prioriterer sagsbehandlingen på, at nogle utilsigtede hændelser har den samlede alvorlighedskategori "alvorlig patientsikkerhedsrisiko". 24% af sagsbehandlerne svarede, at det har påvirket måden, de håndterer eller prioriterer sagsbehandlingen, mens 20% har svaret, at de ikke ved det.



Figur 10: 83 respondenter, sagsbehandlere.

I fokusgruppeinterviewene med sagsbehandlere gav nogle også udtryk for, at de modtager et overskueligt antal utilsigtede hændelser, hvilket gør, at de har mulighed for at læse, analysere og sagsbehandle alle modtagne utilsigtede hændelser på samme måde, uanset hvilken samlet alvorlighedskategori de måtte have. Men de gav udtryk for, at det for sagsbehandlere eller risikomanagere, der skal holde styr på og sagsbehandle mange utilsigtede hændelser, kunne være en fordel med en sådan kategori til at gøre opmærksom på en mulig patientsikkerhedsrisiko.

Slutteligt skal det nævnes, at nogle sagsbehandlere gav udtryk for, at termen "alvorlig patientsikkerhedsrisiko" opleves som voldsom – især når prædikatet bruges på hændelser, hvis faktiske konsekvens enten var "ingen" eller "lettere". Derudover forvirrer brugen af ordet "alvorlig" i termen, da det nemt forveksles med kategorien "alvorlig konsekvens". Nogle interviewdeltagere foreslog derfor, at kategorien "alvorlig patientsikkerhedsrisiko" omdøbes til fx blot "patientsikkerhedsrisiko".

4.1.7 Alvorlighedsklassifikationen: Delkonklusion

Både rapportører og sagsbehandlere er positive over for, at der i alvorlighedsklassifikationen skal vælges både en faktisk og en mulig konsekvens. Den største udfordring er vurderingen, som nogle rapportører finder svær. Sagsbehandlere finder det alligevel vigtigt, at det fortsat er obligatorisk for rapportørerne at vurdere og angive hændelsens alvorlighed, da sagsbehandlere mener, at denne refleksion skaber læring, og at det er et vigtigt prioriteringsværktøj for sagsbehandlere. For at gøre det lettere for rapportørerne at vurdere, blev det foreslået, at det kan gøres endnu tydeligere, at det blot er rapportørens umiddelbare vurdering, og at sagsbehandleren efterfølgende kvalificerer den. Ligeledes lægger forslagene op til at støtte rapportørens vurdering gennem bedre hjælpetekster og cases.

Rapportører og sagsbehandlere giver udtryk for, at alvorlighedskategoriene i sig selv er forståelige, men at der er for stort et spring fra alvorlighedskategori "lettere" til "alvorlig", samt at "alvorlig/dødelig" under mulig konsekvens bør skilles ad, da det virker for voldsomt på flere rapportører og sagsbehandlere at vælge en kategori, hvor betegnelsen "dødelig" indgår, i tilfælde, hvor man blot vurderer, at konsekvensen kunne være "alvorlig".

Selvom lidt over halvdelen af de adspurgte sagsbehandlere svarer, at den samlede alvorlighedskategori "alvorlig patientsikkerhedsrisiko" ikke har påvirket måden, de håndterer og/eller prioriterer sagsbehandlingen på, har der alligevel været overvejende tilfredshed med, at den bliver genereret, da de fx kan anvendes i prioriteringsøjemed og til ledelsesinvolvering. Det foreslås, at der med fordel kan arbejdes med betegnelsen "alvorlig patientsikkerhedsrisiko", som for nogle opleves som et voldsomt prædikat for hændelser, der ingen alvorlige konsekvenser havde for patienten.

4.2 Rapporteringspligten

Forslaget til en ændret rapporteringspligt, som blev afprøvet i pilotprojektet, lød:

Der er pligt til at rapportere utilsigtede hændelser, som:

1. har alvorlige eller dødelige konsekvenser for patienten/borgeren
2. *kunne have haft* eller *kan få* alvorlige eller dødelige konsekvenser for patienten/borgeren.

Derudover er der pligt til at vurdere, om det kan bidrage til læring at rapportere andre hændelser, som ikke har eller kunne have haft alvorlige eller dødelige konsekvenser.

I det følgende gennemgås det, hvordan rapportører og sagsbehandlere i spørgeskemabesvarelser og fokusgruppeinterviews har evalueret forståelsen og operationaliseringen af den foreslåede rapporteringspligt.

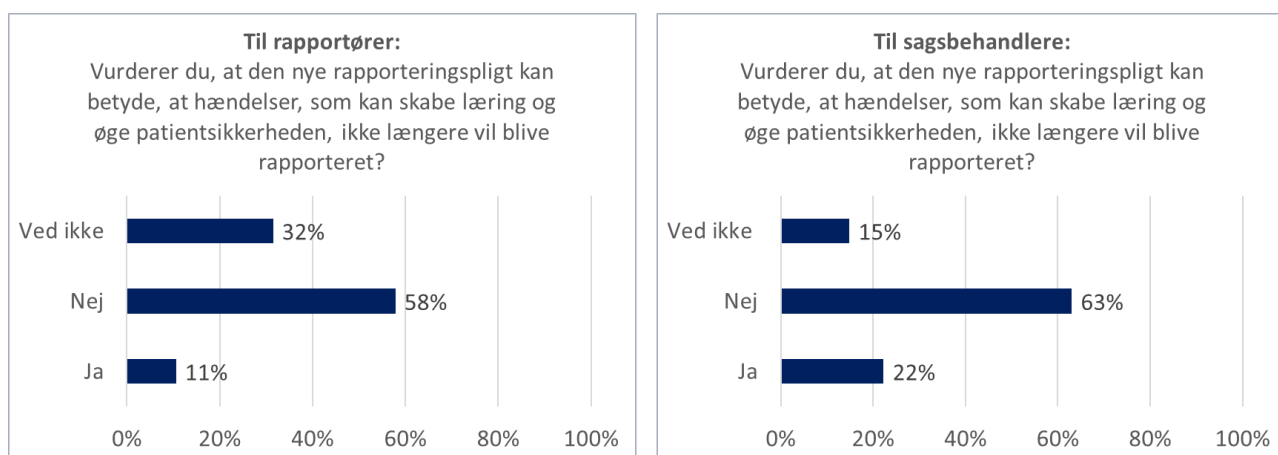
4.2.1 Rapportering af hændelser, som kan skabe læring og øge patientsikkerheden

I forberedelsesfasen op til pilotprojektet blev forslaget til den ændrede rapporteringspligt drøftet indgående i både arbejdsgruppe 1 og på fællesmøder. Den primære bekymring i forhold til den ændrede rapporteringspligt gik på, om man risikerede, at hændelser, der ville kunne føre til lærings- og forebyggelsesinitiativer, ikke længere vil blive rapporteret, når det (jf. sidste linje i rapporteringspligten) var op til den enkelte rapportør at vurdere, om en utilsigtet hændelse uden faktisk eller mulig alvorlig konsekvens for patienten alligevel kunne bidrage til læring, og derfor var relevant at rapportere.

Derfor spurgte vi i evalueringen både rapportører og sagsbehandlere specifikt ind til, om de vurderede, at den nye rapporteringspligt ville kunne betyde, at hændelser, som kan skabe læring og øge patientsikkerheden, ikke længere vil blive rapporteret.

58% af rapportørerne svarede nej til dette, 32% svarede "ved ikke", og 11% svarede "ja" (figur 11, venstre).

Blandt sagsbehandlerne svarede 63% "nej" til spørgsmålet, 15% svarede "ved ikke", og 22% svarede "ja" (figur 11, højre).



Figur 11: Venstre: rapportørernes besvarelser (876 respondenter). Højre: sagsbehandlernes besvarelser (81 respondenter)

4.2.1.1 Tilfredshed med ændret rapporteringspligt

Hverken rapportører eller sagsbehandlere vurderer altså overordnet, at den nye rapporteringspligt kan komme til at betyde, at hændelser, som kan skabe læring og øge patientsikkerheden, ikke vil blive rapporteret.

Ud fra spørgeskemaernes fritekstbesvarelser og fokusgruppeinterviews ses det, at vurderingen af den afprøvede rapporteringspligt kan have forskellige årsager og skyldes forskellige tolkninger af rapporteringspligten. Nogle mener, at den ændrede rapporteringspligt er bedre end den nuværende, fordi de forstår det som, at den inkluderer færre hændelser, og at det giver bedre mening kun at skulle rapportere utilsigtede hændelser, der har eller kunne få konsekvenser for patienten. Andre mener, at pligten til at vurdere, om der er læring i en hændelse, for nogle kan gøre, at rapportørerne føler et større ansvar og derfor rapporterer flere hændelser. Derudover mener nogle enkelte også, at den afprøvede rapporteringspligt med de to punkter og passagen om læring alt i alt indebærer, at alle hændelser skal rapporteres.

I de positive tilbagemeldinger på den ændrede rapporteringspligt var der særlig tilfredshed med, at læring er blevet en del af rapporteringspligten, og det gik igen, at det var vigtigt, at utilsigtede hændelser med læringspotentiale var rapporteringspligtige. Flere mente, at passagen omkring læring burde være et punkt i sig selv og i øvrigt, foreslog nogle enkelte, at den med fordel kunne stå først i opremsningen for at blive fremhævet. Andre gav udtryk for, at deres begejstring for passagen med læring skyldtes, at den legitimerede, at der var fokus på at få rapporteret utilsigtede hændelser, som ikke nødvendigvis havde en faktisk alvorlig konsekvens for patienten.

Særligt sagsbehandlere kommenterede, at rapporteringspligten vedrørende læring opleves meningsfuld, giver et bredere perspektiv på patientsikkerhed og nogle steder har påvirket patientsikkerhedskulturen positivt. En pointe fra fokusgruppeinterviewene med sagsbehandlere var, at den nye rapporteringspligt havde gjort, at nogle af de hændelser, som før blev oplevet som en administrativ byrde, ikke længere blev rapporteret. Det kunne være hændelser, hvor der ikke var sket noget, og hvor der heller ikke kunne udledes læring.

4.2.1.2 Bekymring i forhold til ændret rapporteringspligt

Selvom størstedelen af respondenterne var tilfredse med den ændrede rapporteringspligt, blev der også udvist bekymring blandt nogle rapportører og sagsbehandlere. Hvis respondenterne havde

svaret ”ja” til, at vedkommende vurderede, at den nye rapporteringspligt ville kunne betyde, at hændelser, som kan skabe læring og øge patientsikkerheden, ikke længere vil blive rapporteret (figur 11), var det obligatorisk at uddybe svaret. Der var derudover et ikke-obligatorisk fritekstfelt, som alle respondenter kunne udfylde, hvis de havde yderligere kommentarer til rapporteringspligten.

Det fremherskende tema blandt kommentarerne i det obligatoriske fritekstfelt, og som også blev nævnt i fokusgruppeinterviewene, kredsede om samme bekymring, som der havde været før pilotprojektet: at hændelser med læringspotentiale, men som ikke har alvorlige konsekvenser, ikke vil blive rapporteret. Dette fx fordi:

- rapportøren glemmer at overveje en eventuelt mulig alvorlig konsekvens, der gør hændelsen rapporteringspligtig
- rapportøren ikke vurderer hændelsens læringspotentiale
- rapportering af hændelser med ikke-alvorlige faktiske konsekvenser med læringspotentiale bliver nedprioriteret eller fravalgt grundet enten travlhed eller manglende viden om, hvornår en hændelse kan skabe læring og øge patientsikkerheden.

