



Lokal risikostyring

Medicinsk Center, H:S Hvidovre

Organisatorisk beskrivelse

Baggrundsrapport

Jens Albæk

DSI Institut for Sundhedsvæsen

Juli 2005

INDHOLD

1. FORORD	1
2. SAMMENFATNING	3
<i>Den organisatoriske evaluering</i>	3
<i>Den generelle vurdering af projektet</i>	4
<i>'Synlighed' – og tilbagemelding</i>	4
<i>Faggrupper</i>	5
<i>Patientsikkerhedskultur, åbenhed - og klagesystemet</i>	6
<i>'De andre systemer' – klagesystem og akkreditering</i>	6
<i>Perspektiver</i>	7
3. PROBLEMSTILLING, FORMÅL OG METODE	10
FORMÅL	10
METODE.....	11
<i>Case-studium</i>	11
4. EMPIRISK ANALYSE OG BESKRIVELSE	17
5. INTRODUKTIONEN AF RM-FUNKTIONEN	19
<i>Baggrunden for RM-funktionen</i>	19
<i>Jobbeskrivelse</i>	20
<i>Udvikling af RM-funktionen</i>	21
<i>RM-funktionen, fra AMA til Medicinsk Center generelt</i>	21
<i>Introduktion på Medicinsk Center</i>	22
6. ERFARINGER MED INTRODUKTION OG 'SYNLIGHED'	24
7. ERFARINGER MED AFGRÆNSEDE DELPROJEKTER	27
INDBERETNING AF FEJL OG HÆNDELSER.....	28
<i>Erfaringerne med indberetningssystemet</i>	29
<i>Tilbagemelding af resultater</i>	31
<i>Variationer mellem perioder</i>	33
<i>Variationer mellem fag (?)</i>	34
DELPROJEKT: KLINISK FARMAKOLOGISK STUEGANG	37
<i>Baggrund</i>	37
<i>Proceduren</i>	38
<i>Faglighed – læge til læge</i>	40
<i>Den umiddelbare tilbagemelding og læringsaspektet</i>	40
<i>Lægekultur og audit</i>	41
DELPROJEKT: PROAKTIV ANALYSE	42

<i>Baggrund</i>	42
<i>Målsætningen</i>	43
<i>Proceduren</i>	43
<i>Projektets gennemslag</i>	44
<i>Projektejerskabet - projektkulturen</i>	46
8. BEGREBET PATIENTSIKKERHED OG LEDELSESPERSPEKTIVET	47
KONKRETE OPGAVER FOR AFDELINGSLEDELSEN MED PATIENTSIKKERHED	47
INDBERETNING AF FEJL OG HÆNDELSER.....	48
LEDELSESINFORMATION	48
<i>Patientsikkerhed foregår på et ledelsesniveau</i>	49
<i>Risiko Managerens synlighed</i>	49
<i>De patientsikkerhedsansvarlige</i>	50
<i>Risiko Manageren og ekstern støtte til klinikkens patientsikkerhedsansvarlige</i>	51
9. PATIENTSIKKERHEDSKULTUREN	53
LEDELSE OG PATIENTSIKKERHEDSKULTUR	53
ÅBENHED.....	54
- mellem ledelse og medarbejdere	54
- i og mellem forskellige faggrupper	56
SYSTEM OG PERSON – PLACERING AF SKYLD OG ANSVAR	57
ANVENDELSEN AF TERMINOLOGIEN OMKRING PATIENTSIKKERHED	59
PATIENTSIKKERHED OG AKKREDITERING	60
PATIENTSIKKERHED OG PATIENTKLAGESYSTEMET	61
BILAG 1: SKRIFTLIGT MATERIALE INDSAMLET TIL EVALUERINGEN	64
BILAG 2: JOBBESKRIVELSE FOR RISIKO MANAGER	65
BILAG 3: BAGGRUND FOR FUNKTIONEN ‘RISIKO MANAGER’	67
<i>Valget af AMA som fokusområde for RM-funktionen</i>	67
<i>Valget af en organisatorisk standard</i>	67
<i>Den lokale proces</i>	69
BILAG 4: IDÉGRUNDLAG OG TERMINOLOGI	71
<i>Baggrund</i>	71
<i>Utsigtede hændelser</i>	72
<i>Åbne og latente trusler</i>	74
<i>Begrebet ‘fejl’</i>	74
<i>Systemorientering og personorientering</i>	75
<i>‘Næsten-fejl’ i fokus frem for ‘fejl’</i>	76
<i>‘Sikkerhedskultur’</i>	77
BILAG 5: INDBERETNINGER OG LOGBOG, BAGGRUND	78