Én af hovedårsagerne til, at nogle sagsbehandlere er bekymrede for, at hændelser med læringspotentiale ikke vil blive rapporteret med den ændrede rapporteringspligt, er, at de mener, at rapportørerne ikke på samme måde som en sagsbehandler har mulighed for at vurdere, om der er læring i en hændelse eller ej – bl.a. fordi rapportøren ikke kan se hændelserne aggregeret. De er derfor bekymrede for, at der kan være hændelser, som en sagsbehandler kunne have fået læring ud af, men som ikke vil blive rapporteret.

Disse sagsbehandlere siger, at de er bekymrede, fordi utilsigtede hændelser uanset alvorlighed kan skabe læring og øge patientsikkerheden ved at bidrage til at afdække problemer, som man ikke kendte til. Det er ikke beskrevet, om det er hændelser uden faktisk konsekvens men med mulig alvorlig konsekvens, de er bekymrede for, ikke bliver rapporteret, eller om der er tale om hændelser uden hverken faktisk eller mulig alvorlig konsekvens, men som kan skabe læring.

4.2.1.3 Kommentarer til begrebet læring i rapporteringspligten

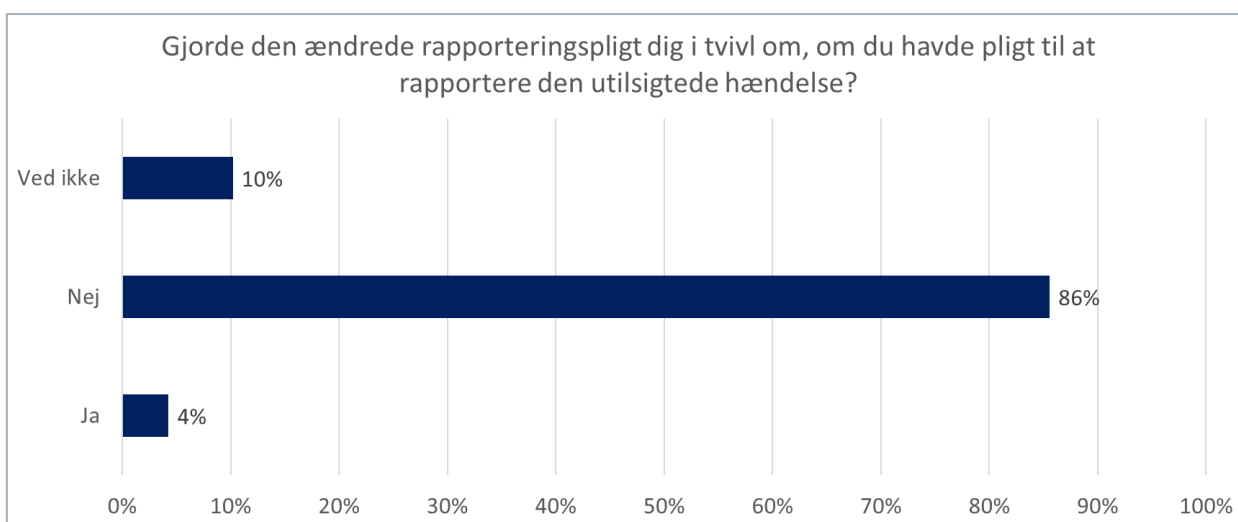
I fokusgruppeinterviewene gav både rapportører og sagsbehandlere udtryk for, at rapporteringspligtens punkt 1 og 2 var forståelige, men at det kunne være svært dels at forstå delen om læring og dels at vurdere, hvornår der er læring i en hændelse enten enkeltvis eller aggregeret. Nogle rapportører havde en oplevelse af, at de manglede en løbende lokal dialog om, hvad der menes med læring, mens passagen for andre havde været med til at sætte gang i gode lokale drøftelser af, hvilke hændelser de mente, der var læring i.

4.2.2 Tvivl om rapporteringspligt

Som tidligere nævnt er den nuværende rapporteringspligt forskellig, afhængig af om rapportøren arbejder i sygehusvæsenet, praksissektoren, den kommunale sundhedssektor, på et apotek eller på et regionalt bosted. Den differentierede rapporteringspligt er beskrevet i UTH-vejledningen afsnit 4.1.1.

Den ændrede rapporteringspligt, som blev afprøvet i pilotprojektet, var den samme, uafhængig af hvilket område den deltagende enhed tilhørte. Den eneste undtagelse var, at kommunale deltagende enheder også skulle rapportere hændelser, hvor patienten er faldet eller ikke har fået sin medicin, og hvor konsekvensen ikke er alvorlig for patienten. Dette kunne gøres som samlerapportering.

I spørgeskemaet blev rapportørerne spurgt, om den ændrede rapporteringspligt havde gjort dem i tvivl om, hvorvidt de havde pligt til at rapportere den pågældende utilsigtede hændelse. 86% af rapportørerne svarede "nej" til dette, 4% svarede "ja", og 10% svarede "ved ikke" (figur 12).



Figur 12: 873 respondenter, rapportører.

Hvis respondenterne havde svaret "ja" til, at den ændrede rapporteringspligt havde skabt tvivl om, hvorvidt vedkommende havde pligt til at rapportere den pågældende hændelse, var det obligatorisk at uddybe hvorfor.

Blandt de 36 rapportører, der havde uddybet, var der forskellige årsager til, at de havde været i tvivl.

Mest typisk var det, at rapportøren havde været i tvivl om, om der kunne drages læring af den pågældende hændelse, eller om hændelsens faktiske eller mulige konsekvens var alvorlig nok til at blive omfattet af rapporteringspligtens punkt 1 og 2. Blandt andre respondenter kunne vi ud fra deres besvarelse se, at de ikke havde forstået rapporteringspligten. Nogle af de rapportører, der deltog i fokusgruppeinterviewene, gav udtryk for, at det, der er nyt, næsten altid er svært og kræver tilvænning. Derfor foreslog de bl.a., at ordene "faktisk konsekvens" og "mulig konsekvens", som bruges til at beskrive hændelsens alvorlighed, bør gå igen i rapporteringspligten, så det er nemmere at relatere direkte til hændelsens konsekvens.

4.2.2.1 Kendskab til rapporteringspligten

Fra både fritekstbesvarelser i spørgeskemaet og fokusgruppeinterviewene blev det tydeligt, at mange rapportører ikke kendte til eller var bevidste om den ændrede rapporteringspligt.

I fritekstfeltet vedrørende rapporteringspligten skrev nogle rapportører, at de ikke kendte til, at rapporteringspligten var ændret i pilotprojektet, eller at der overhovedet var en rapporteringspligt (ny som gammel), før vi spurgte ind til den i spørgeskemaet. Deres fokus i pilotprojektet havde hovedsageligt været på det nye rapporteringsskema.

I en travl hverdag foretrak nogle den tidligere og mere specifikke rapporteringspligt, hvor alt var rapporteringspligtigt i sygehusvæsenet, og rapporteringspligten på de andre områder var specifik i forhold til bestemte hændelsestyper. Derfor var der også flere deltagere, der gav udtryk for, at de enten bevidst eller ubevidst var fortsat med den tidligere rapporteringspligt.

På baggrund af sådanne kommentarer er konklusionen på spørgsmålet til rapportørerne om, hvorvidt de var i tvivl om deres pligt til at rapportere den pågældende utilsigtede hændelse, ikke så simpel, som figur 12 antyder. Selvom 86% af rapportørerne har svaret "nej" til, at de var i tvivl om, om de havde pligt til at rapportere den pågældende hændelse, er det uklart, om og hvor mange af rapportørerne, der eventuelt har svaret nej til at være i tvivl, fordi de slet ikke var klar over, at rapporteringspligten var ændret, og derfor var fortsat med den nuværende rapporteringspligt.

Det manglende kendskab til rapporteringspligten kan også være en medvirkende årsag til, at så stor en andel (32%) af rapportørerne svarer "ved ikke" til spørgsmålet om, hvorvidt de vurderer, at den nye rapporteringspligt vil kunne få den betydning, at hændelser, som kan skabe læring og øge patientsikkerheden, ikke længere vil blive rapporteret (figur 11 til venstre).

At pilotprojektet gik i gang, samtidig med at COVID-19-epidemien begyndte i Danmark, kan have spillet ind, i forhold til at så mange rapportører giver udtryk for ikke at vide, at rapporteringspligten var ændret i pilotprojektet. Pga. epidemien havde ikke alle deltagende enheder nået at få undervist medarbejderne i indholdet af pilotprojektet, ligesom personalemøder og patientsikkerhedsmøder, hvor pilotprojektet og de afprøvede ændringer normalt ville være blevet drøftet, blev aflyst. Både respondenter og deltagerne i fokusgruppeinterviewene forholdt sig til den ændrede rapporteringspligt i forbindelse med evalueringen, hvorfor resultaterne stadig kan bruges i det videre arbejde.

4.2.3 Rapporteringspraksis

Fælles for både kommentarerne i spørgeskemaet og fokusgruppeinterviewene er, at sagsbehandlerne er enige om, at rapporteringspligten i sig selv ikke nødvendigvis ændrer rapporteringspraksis, fx fordi ikke alle medarbejdere er bevidste om rapporteringspligten, og at det derfor kræver et større implementerings- og kulturarbejde at få rapporteringspraksissen til at harmonere alle steder med rapporteringspligten, end der har været mulighed for i opstarten af pilotprojektet bl.a. på grund af COVID-19. Enkelte sagsbehandlere har opfordret medarbejderne til at rapportere på samme måde som før, hvis rapportørerne fandt den ændrede rapporteringspligt svær.

Det er derudover meget forskelligt, hvordan sagsbehandlerne har oplevet rapporteringspraksissen i pilotprojektet. Nogle har oplevet flere utilsigtede hændelser fra bestemte faggrupper. Andre har ikke oplevet ændringer i hverken antal eller type af rapporterede utilsigtede hændelser. Andre igen har oplevet, at der blev rapporteret færre hændelser. En af deltagerne i fokusgruppeinterviewene foreslog, at det i kommunerne kunne være den mindre specifikke rapporteringspligt, der forårsagede faldet.

4.2.4 Rapporteringspligten: Delkonklusion

Ud fra besvarelsene af spørgeskemaet har rapportørerne ikke været i tvivl om, hvorvidt den hændelse, de rapporterede, var rapporteringspligtig eller ej. Dog viser fritekstbesvarelsene og fokusgruppeinterviewene, at mange rapportører ikke har været bevidste om ændringerne i rapporteringspligten, hvilket gør det svært at konkludere noget endeligt på dette spørgsmål.

Graferne viser, at hverken rapportører eller sagsbehandlere overordnet set er bekymrede for, at den nye rapporteringspligt kan komme til at betyde, at hændelser, som vil kunne skabe læring og øge patientsikkerheden, ikke længere vil blive rapporteret. De angiver også, at det er positivt, at hændelser, hvor der ikke er læring som opleves som en administrative byrde, ikke længere er rapporteringspligtige.

De rapportører og sagsbehandlere, som har angivet, at de er bekymrede, og som derfor er blevet bedt om at uddybe deres svar, beskriver enslydende bekymringspunkter. Det nævnes bl.a., at de er bekymrede for, at en mulig alvorlig konsekvens ikke overvejes, og at hændelser uden faktisk konsekvens, men hvor den mulige konsekvens er alvorlig, derfor ikke rapporteres. Nogle nævner også, at de er bekymrede for, at utilsigtede hændelser uden hverken faktisk eller mulig konsekvens ikke vil blive rapporteret, selvom de har læringspotentiale, enten fordi læringspotentialet ikke overvejes, eller fordi sådanne hændelser ikke bliver prioriteret.

Netop den del af rapporteringspligten, der omhandler læring, nævnes af både rapportører og sagsbehandlere som essentiel, og kan bidrage til at prioritere patientsikkerhedsarbejdet men at det kan være svært at overføre til praksis, hvis ikke læring drøftes i et lokalt perspektiv.

For at læringsdelen ikke bliver overset har flere foreslået, at den rent grafisk bør angives med et punkt på lige fod med den del af rapporteringspligten, der omhandler alvorligheden af konsekvensen for patienten.

4.3 Rapporteringsskemaet

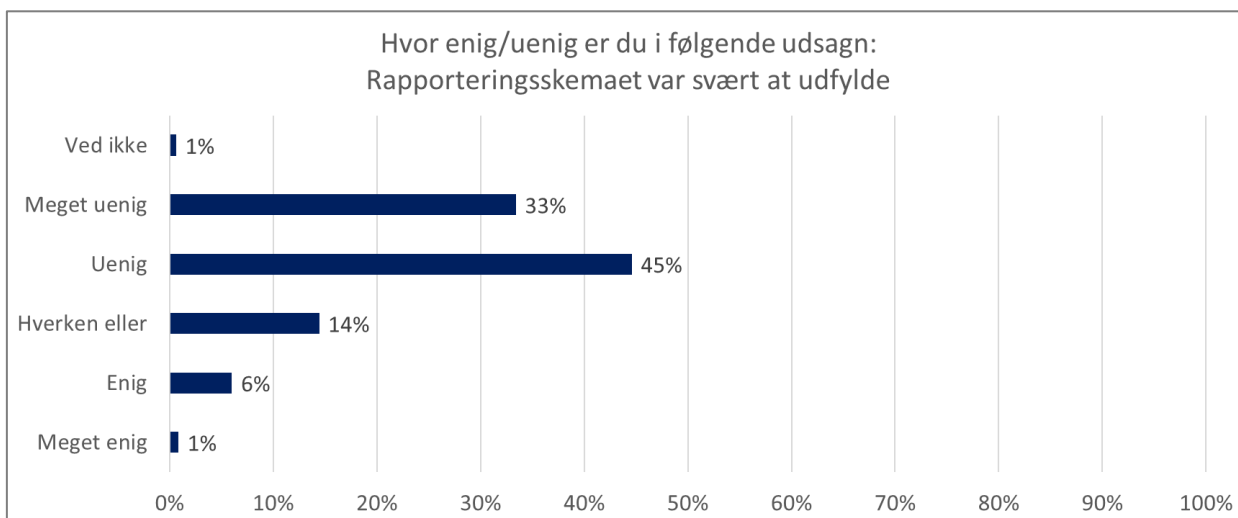
Det er rapportørernes evaluering, som der tages udgangspunkt i ved gennemgangen af evalueringen af rapporteringsskemaet, da de som primære brugere af rapporteringsskemaet, har fået stillet flest spørgsmål til deres oplevelse af skemaet. Der suppleres med pointer fra sagsbehandlernes evaluering af rapporteringsskemaet, når det er relevant.

Gennemgangen tager udgangspunkt i både spørgeskemabesvarelser og fokusgruppeinterviews.

4.3.1 Udfyldelse af rapporteringsskemaet

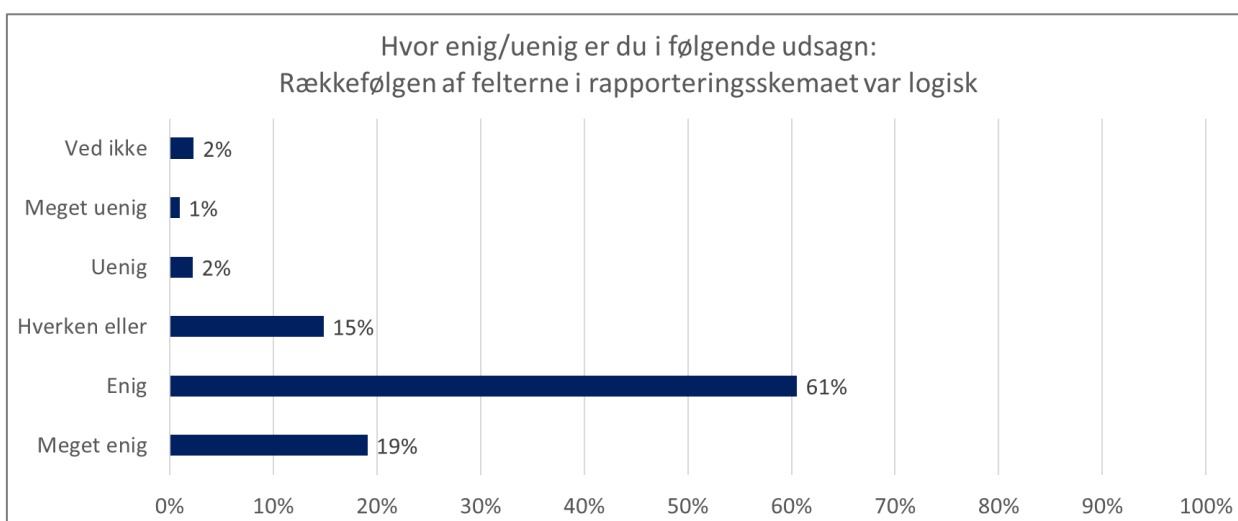
Da et af formålene med et ændret rapporteringsskema var at gøre det lettere at udfylde, blev rapportørerne i spørgeskemaet spurgt til, om de opfattede pilotprojektets rapporteringsskema som svært at udfylde. Det svarede 948 rapportører på. Heraf var 78% enten uenige eller meget uenige i, at rapporteringsskemaet var svært at udfylde, 14% svarede "hverken eller", 6% var enige og kun 1% meget enige. Mere end tre fjerdedele mener altså *ikke*, at rapporteringsskemaet var svært at udfylde (figur 13). I fritekstfelter til spørgeskemaet og i fokusgruppeinterviews har den generelle tendens også

været stor tilfredshed med det nye skema, og mange har udtrykt, at det er blevet nemmere og hurtigere at udfylde.



Figur 13: 948 respondenter, rapportører.

Til udsagnet "Rækkefølgen af felterne i rapporteringsskemaet var logisk" har 80% svaret, at de er enige eller meget enige, og kun 3% har svaret, at de er uenige eller meget uenige (se figur 14). I fritekstbesvarelser og interviews er der også overvejende tilslutning til, at rækkefølgen er mere naturlig og logisk, mens en lille andel kommenterer, at rækkefølgen er forvirrende eller ulogisk. Sagsbehandlere har i fokusgruppeinterviewene foreslået at ændre på rækkefølgen af felter i rapporteringsskemaet, så patientoplysningerne skal angives før hændelsesbeskrivelsen bl.a. for at undgå, at rapportørerne skriver cpr-numre i fritekstfeltet til hændelsesbeskrivelse.

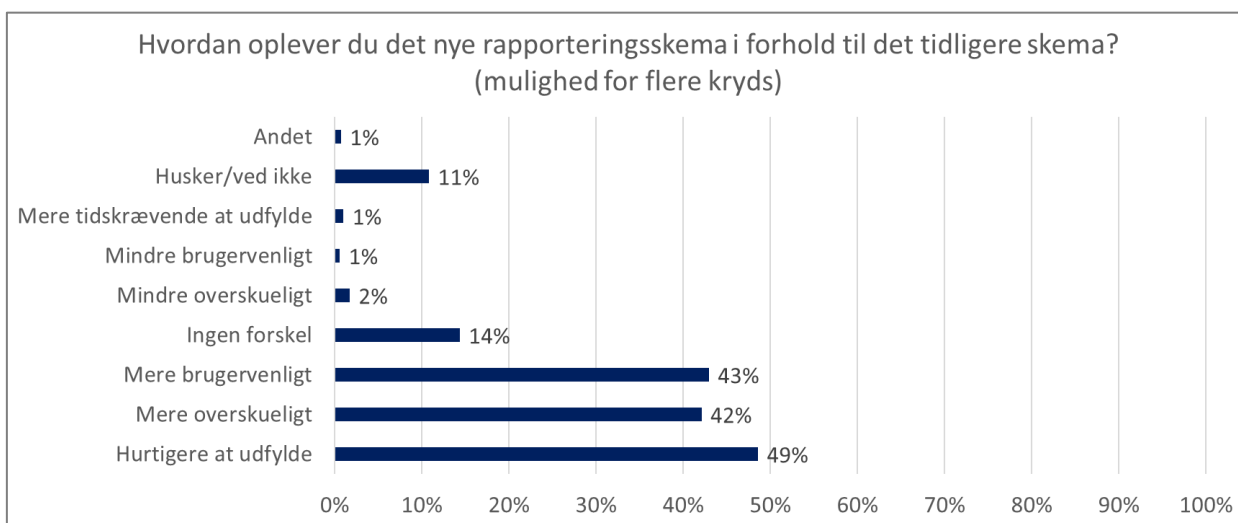


Figur 14: 948 respondenter, rapportører.

4.3.2 Sammenligning af oplevelser: Det gamle og det nye skema

Adspurgt om oplevelsen af det nye rapporteringsskema sammenlignet med det gamle, havde respondenterne mulighed for at sætte flere kryds. Det ses af figur 15 herunder, at der ud af de 710

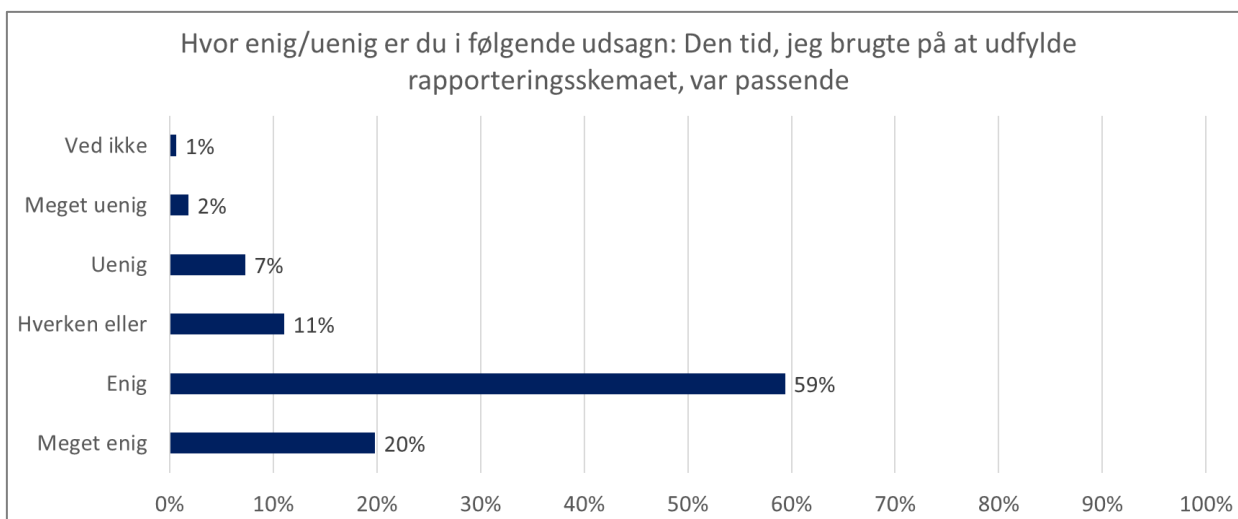
respondenter er 49%, der finder det nye skema hurtigere at udfylde, 42% finder det mere overskueligt, og 43% finder det mere brugervenligt. 14% oplever ingen forskel. De samme positive tilkendegivelser ses i fritekstbesvarelser i spørgeskemaet og i interviews.