<i>Introduktion af logbog og opstart af registrering.....</i>	<i>78</i>
<i>Analyse af indberetninger.....</i>	<i>79</i>
<i>Resultater.....</i>	<i>81</i>
<i>Risiko Managerens erfaringer med indberetningssystemet.....</i>	<i>82</i>
10. LITTERATUR OG KILDER.....	83

1. Forord

Denne baggrundsrapport omfatter den organisatoriske evaluering af et 2-årigt projekt, der omhandlede etablering af Lokal Risikostyring i Medicinsk Center, H:S Hvidovre. Projektet blev igangsat i forsommeren 2002 og afsluttedes i 2004.

Rapporten skal alene betragtes som en empirisk orienteret baggrundsrapport, der skal anvendes som udgangspunkt for en efterfølgende formidling af resultaterne og en udvidet analyse i artikelform.

Der udarbejdes en særskilt baggrundsrapport for evalueringens økonomiske del.

Den organisatoriske evaluering er planlagt, gennemført og afrapporteret af projektleder Jens Albæk og forskningsassistent Iben Hansen, begge ansat på DSI Institut for Sundhedsvæsen.

Gennemførelse og afrapportering af interviewene, herunder sammenfatning og diskussion af resultatet er alene forfatterens og DSI's ansvar.

Projektet bestod i etablering af en Risiko Manager –funktion (herefter RM-funktionen). Hensigten var at opnå erfaringer med initiativer til øgning af patientsikkerheden. Dette skulle dels ske gennem at udvide forståelsen blandt ledere og medarbejdere for vigtigheden af at arbejde systematisk med patientsikkerhed, og dels ved gennemførelse af en række konkrete aktiviteter på området.

RM-funktionen blev etableret som et særskilt projekt, der fungerede sideløbende med, men ikke organisatorisk integreret i, H:S' initiativ til forbedring af patientsikkerheden. Projektet opnåede selvstændig finansiering via fondsmidler og andre bevillinger. Funktionen har således ikke været ledelsesmæssigt underlagt H:S' Enhed for Patientsikkerhed, der er oprettet som led i H:S' strategi på feltet, men har refereret ledelsesmæssigt til den daværende ledelse af Medicinsk Center.

Som det beskrives i Risiko Managerens gennemgang af sine arbejdsopgaver i en selvstændig delrapport, har projektet sigtet på gennemførelse af flere aktiviteter. Herunder indgår især etablering af et system til indberetning af fejl og utilsigtede hændelser, samt to supplerende aktiviteter: Gennemførelse af en bagudrettet audit af medicinskemaer, kaldet klinisk farmakologisk stuegang, og en fremadrettet indsats for analyse og forbedring af administration af insulin, kaldet proaktiv analyse. Som en integreret del af denne indsats har det været Risiko

Managerens opgave at udvikle patientsikkerhedskulturen blandt ledere og medarbejdere inden for rammerne af det daværende Medicinsk Center. Risiko Managerens opgaver er beskrevet mere nuanceret i den oprindelige jobbeskrivelse, der indgår som bilag 2 i denne rapport.

Målgruppen for denne baggrundsrapport er primært Risiko Manageren og de personer i H:S, der har været involveret i RM-funktionens planlægning og udvikling. Sekundært er målgruppen de medarbejdere og ledere i Medicinsk Center, H:S Hvidovre, som har medvirket til de gennemførte interviews samt andre, der måtte have interesse i resultatet af denne dataindsamling.

Evalueringen er finansieret af Apotekerfondet, Det Kommunale Momsfond og DSI Institut for Sundhedsvæsen.

Sammenfatning

Projektet 'Lokal Risikostyring' eksisterede i 2 år fra juni 2002 til juni 2004. Projektet foregik på Medicinsk Center H:S Hvidovre, og det centrale punkt i projektet var ansættelsen af en Risiko Manager i en halvtidsstilling gennem projektperioden. Risiko Manageren var læge, og havde sin baggrund i en igangværende medicinsk speciallægeuddannelse, en samtidig halvtidsansættelse i Klinisk Farmakologisk Enhed på H:S Bispebjerg Hospital og et forudgående arbejde med og uddannelse i patientsikkerhed.