Figur 15: 710 respondenter, rapportører. Mulighed for at sætte flere kryds pr. respondent. Der er i gennemsnit afgivet 1,6 svar pr. respondent.

4.3.3 Tidsforbrug

I figur 16 ses det, at 79% af de 948 respondenter var enige eller meget enige i, at den tid, de brugte på at udfylde rapporteringsskemaet, var passende. 9% var uenige eller meget uenige.



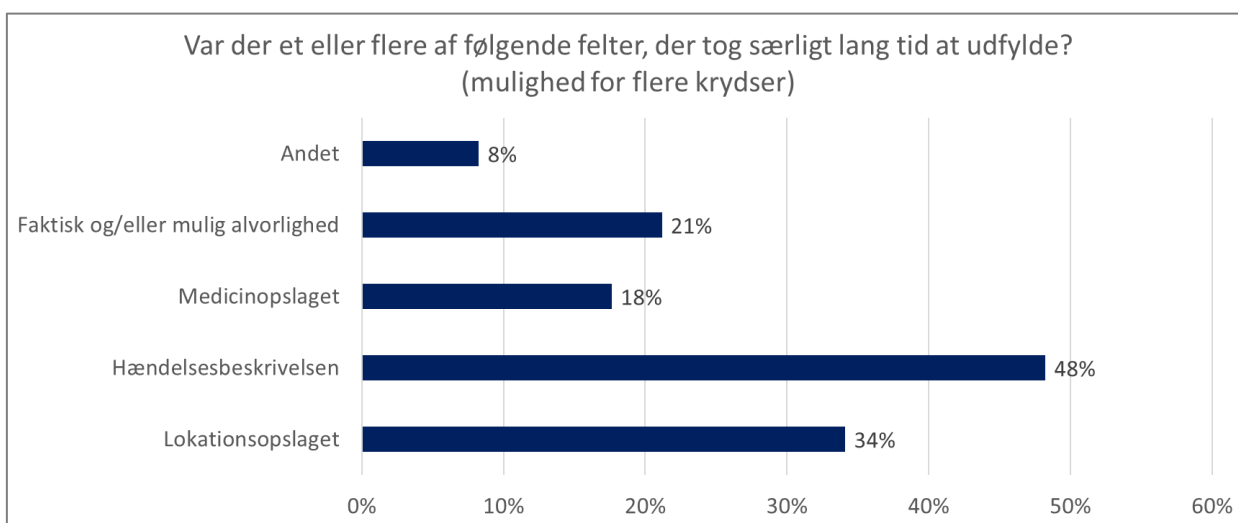
Figur 16: 948 respondenter, rapportører.

Rapportører, der har svaret, at de er uenige eller meget uenige i, at tidsforbruget til udfyldelse af rapporteringsskemaet var passende, har efterfølgende (via forudbestemte valgmuligheder) skullet svare på, om der var et specifikt felt, der tog særligt lang tid. 85 respondenter svarede på dette

spørgsmål, og svarene fordelte sig som illustreret i figur 17, hvor knap halvdelen svarer, at hændelsesbeskrivelsen tog særligt lang tid. Da hændelsesbeskrivelsen netop skal indeholde både en beskrivelse af hændelsen, dens konsekvens og evt. forslag til forebyggelse, er det i sagens natur det felt i rapporteringsskemaet, som indbyder til det største tidsforbrug. Dette er ikke væsentligt forskelligt fra det nuværende skema, hvor samme tekst skal skrives i tre forskellige felter. Det er herudover værd at bemærke, at der ikke lægges op til at svare på, om det tager *for* lang tid at udfylde feltet, men blot om det tager "særligt lang tid". Det kan derfor ikke som udgangspunkt ses som et udtryk for utilfredshed, at 48%, svarende til lidt over 40 respondenter, svarer, at hændelsesbeskrivelsen tager særligt lang tid at udfylde. I afsnit 4.3.4 nedenfor behandles det, hvordan fritekstfeltet til hændelsesbeskrivelse kommenteres i interviews og fritekstfelter.

Medicinopslaget og valg af faktisk og/eller mulig konsekvens påpeges hver af cirka 20% af de 85 respondenter som særligt tidskrævende, mens 34% har svaret, at lokationsopslaget tager særligt lang tid. Da medicinopslaget ikke har været ændret under pilotprojektet, vil det ikke blive gennemgået, hvordan respondenterne har kommenteret disse felter i fritekstfelter og interviews. Dette er også gældende for lokationsopslaget, som er en funktionalitet, der er hængt op på Sundhedsvæsenets Organisationsregister (SOR), og ikke er mulig for STPS at ændre.

Oplevelsen af at feltet vedrørende valg af faktisk/mulig konsekvens tager særligt lang tid, kan være relateret til, at nogle rapportører mener, at vurderingen af en hændelses konsekvens er svær – dette behandles i afsnit 4.1.5.



Figur 17: 85 respondenter, rapportører.

Tendensen illustreret i figurerne 13-16 er en overordnet tilfredshed med det nye rapporteringsskema, hvad angår brugervenlighed, rækkefølgen af felter og tidsforbrug. Det samme indtryk giver de overordnede tilkendegivelser i fritekstfelter og i fokusgruppeinterviewene, når vi har spurgt til deres generelle oplevelse af det nye skema, hvor flere rapportører gav udtryk for, at det nye skema havde været let at forstå og anvende.

4.3.4 Fritekstfeltet til hændelsesbeskrivelse

4.3.4.1 Rapportørernes svar

I fokusgruppeinterviewene blev rapportørerne spurgt om, hvordan de oplever, at der i det nye skema kun er ét samlet fritekstfelt til beskrivelse af hændelsen, dens konsekvens og eventuelle forslag til forebyggelse i stedet for tre separate felter som i det gamle skema.

Hertil svarer mange rapportører, at de oplever, at det fungerer godt med ét felt, og at det gør det nemmere at beskrive hændelsen, at det ikke skal deles op i tre forskellige felter, mens andre mener, at det bliver rodet, når det hele skal beskrives i ét felt.

En interviewdeltager foreslår, at man for at minde rapportørerne om, at de nu skal beskrive flere ting i ét felt, skriver de tre punkter ("hændelsesbeskrivelse", "forslag til forebyggelse" og "konsekvens") ind som standardtekst i selve fritekstfeltet, så man bliver mindet om dem, mens man skriver. Det foreslås også, at man ændrer overskriften til det samlede felt, så det ikke blot hedder "Hændelsesbeskrivelse": Det bør være tydeligt af overskriften, at man skal beskrive andet i feltet end blot hændelsesforløbet.

4.3.4.2 Sagsbehandlernes svar

I fokusgruppeinterviews og fritekstbesvarelser til spørgeskemaer har sagsbehandlere også givet udtryk for deres oplevelse af det samlede fritekstfelt til hændelsesbeskrivelse, konsekvens og forslag til forebyggelse. Nogle sagsbehandlere mener, at beskrivelserne i det nye felt er bedre, end de var før, og at beskrivelserne er fyldestgørende, mere overskuelige at analysere og mere flydende, når de skrives i ét felt. Nogle oplevede før, at det tit var det samme, der blev gentaget i de tre separate felter, hvorfor det opleves som en forbedring, at man kun skal skrive i ét. Sagsbehandlere har desuden indtryk af, at rapportørerne finder det nemmere, når der kun skal skrives i ét felt. Det blev også nævnt, at det fungerer godt med ét felt, når der skal udtrækkes data.

Andre sagsbehandlere mener, at der mangler struktur og overblik, når hændelsen beskrives i ét felt, eller at beskrivelserne tit bliver for korte. En interviewdeltager oplevede, at beskrivelserne i feltet ofte kun bestod af én sætning, hvor der før i det mindste var én sætning i hvert af de tre felter. Andre igen mener, at der ikke er nogen forskel på de beskrivelser, som rapportørerne skriver i hhv. det gamle og det nye skema, og/eller at det kommer helt an på rapportøren, om hændelsesbeskrivelsen er god. En sagsbehandler bemærkede, at de lokalt oplevede, at skriftligt stærke rapportører skrev gode, fyldestgørende hændelsesbeskrivelser, hvorimod de knap så skriftligt stærke skrev mindre fyldestgørende hændelsesbeskrivelser – uanset hvilket rapporteringsskema der blev brugt.

En interviewdeltager kunne desuden fortælle, at det havde styrket tilstrækkeligheden af deres hændelsesbeskrivelser, at de i enheden havde haft drøftelser om læringen ved rapportering af UTH.

4.3.4.3 Feltet "Forslag til forebyggelse" mangler

Selvom der var opbakning blandt både rapportører og sagsbehandlere til det samlede felt til beskrivelse af hændelse, konsekvens og forslag til forebyggelse, går ét emne igen hos begge grupper. Blandt både rapportører og sagsbehandlere gives der i fritekstbesvarelser og interviews i et vist omfang udtryk for at savne feltet "Forslag til forebyggelse", som figurerer i det eksisterende rapporteringsskema. Nogle rapportører mener, at man let kommer til at glemme netop dette punkt, når det skal være en del af den samlede hændelsesbeskrivelse, og både rapportører og

sagsbehandlere finder det ærgerligt, hvis den læring og refleksion, der følger med udfyldelsen af dette felt, går tabt.