Projektet omfattede en række aktiviteter med Risiko Manageren anbragt som den centrale initiativtager:

- Etablering af et indrapporteringssystem for fejl, næsten-fejl og utilsigtede hændelser;
- I forbindelse hermed gennemførelse af to typer af kerneårsagsanalyser,
- Gennemførelse af delprojekt: Klinisk farmakologisk stuegang,
- Gennemførelse af delprojekt: Proaktiv analyse vedrørende insulin.
- Herudover generelt at bidrage til udviklingen af patientsikkerhedskulturen i Medicinsk Center.

Belyst ud fra de gennemførte interviews er det lykkedes at igangsætte og drive indberetningssystemet i overensstemmelse med det planlagte. Indberetningerne var fortrolige, men ikke anonyme, hvilket vil sige, at den indsendte indberetning var underskrevet, men at behandlingen af indberetningen skete fortroligt. I tilfælde, hvor der var indtruffet en utilsigtet hændelse, dvs. med skade eller effekt på patienten, skulle indberetningen ske direkte til Risiko Manageren. I øvrige tilfælde skulle indberetningen ske via logbøger, der var placeret på centerets klinikker, og indeholdt indberetningsskemaer.

Den organisatoriske evaluering

Den organisatoriske evaluering er gennemført i tre runder med ét-års intervaller, idet der er gennemført interviewrunder blandt ledere og personale ved projektets begyndelse, ét år inde i projektperioden og endelig ved projektets afslutning to år efter projektstart. I forbindelse med første interviewrunde blev der tillige gennemført observationer på den daværende Akut Modtage Afdeling (AMA) og i forbindelse med Risiko Managerens afholdelse af diverse møder.

Endelig er der indsamlet tilgængeligt skriftligt materiale som jobbeskrivelse, mødereferater, etc.

Den generelle vurdering af projektet

Set gennem tre interviewrunder og på tværs af forskelle mellem ledelse - medarbejdere og mellem faggrupper, så bliver der givet udtryk for en positiv indstilling til og positive erfaringer med lokal risikostyring og Risiko Managerens funktion. Der blev lagt særlig vægt på, at indrapporteringssystemet langt hen ad vejen var blevet indarbejdet i den kliniske hverdag, og at indrapporteringer havde fundet et naturligt leje med hensyn til indhold og mængde. Samtidig blev der gennemgående meldt positivt tilbage fra de, der havde deltaget i de særlige aktiviteter i projektet, herunder kerneårsagsanalyser, 'klinisk farmakologisk stuegang' og 'proaktiv analyse'.

Den indledende accept i projektets start af, at patientsikkerhed var en nødvendig faktor at indarbejde i klinikken, blev øget gennem projektperioden i generel forstand. Dette omfatter bl.a., at der hos en del af de interviewede er konstateret en stigende motivation blandt lægerne til at medvirke i registreringen af fejl og hændelser, ligesom der synes at være øget åbenhed omkring emnet såvel blandt læger som sygeplejersker.

Et generelt problem synes at være, at der ikke i tilstrækkeligt omfang gives tilbagemeldinger til personalet om de opnåede erfaringer, resultater af foretagne analyser og indholdet af de indsendte indberetninger. Patientsikkerhedsarbejdet placeres på denne måde af nogle af de interviewede på linie med andre registreringer og forskningsprojekter, hvor der bruges ressourcer på at foretage omfattende registreringer, men ikke fremkommer noget synligt resultat.

'Synlighed' – og tilbagemelding

Oplevelsen blandt de interviewede ledere og medarbejdere af Risiko Managerens 'synlighed' eller tilstedeværelse på de medicinske afdelinger er præget af, at det indgik i projektets betingelser, at afdelingerne selv skulle overtage ansvaret for indrapporteringen af fejl og hændelser i løbet af projektperioden. Risiko Manageren blev derfor naturligt mindre synlig, da denne i stigende grad blev optaget af andre opgaver forbundet med funktionen. Ses der bort fra dette, synes der at have været store forskelle afdelingerne imellem, hvor der fra nogle afdelinger meldes om, at Risiko Manageren har været meget til stede og fra andre, at denne ikke eller sjældent er blevet set. Ifølge interviewene er baggrunden for dette primært, at nogle afdelinger tog mere aktivt imod tilbudet fra Risiko Manageren end andre.