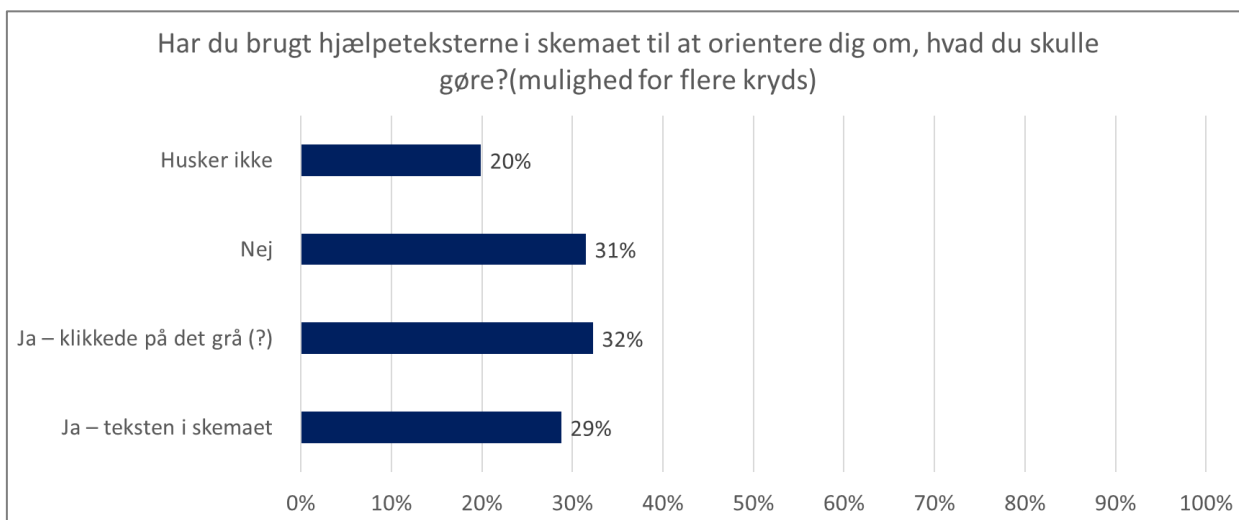
Det foreslås derfor af respondenter fra begge grupper at dele feltet til hændelsesbeskrivelse op i to, så der er ét til hændelses- og konsekvensbeskrivelse og ét til forslag til forebyggelse. I et fokusgruppeinterview blev det dog omvendt nævnt, at der blev rapporteret flere UTH'er i det nye skema, og at dette er vigtigere, end at rapportørerne skriver deres forslag til forebyggelse. Langt størstedelen af dem, som kommenterer det samlede felt til hændelsesbeskrivelse, anbefaler at genindføre feltet til forslag til forebyggelse.

Det skal derudover nævnes, at en mindre andel i kommentarer fra både sagsbehandlere og rapportører giver udtryk for at savne feltet til beskrivelse af konsekvens.

4.3.5 Hjælpetekster

I spørgeskema og interviews blev rapportørerne også bedt om at forholde sig til de hjælpetekster, som beskriver, hvad rapportøren skal gøre under de forskellige felter i rapporteringsskemaet. I rapporteringsskemaet figurerer der dels generelle hjælpetekster for hvert felt i skemaet, som er synlige uanset hvad, og dels et lille gråt spørgsmålstegn ud for de fleste felter, som man kan klikke på for supplerende information om, hvad man som rapportør forventes at gøre i det pågældende felt.

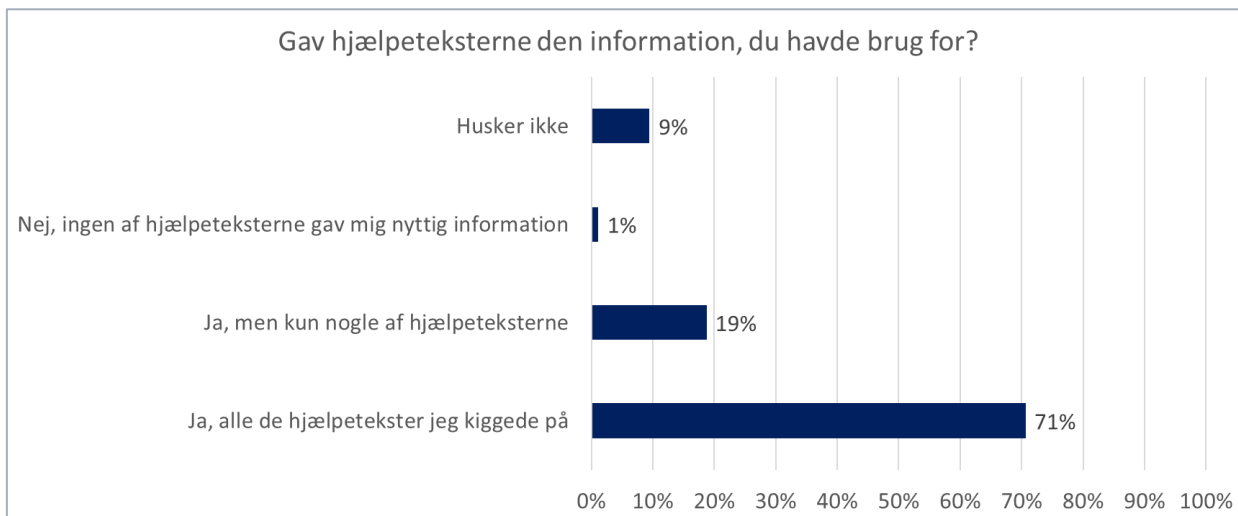
889 rapportører har i spørgeskemaet svaret på spørgsmålet "Har du brugt hjælpeteksterne i skemaet til at orientere dig om, hvad du skulle gøre?" (her var der mulighed for at sætte flere kryds pr. respondent, og i alt gav de 889 respondenter 1000 svar). Som det fremgår af figur 18, har 31% ikke brugt hjælpeteksterne til at orientere sig, 32% har klikket på det grå spørgsmålstegn, og 29% har orienteret sig i den generelle hjælpetekst i skemaet.



Figur 18: 889 respondenter, rapportører. 1000 besvarelser i alt.

Adspurgt, om hjælpeteksten gav den information, rapportøren havde brug for, ser svarfordelingen ud som i figur 19. Det har kun været muligt at svare på spørgsmålet, hvis man i foregående spørgsmål har svaret, at man har brugt teksten i skemaet eller i det klikbare spørgsmålstegn til at orientere sig. 443 respondenter havde brugt hjælpeteksterne, og af dem oplevede 71%, at de hjælpetekster, de

havde kigget på, gav den information, de havde brug for, mens 19% kun oplevede, at nogle af hjælpeeteksterne gav den nødvendige information.



Figur 19: 443 respondenter, rapportører.

I fritekstbesvarelser og interviews er der også generel tilfredshed med hjælpeeteksterne, og der gives udtryk for, at teksterne gør det tydeligt, hvad man skal skrive i felterne. Det nævnes bl.a., at det er godt med de fire punkter i hjælpeeteksten til hændelsesbeskrivelsen, som guider til, hvad man bør skrive i feltet.

Andre mener, at hjælpeeteksterne er for lange eller svære at forstå. Det foreslås bl.a. af nogle, at man forkorter hjælpeeteksten til hændelsesbeskrivelsen, da det formodes, at nogle ikke får den læst pga. dens længde og derfor ikke ved, hvad der skal stå i feltet. Det foreslås desuden, at det klikbare spørgsmålstejn gøres visuelt tydeligere, eller at der i stedet for spørgsmålstejnet står fx "Klik her for forklaring/eksempler".

4.3.5.1 Hjælpetekster og kommunikation vedr. alvorlighedsklassifikationen

I forhold til alvorlighedsklassifikationen fandt mange rapportører, at beskrivelserne i hjælpeeteksterne til de forskellige alvorligheds kategorier under det grå spørgsmålstejn var med til at gøre det lettere at vælge konsekvensen af hændelsen. Også benævnelserne "faktisk" og "mulig" var der overordnet tilfredshed med, og der blev fx givet udtryk for, at disse termer var mere intuitive end "faktuel" og "potentiel", som er begreber, der også anvendes i patientsikkerhedsarbejdet. Derudover havde rapportørerne forskellige forslag til, hvordan der kunne kommunikeres endnu bedre i rapporteringsskemaet, og hvilke hjælpemuligheder der med fordel kunne tilføjes. De foreslog, at der med fordel kunne:

- laves flere og mere uddybende beskrivelser, guidelines og eksempler på, hvad de forskellige alvorligheds kategorier dækker over inden for forskellige områder (fx plejeområdet, psykiatri osv.), og at der eventuelt kunne være et link til de uddybende beskrivelser, så der ikke blev for meget tekst i selve rapporteringsskemaet,
- stå endnu tydeligere, hvornår der vælges faktisk hhv. mulig konsekvens,
- skrives mere om læring i hjælpeeteksten til den mulige konsekvens.

4.3.6 Diverse

Slutteligt er der en række kommentarer, som ikke lader sig gruppere under ovenstående overskrifter. Her kan det nævnes, at nogle rapportører efterlyser en mulighed for at kunne indtaste flere involverede patienter, og at nogle få savner et fritekstfelt i slutningen af skemaet til eventuelle kommentarer eller uddybning af informationer, som ikke har passet ind i de øvrige felter i skemaet.

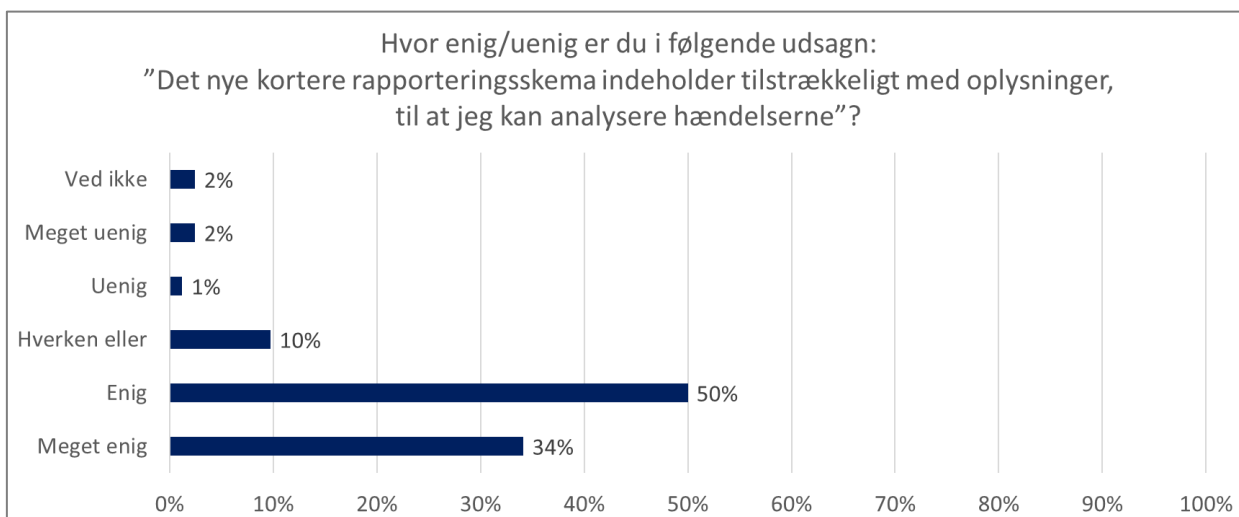
Det efterspørges også, at man nemmere kan indtaste flere lokationer (i forbindelse med patientovergange) og på anden vis end via et fritekstfelt. Registrering af flere involverede lokationer i ét fritekstfelt var en ændring i rapporteringsskemaet, for at gøre det lettere for rapportøren at registrere dem. Det kunne dog ikke afprøves i pilotprojektet, fordi kun udvalgte enheder var med. Der er derfor ikke blevet evalueret specifikt på denne ændrede funktionalitet. Dette vil der bliver arbejdet videre med sammen med de øvrige forslag, som ligger uden for pilotprojektets rammer.

Som nævnt skal rapportøren ikke længere DPSD-klassificere hændelsen (dvs. vælge hændelsestype), da denne opgave er flyttet til sagsbehandleren. Evalueringen har ikke haft et særligt fokus på denne ændring, men nogle rapportører nævner det alligevel i evalueringen som positivt ikke at skulle vælge DPSD-klassifikation.

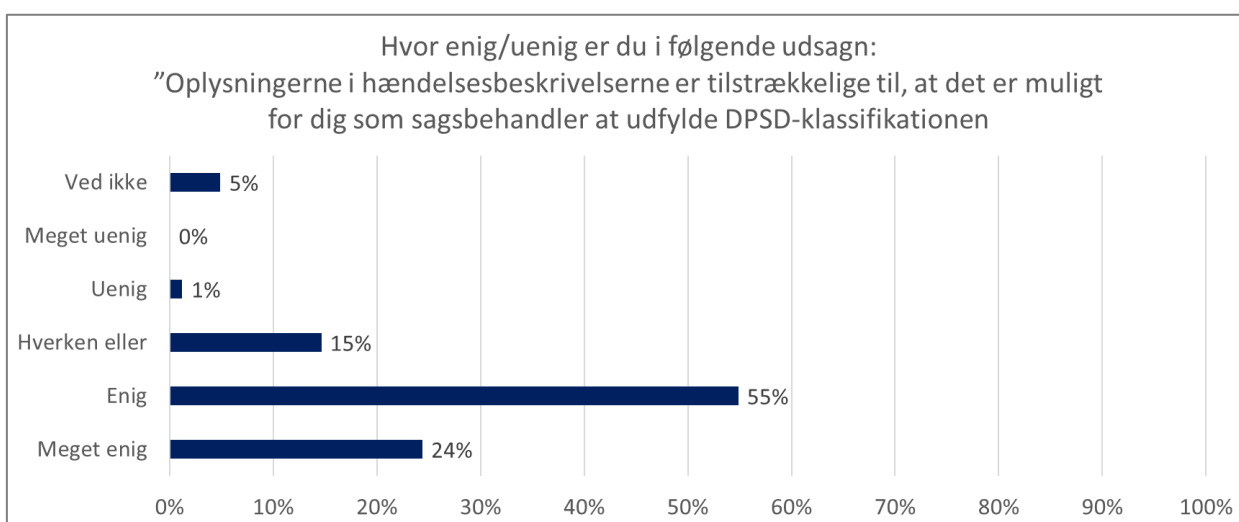
4.3.7 Specifikt om sagsbehandling ud fra pilotprojektets rapporteringsskema

Det ændrede rapporteringsskema under pilotprojektet har som nævnt også betydet visse ændringer for de deltagende enheders sagsbehandlere. Pilotprojektets sagsbehandlere blev derfor i spørgeskema og fokusgruppeinterviews også spurgt til det nye rapporteringsskema med henblik på at finde ud af, om skemaet genererer tilstrækkelige oplysninger til, at hændelserne kan sagsbehandles hensigtsmæssigt.

I spørgeskemaet svarer 84% af de 82 respondenter, at de er enige eller meget enige i, at det nye rapporteringsskema indeholder tilstrækkeligt med oplysninger til, at de kan analysere hændelserne (figur 20). Tilsvarende er 79% enige eller meget enige i, at oplysningerne i hændelsesbeskrivelserne er tilstrækkelige til, at de kan udfylde DPSD-klassifikationen (som tidligere blev udfyldt af rapportøren selv) (figur 21). 15% af de 82 respondenter svarer "hverken eller" til dette spørgsmål, hvilket svarer til 12 respondenter.



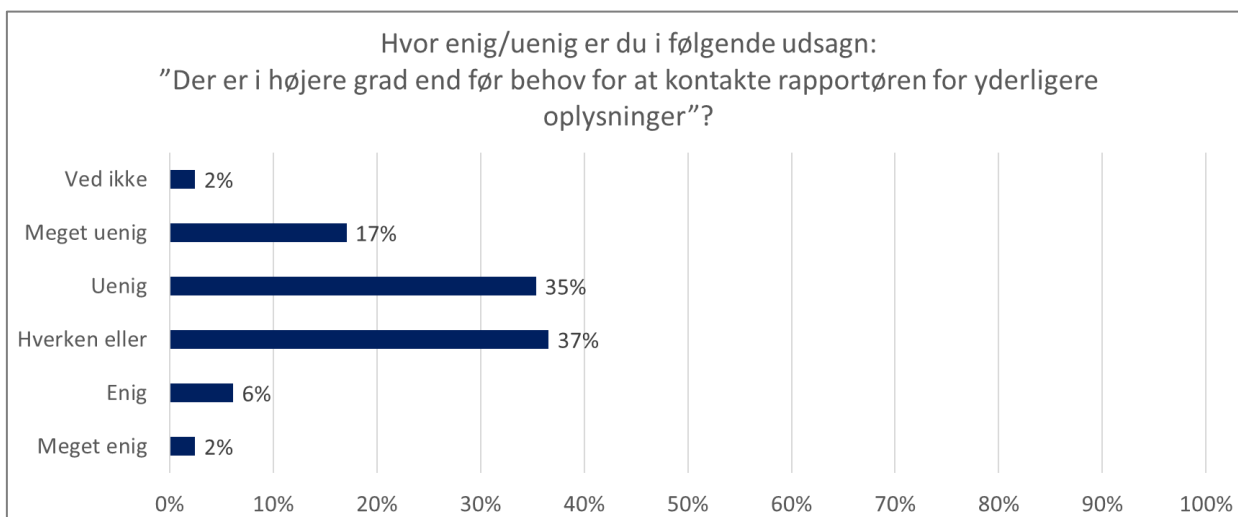
Figur 20: 82 respondenter, sagsbehandlere.



Figur 21: 82 respondenter, sagsbehandlere.

Adspurgt, om sagsbehandlerne i højere grad end før har brug for at kontakte rapportøren for yderligere oplysninger (figur 22), er 52% uenige eller meget uenige, mens 37% (30 respondenter) svarer ”hverken eller”, således at de sandsynligvis har haft samme behov for at kontakte rapportørerne, uafhængigt af om der er rapporteret i det nye eller det gamle rapporteringsskema. Kun 8% af de 82 respondenter er enige eller meget enige i, at der i højere grad end før er behov for at kontakte rapportøren.

I fritekstfelter har nogle sagsbehandlere svaret, at et større behov for kontakt til rapportører skyldes, at beskrivelserne er for korte eller mangelfulde, eller at skemaet ikke lægger op til at skrive tilstrækkeligt med informationer.



Figur 22: 82 respondenter, sagsbehandlere.

4.3.7.1 Medicinsk udstyr

I pilotprojektets rapporteringsskema har der ikke været et separat felt til at udfylde informationer om evt. medicinsk udstyr involveret i hændelsen. Det blev kommenteret af nogle sagsbehandlere i både fritekstfelter og interviews, at de informationer, de plejede at få fra feltet ”Medicinsk udstyr” har manglet i pilotprojektet. Det blev desuden foreslået at tilføje et felt, hvor rapportøren kunne svare ja eller nej til, om udstyret var gemt, og i så fald hvor, da de pågældende sagsbehandlere ofte oplevede at bruge lang tid på at lede efter det medicinske udstyr, der havde været involveret i hændelsen (og sommetider forgæves, da det viste sig ikke at være gemt).

4.3.8 Rapporteringsskemaet: Delkonklusion

Gennemgangen af hhv. rapportørers og sagsbehandlers holdninger til det nye rapporteringsskema giver et overordnet positivt billede. Langt størstedelen af rapportørerne oplever, at det er bedre, hurtigere og mere brugervenligt end det gamle skema og finder tidsforbruget passende. Sagsbehandlerne er desuden overordnet set tilfredse med det grundlag for analyse, som rapporteringsskemaet giver.

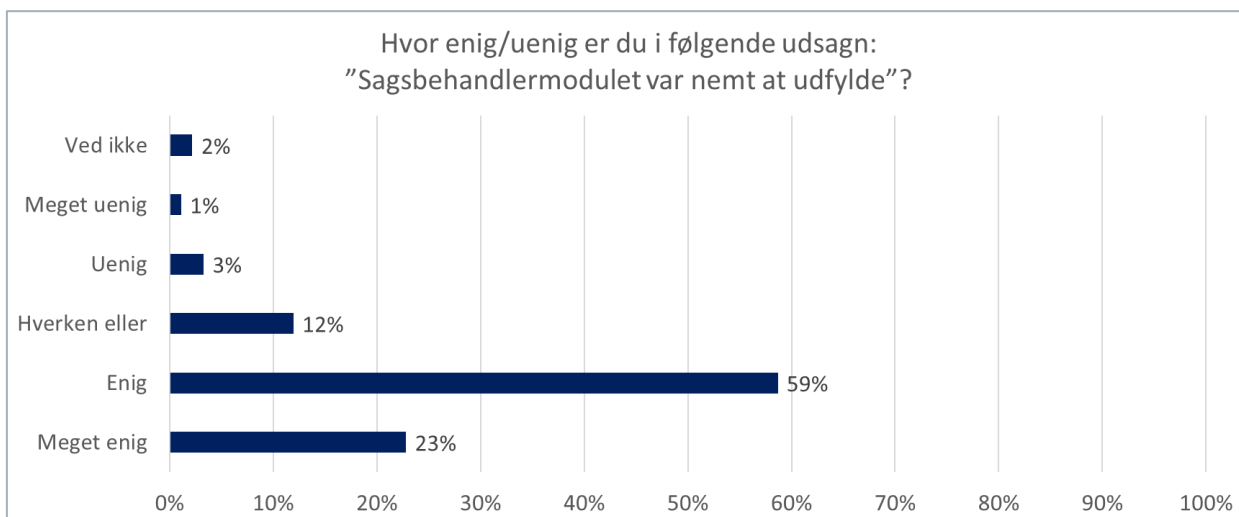
Sammenlægningen af felterne til beskrivelsen af hændelsen, konsekvens og forslag til forebyggelse til ét felt er det emne, der var mest debat om. Nogle, både rapportører og sagsbehandlere, mener, at det er godt med ét felt, og at det gør det nemmere hhv. at beskrive og analysere hændelsen, når alle informationer er samlet ét sted. Dog er der også en del, der mener, at i hvert fald forslag til forebyggelse med fordel kunne have sit eget felt. Argumentet herfor er, at nogle rapportører ellers vil glemme at beskrive deres forslag til forebyggelse, og at dette er ærgerligt, fordi der er læringspotentiale i at reflektere over eventuel forebyggelse af en lignende hændelse. Foruden dette foreslås det at forbedre overskrift og hjælpetekster til feltet til hændelsesbeskrivelse m.m., uanset om det forbliver som ét eller flere felter.

Derudover udtrykkes der et ønske om muligheden for at kunne indtaste hhv. flere involverede patienter og lokationer i skemaet, samt at det igen skal være rapportøren, der indtaster medicinsk udstyr.