Af andre tilsyneladende systematiske forskelle kan nævnes, at de interviewede ledere i langt højere grad end medarbejderne havde oplevelsen af, at de havde kontakt til Risiko Manageren og fik informationer og tilbagemeldinger fra denne. Kommunikationsvejene til ledelsesniveauet forekommer at have haft primær status, hvilket kan forekomme logisk, da funktionen som Risiko Manager var knyttet til ledelserne af de medicinske klinikker, og indberetningen af fejl og hændelser i de fleste tilfælde foregik via klinikledelserne.

Endelig var der generelt større opmærksomhed omkring Risiko Managerens funktion blandt de interviewede sygeplejersker end blandt lægerne, hvilket afspejler udsagnene om større motivation blandt sygeplejerskerne til at foretage indberetninger end blandt lægerne (igen med variationer mellem afdelingerne).

Spørgsmålet om synlighed kobles i en del af interviewene sammen med en oplevelse af, at det kunne virke frustrerende, at der ikke blev meldt tilbage efter den omfattende indberetning af fejl og hændelser, som særligt sygeplejerskerne stod for. Selv om der blev peget på, at indberetningen af fejl og hændelser i større og større omfang er blevet en del af den daglige praksis og har nået et 'naturligt' leje efter indledende udsving i hyppigheden af indrapporteringer, så blev der stillet spørgsmål ved, hvad indberetningerne blev brugt til. Der blev af nogle stillet spørgsmål ved indberetningernes relevans, idet der blev peget på, at det, der savnes, ikke i særlig grad er yderligere viden om, hvor de fleste eller alvorligste fejl og hændelser opstår, men at der i stedet tages flere initiativer til handling ud fra den viden, der allerede findes.

En stor del af den synlighed, som Risiko Manageren har haft blandt lederne set i forhold til medarbejderne, relaterer sig netop til tilbagemeldingen af resultater, og dette styrker indtrykket af projektets håndtering af arbejdet med patientsikkerhed som et relevant ledelsesinstrument.

Faggrupper

Gennem evalueringen har et af de gennemgående temaer været forskellen i indstilling til patientsikkerhedsarbejde generelt og til indrapportering af fejl og hændelser specifikt mellem faggrupperne. Det udbredte billede har været, at sygeplejerskerne har været positivt indstillede og har indrapporteret meget og flittigt, mens lægerne har været mindre positivt indstillede og har indrapporteret væsentligt mindre. Der er dog meget forskellige udsagn om lægernes holdninger og indrapporteringer, som synes at afspejle systematiske forskelle indbyrdes mellem de medicinske klinikker og mellem de enkelte afsnit. Herunder synes det at have været

væsentligt, om klinikledelserne og de ledende læger har lagt ud med at støtte såvel idé som projekt aktivt, eller om indstillingen har været tøvende eller negativ.

Andre synspunkter vedrører hhv. at det er naturligt, at sygeplejerskerne indrapporterer i større omfang, da faggruppen har langt større patientkontakt end lægerne, men at det modsat er lægerne, der tager de centrale beslutninger vedrørende undersøgelser, medicin og anden behandling, og derfor i højere grad er i centrum i de beslutninger, der indeholder potentielle fejlkilder.

Der er også fremkommet udsagn om mere systematiske forskelle mellem faggrupperne læger og sygeplejersker. Flere af de interviewede læger har gennem evalueringen peget på, at de anvender et 'væsentlighedskriterium' med hensyn til afvejning af, om en hændelse eller fejl er væsentlig nok til at blive indrapporteret. Dette i modsætning til sygeplejerskerne, der, særligt i begyndelsen af projektet, indberettede bredt ud fra en holdning om, at indrapporteringerne var del af en læreproces, som skulle føre til færre fejl. Set lidt overordnet bliver dette taget som udtryk for lægegruppens individualistisk orienterede kultur, hvor fx indrapportering af fejl primært sker for at vise udadtil, at den enkelte accepterer, at man skal stå til ansvar for sine fejltagelser, mens sygeplejens højere grad af gruppekultur medfører, at næsten-fejl og fejl, der ikke i den aktuelle situation medfører skade på eller risiko for patienten, alligevel skal indrapporteres for at bidrage til gruppens læringsproces som sådan.