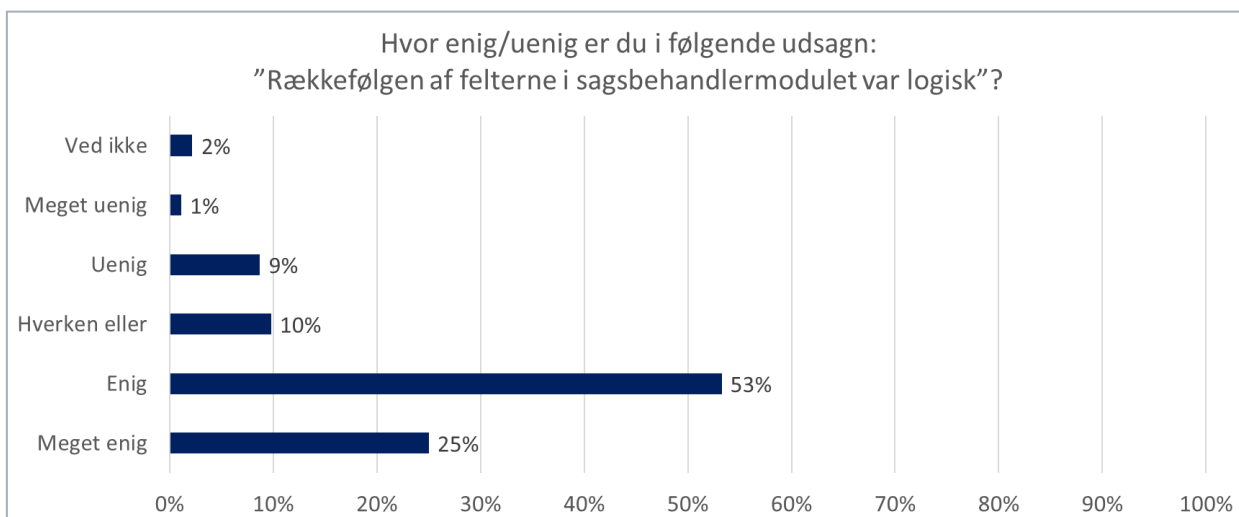
4.4 Sagsbehandlerskemaet

Pilotprojektets sagsbehandlere har i spørgeskema og fokusgruppeinterviews også forholdt sig til, hvordan de oplever ændringerne i sagsbehandlerskemaet. 92 har svaret på, hvor enige/uenige de er i udsagnet "Sagsbehandlermodulet var nemt at udfylde" (figur 23), og her svarer 82%, at de er enige eller meget enige. I figur 24 ses det, at 75% af de 92 respondenter endvidere finder rækkefølgen af felterne i sagsbehandlerskemaet logisk. 10% er uenige eller meget uenige i dette, mens andre 10% har svaret "hverken eller".

I interviews og fritekstfelter er der også overordnet tilfredshed med skemaet. Her nævnes det, at skemaet er overskueligt og nemt at udfylde, at det fungerer godt og er en "tidssvarende model".



Figur 23: 92 respondenter, sagsbehandlere.



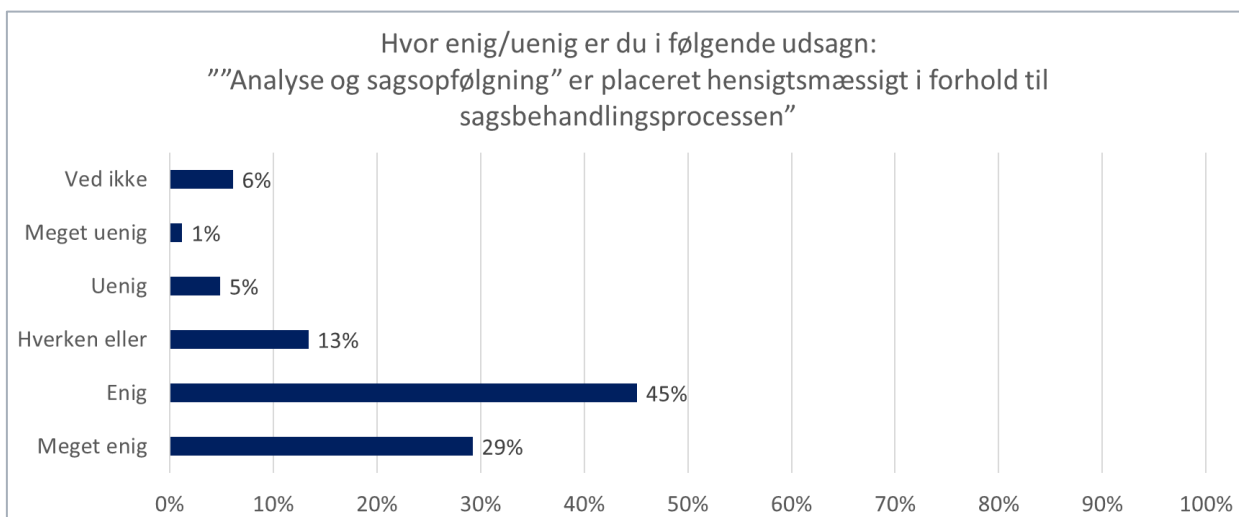
Figur 24: 92 respondenter, sagsbehandlere.

4.4.1 Tidsforbrug

Nogle elementer er i pilotprojektet blevet flyttet fra rapporteringsskemaet, hvor rapportøren skulle udfylde fx DPSD-klassifikationen, til udelukkende at skulle udfyldes af sagsbehandleren, hvilket kan have betydet et øget tidsforbrug i arbejdet med sagsbehandling af utilsigtede hændelser. Der har dog ikke været nogen negative tilbagemeldinger møntet på tidsforbruget. De kommentarer, der er til tidsforbruget, går på, at det øgede tidsforbrug til sagsbehandlingen er ubetydeligt i forhold til gevinsten for rapportøren, og at den ekstra tid, det kræver, er den samme tid, som det før krævede at rette oplysninger og vurderinger i de rapporterede hændelser. En sidste kommentar er, at det kun tager længere tid, når rapportøren ikke har beskrevet hændelsen godt nok.

4.4.2 Fritekstfelter under "Analyse og sagsopfølgning"

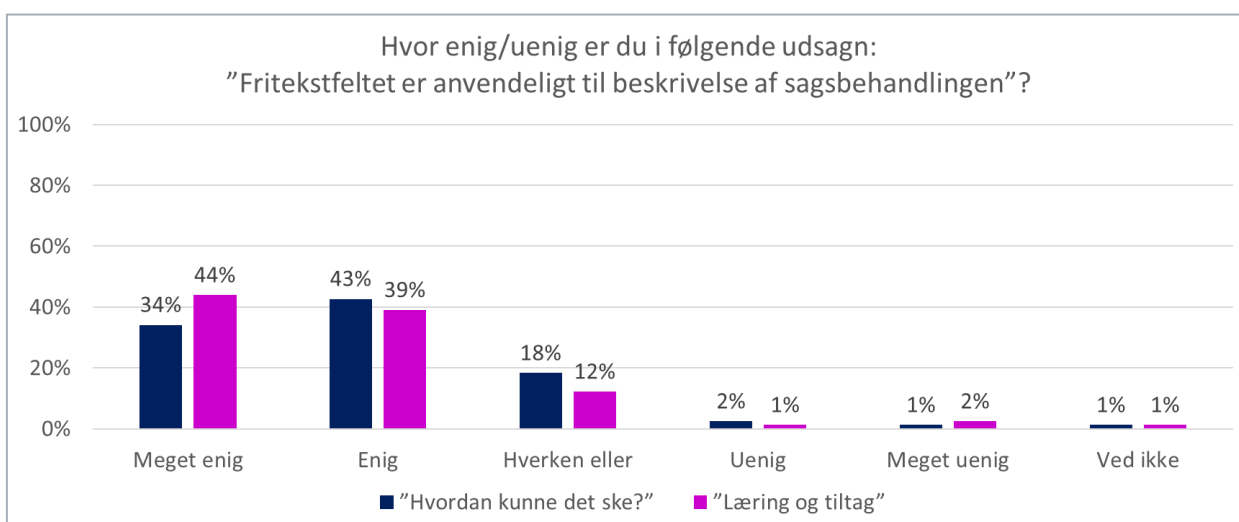
I pilotprojektet er der blevet afprøvet en løsning med to fritekstfelter til analyse placeret inde i skemaet, som skal erstatte det analysefelt, som åbnes i et separat modul, når man klikker i højre side af sagsbehandlerskemaet. De to felter er kaldet hhv. "Hvordan kunne det ske?" og "Læring og analyse" og er placeret under overskriften "Analyse og sagsopfølgning". I figur 25 ses det, at 74% er enige eller meget enige i, at "Analyse og sagsopfølgning" er placeret hensigtsmæssigt i forhold til sagsbehandlingsprocessen, og i fokusgruppeinterviews var sagsbehandlerne også godt tilfredse med placeringen af feltet.



Figur 25: 82 respondenter, sagsbehandlere.

I figur 26 har respondenterne taget stilling til, hvorvidt hver af de to fritekstfelter ”Hvordan kunne det ske?” og ”Læring og tiltag” er anvendelige til beskrivelse af sagsbehandlingen.

Her ses det, at 77% er enige eller meget enige i, at ”Hvordan kunne det ske?” er anvendelig til beskrivelse af sagsbehandlingen, og at 83 % finder ”Læring og tiltag” anvendeligt.



Figur 26: 82 respondenter, sagsbehandlere.

I fritekstfelter og interviews gives der udtryk for, at det er dejligt ikke at skulle åbne et nyt separat analysefelt, og at felterne giver god mening. Det tvinger sagsbehandlerne til at reflektere over og stille skarpt på læringen af hændelserne.

Der er dog også nogle få, der mener, at felterne er enten overflødige, fordi det allerede kan være så godt beskrevet af rapportøren, at man ikke har mere at tilføje som sagsbehandler, eller at de er svære at udfylde. Dem, der mener, felterne er svære at udfylde, giver begrundelser som, at rapportøren fx ikke har beskrevet godt nok, hvordan hændelsen kunne ske, at det bliver ”gætværk”, eller fordi det er svært at finde på løsninger eller tiltag, der kan forebygge lignende hændelser.

Andre oplever, at "Læring og tiltag" kan være svært at udfylde, fordi tiltagene ofte først bliver sat i værk efter sagsbehandlingen og i så fald er forankret ude på de enkelte afsnit. Det kommenteres også, at "Læring og tiltag" er overflødig, fordi det er "resultatet" af sagsbehandlingen, og at det er en naturlig forlængelse af indholdet i "Hvordan kunne det ske?" og derfor bør placeres i dette felt i stedet.

Det kommenteres, at det er fint med fritekstfelter, men at kvaliteten af indholdet i disse afhænger af den enkelte sagsbehandler, hvorfor man måske kunne anvende nogle skabeloner eller emner fra analysemodeller til at ensrette kvaliteten/indholdet af felterne. Et andet forslag lyder, at der kunne indsættes bokse under "Hvordan kunne det ske?", hvori der kan afkrydses begrundelser for, at hændelsen skete, bl.a. for at forbedre de data, der trækkes ud, og gøre det muligt at se mønstre på tværs og lokalt.

Der ses i kommentarerne også forslag om, at den samlede alvorlighedskategori vises i sammenhæng med disse felter, så man kan holde læringstiltag op mod denne.

4.4.3 Diverse

I kommentarerne fra fritekstfelter og interview ses diverse forslag til ændringer, som ikke lader sig kategorisere ovenfor. Det gælder bl.a. et ønske om, at der indsættes mindre fritekstfelter til løbende uddybelse af informationer, som fx uddybelse af de valgte alvorligheds kategorier, og et ekstra felt til at beskrive det faktuelle forløb omkring en hændelse for at kunne sætte rapporteringen i perspektiv.

Derudover foreslår en respondent, at hjælpeteksterne ikke som udgangspunkt skal være synlige, men skal "foldes ud", da teksterne fylder meget i billedet, og de ikke er nødvendige, når man har sagsbehandlet mange gange.

Der foreslås også andre rækkefølger af felterne i skemaet, som primært går på at flytte de administrative oplysninger til toppen af skemaet.

4.4.4 Sagsbehandlerskemaet: Delkonklusion

Sagsbehandlernes evaluering af sagsbehandlerskemaet er overordnet positiv: Størstedelen finder, at skemaet er overskueligt og nemt at udfylde, og at rækkefølgen af felterne er logisk.

Ligesådan er der tilfredshed med, at feltet til analyse og sagsopfølgning har fået en central placering i skemaet. Sagsbehandlerne finder også overvejende god anvendelighed af de to fritekstfelter, "Hvordan kunne det ske?" og "Læring og tiltag" under sagsopfølgning, om end nogle oplever, at felterne er overflødige, fx fordi rapportøren allerede har beskrevet dette i hændelsesbeskrivelsen, eller fordi læringstiltag endnu ikke er kendte på sagsbehandlingstidspunktet. Det foreslås af nogle respondenter, at man til feltet "Hvordan kunne det ske?" indfører generiske afkrydsningsbokse, hvori man kan angive årsager til, at hændelsen skete, bl.a. for at forbedre mulighederne for at se mønstre på tværs og lokalt i dataudtræk.

Det fremgår desuden af evalueringen, at nogle sagsbehandlere ville foretrække, at alle administrative oplysninger (sagsstatus, hændelsessted, hændelsesdato, lokation, patient- og rapportøroplysninger) om en hændelse flyttes til toppen af sagsbehandlerskemaet.

5 Konklusion og anbefalinger

5.1 Konklusion

Pilotprojektets overordnede formål var at undersøge, om de ændringer af rapporteringsordningen, som er blevet foreslået og afprøvet, bidrog til, at der i højere grad blev oplevet en balance mellem den tid, der blev brugt på at rapportere utilsigtede hændelser, og den viden, der blev uddraget til brug for patientsikkerhedsarbejdet.

Konklusionen nedenfor svarer derfor på følgende evalueringsspørgsmål, som fremgår af afsnit 3.3:

1. om ændringerne i rapporteringsskemaet gjorde, at rapportørerne oplevede det nemmere og hurtigere at rapportere end i det nuværende rapporteringsskema
2. om ændringerne i rapporteringspligten og alvorlighedsklassifikationen var forståelige og operationelle i praksis for både rapportører og sagsbehandlere
3. om oplysningerne fra rapportørerne i det ændrede rapporteringsskema var fyldestgørende i forhold til sagsbehandling og analyse af hændelserne, både enkeltvis og i forhold til mønstre, og dermed i forhold til den læring, der lokalt oplevedes at kunne uddrages af rapporterede utilsigtede hændelser
4. om de hændelser, der er vigtige for patientsikkerhed og læring, faldt inden for rammerne af den foreslåede rapporteringspligt.

Ad 1) Langt størstedelen af rapportørerne i pilotprojektet oplever, at det ændrede rapporteringsskema er både nemmere, hurtigere og mere overskueligt at udfylde end det nuværende rapporteringsskema, ligesom det er sagsbehandlerens indtryk, at rapportørernes opgave er blevet lettet, hvad angår udfyldningen af rapporteringsskemaet. De elementer, der af nogle få nævnes som vanskelige, er elementer, som ikke er en del af pilotprojektet fx lokationsopslaget. Det nævnes dog af flere både rapportører og sagsbehandlere, at forslag til forebyggelse let glemmes eller overses, når der ikke er et separat felt at skrive dette i.

Rapportørerne finder hjælpeteksterne forståelige, men foreslår ændringer til overskrifter, hjælpetekster og indhold, som kan støtte rapportøren i forbindelse med rapporteringen.

Ad 2) Den rapporteringspligt, som er blevet afprøvet i pilotprojektet, synes at være forståelig for hovedparten af deltagerne, ligesom der ses opbakning til indholdet af den ændrede rapporteringspligt. Samtidig tyder det dog på, at det nogle steder har været svært at omsætte rapporteringspligten til praksis. Ud fra interviews og fritekstbesvarelser ses det, at nogle simpelthen ikke er bevidste om, at der findes en rapporteringspligt (eller i hvert fald ikke kender til indholdet af den) og/eller, at den har været ændret under pilotprojektet, hvilket kan være en af grundene til en manglende operationalisering af rapporteringspligten i praksis. Den manglende bevidsthed om den ændrede rapporteringspligt kan i nogle tilfælde også skyldes, at enhederne ikke har haft tilstrækkelig mulighed for at implementere og introducere medarbejderne for indholdet af rapporteringspligten og/eller pilotprojektet i sin helhed pga. COVID-19-epidemien (og dermed et ændret fokus såvel som fx aflyste personale- og informationsmøder). Derudover tager det, til trods for grundig introduktion mv., tid at få

implementeret og internaliseret ændringerne i medarbejdernes bevidsthed og vante arbejdsgange, hvilket altid vil være en grundlæggende præmis for tidsmæssige begrænsede pilotprojekter.

Alvorlighedsklassifikationen er forståelig for både rapportører og sagsbehandlere, ligesom begge grupper udtrykker tilfredshed med, at den ændrede alvorlighedsklassifikation indebærer, at man skal vurdere og angive både en faktisk og en mulig konsekvens af hændelsen.

Hovedparten har dog i det daglige haft en oplevelse af, at springet mellem kategorien "lettere" og "alvorlig" er for stort, hvilket gjorde det svært at vælge konsekvensen af en hændelse. Én ting er at vælge, men nogle rapportører finder det også vanskeligt at vurdere konsekvensen af en hændelse, fordi de oplever ikke at have de rette faglige kompetencer og/eller den nødvendige viden om hændelsens videre forløb, til at kunne foretage denne vurdering. Til trods for, at nogle rapportører finder vurderingen svær, mener sagsbehandlere, at det er værdifuldt for rapportørernes læring fra utilsigtede hændelser at skal vurdere og vælge en hændelses alvorlighed.

Ad 3) Hovedparten af sagsbehandlere oplever, at de oplysninger, rapportørerne angiver i rapporteringsskemaet, er fyldestgørende i forhold til sagsbehandling og analyse af hændelserne. Det udtrykkes også, at oplysningerne er tilstrækkelige til at udfylde DPSD-klassifikationen, og at det ikke gør arbejdet vanskeligere, at det er sagsbehandleren, der skal allokere tid til at foretage klassifikationen, bl.a. fordi de kender klassifikationen bedre end rapportøren. Nogle sagsbehandlere kommenterer dog, at de savner oplysninger om medicinsk udstyr involveret i hændelsen.

I forhold til den samlede alvorlighedskategori, som hos sagsbehandlere bliver genereret ud fra rapportørens valg af faktisk og mulig konsekvens, udtrykkes der overordnet tilfredshed, om end det ikke i pilotprojektet hos alle har ført til en ændring i arbejdsgangen at kunne se en samlet alvorlighed for en hændelse. Der gives udtryk for, at den samlede kategori "alvorlig patientsikkerhedsrisiko" er et godt værktøj til at skabe overblik, selvom der mange steder endnu ikke er implementeret lokale retningslinjer for, hvordan hændelser i denne kategori skal behandles.

Ad 4) Hovedparten af både rapportører og sagsbehandlere mener, at de hændelser, der er vigtige for patientsikkerhed og læring, falder inden for rammerne af den foreslåede rapporteringspligt, og angiver tilfredshed med, at hændelser, hvor der ikke drages læring, ikke længere var rapporteringspligtige. Der var særlig tilfredshed med, at læring er blevet en del af rapporteringspligten. Ligesådan udtrykkes det blandt rapportørerne, at den mulige konsekvens sætter fokus på læringsaspektet ved utilsigtede hændelser.

Dog viser evalueringen, at rapporteringspligten opfattes forskelligt. Få tolker det som, at *alle* hændelser ifølge den foreslåede rapporteringspligt bør rapporteres, fordi det opfattes som, at der er læring i alle hændelser, mens andre forstår det som, at den foreslåede rapporteringspligt er indskrænket i forhold til rapportering af hændelser uden alvorlige konsekvenser. Sidstnævnte udtrykker derfor bekymring for, om man med den foreslåede pligt vil gå glip af den læring, der potentielt ville kunne udledes af ikke-alvorlige hændelser, fordi rapportøren ikke prioriterer at rapportere disse hændelser og/eller ikke opfatter dem som rapporteringspligtige, selvom de har læringspotentiale.

5.2 anbefalinger og videre proces

Evalueringsresultater vil blive drøftet med styregruppen, der godkender den endelige evalueringsrapport. Efter godkendelse af evalueringsrapporten vil der blive afholdt et fællesmøde,

hvor evalueringens resultater vil blive præsenteret, og implementering af ændringer i rapporteringsordningen på baggrund af evalueringen vil blive drøftet.

Ud fra evalueringen anbefaler Styrelsen for Patientsikkerhed følgende ændringer af den rapporteringsordning, som har været foreslået og afprøvet i pilotprojektet. Disse anbefalinger arbejdes der videre med i projektorganisationen og resultaterne vil blive præsenteret et særskilt dokument.

Anbefalingerne nedenfor vil blive gennemgået i den rækkefølge, de optræder i evalueringsrapporten.

5.2.1 Alvorlighedsklassifikationen

- Navnet på kategorien "lettere konsekvens" revideres for både den faktiske og mulige konsekvens.
- Kategorien "alvorlig/dødelig konsekvens" under mulig konsekvens opdeles i to separate kategorier.
- Navnet på den samlede alvorlighedskategori "Alvorlig patientsikkerhedsrisiko" revideres.

5.2.2 Rapporteringspligten

- Passagen om rapportering af hændelser med læring omformuleres og opstilles som separat punkt i formuleringen af rapporteringspligten.
- I implementeringen af en revideret rapporteringspligt sættes fokus på og opfordres til lokale drøftelser af læring fra utilsigtede hændelser.
- I implementeringen af en revideret rapporteringspligt sættes særligt fokus på formidlingen af rapporteringspligten og den ændring, det har for de forskellige områder i sundhedsvæsenet.

5.2.3 Rapporteringsskemaet

- Feltet til hændelsesbeskrivelse deles op, så beskrivelse af hændelse og konsekvens er samlet i ét felt, og der oprettes et separat felt til forslag til forebyggelse.
- Overskrifter og hjælpetekster finjusteres, så det er tydeligt, hvad der forventes af rapportøren.
- Rapporteringsskemaet gennemgås med henblik på evt. (gen)indførelse af felter såsom "Involverede patienter" og "Medicinsk udstyr".
- Rækkefølgen af felterne i skemaet gennemgås med henblik på eventuel revidering.

5.2.4 Sagsbehandlerskemaet

- Rækkefølgen af felterne gennemgås med henblik på eventuel revidering.