Patientsikkerhedskultur, åbenhed - og klagesystemet

Dette leder videre til spørgsmålet om hhv. åbne og lukkede professionskulturer, og Risiko Managerens centrale underliggende opgave, som bestod i at etablere en patientsikkerhedskultur, eller alternativt at udvikle den eksisterende. Det er helt gennemgående i interviewene, at det er lykkedes at udbrede kendskabet til patientsikkerhed, og at opnå en bred tilslutning til principperne for og nødvendigheden af en øget indsats for patientsikkerhed. En del kommentarer knytter an til en opfattelse af, at patientsikkerhedskonceptet lægger sig tæt op ad den åbenhed om fejl, der i forvejen har eksisteret på en afdeling eller i en medarbejdergruppe (som oftest en plejegruppe), og lige så mange udsagn understreger, at åbenheden er øget markant gennem projektperioden.

'De andre systemer' – klagesystem og akkreditering

Projektet 'Lokal Risikostyring' var placeret samtidig i tid med, at der blev gjort erfaringer med patientklagesystemet og de første akkrediteringsrunder blev gennemført i H:S.

Patientklagesystemet bliver overvejende betragtet som en modsætning til arbejdet med patientsikkerhed, da klagesystemet betoner det individuelle ansvar og indebærer sanktionsmuligheder, der ligeledes har individet som fokus. I den sidste interviewrunde var der dog flere udsagn, der pegede på patientklagesystemet som en mulighed for læring og udvikling, som kunne sameksistere med patientsikkerhedssystemet.

Noget tilsvarende gjorde sig gældende vedrørende akkrediteringen. Første akkrediteringsrunde på H:S Hvidovre faldt stort samtidig med starten på projekt 'Lokal Risikostyring'. En del interviewudsagn pegede her på en modsætning mellem akkrediteringens fokusering på strukturelle og procesorienterede parametre - som fx at der skal være særligt udstyr til rådighed på hvert sengeafsnit, eller at alle patienter skal vejes ved indlæggelsen – og patientsikkerhedsarbejdets fokusering på resultaterne af den faglige indsats og professionelle effekt gennem registrering, analyse og minimering af årsager til fejl og hændelser i den kliniske praksis. I de senere interviews var denne modsætning nedtonet, og der var i stedet opmærksomhed på akkreditering og patientsikkerhed som to sider af samme sag – akkrediteringens mere standardiserede regler som en del af indsatsen mod fejl og hændelser.

Perspektiver

Der tegner sig – i hvert fald – tre organisatoriske perspektiver gennem evalueringen:

Patientsikkerhed - konceptets tolkning og transformation

Patientsikkerhed har gennem projekt Lokal Risikostyring vist sig let at integrere som del af den faglige og professionelle praksis, gennem sin direkte relation til den kliniske kvalitet og faggruppernes intention om at opnå høj kvalitet i pleje og behandling. Tolkningen af begrebet og idéerne bag har været let tilgængelig for ledere og medarbejdere, bl.a. som følge af den introduktion og feedback, som Risiko Manageren har stået for. Konceptet er også i lyset af interviewene i stort omfang blevet tolket og transformeret relativt ubesværet ind i den kliniske praksis gennem sin fokusering på resultater af den faglige kliniske indsats, og har videre medvirket til at transformere opfattelsen af åbenhed om og håndtering af fejl og hændelser.

Patientsikkerhed – som ledelsesinstrument

Projektet Lokal Risikostyring viste, at patientsikkerhed kan udgøre et velegnet instrument til kommunikation mellem ledelse og medarbejdere, herunder at indberetningssystemet fungerer som kontaktoverflade vedrørende indholdet af de centrale ydelser på afdelingerne. Den frivillige indberetning af fejl og hændelser har givet ledelsen et nyt relevant og væsentligt informati-

onsgrundlag for kommunikation med medarbejderne om afdelingens funktion og resultater. Anvendelsen af kerneårsagsanalyser har ikke mindst haft potentiale som medium til kommunikation om centrale forhold på afdelingerne, ligesom gennemførelse af klinisk farmakologisk stuegang – en journalaudit med særligt fokus på medicinordination.

Herudover har arbejdet med patientsikkerhed fungeret som afsæt for gennemførelse af flere fælles udviklingsprojekter. Arbejdet med klinisk farmakologisk stuegang har skærpet opmærksomheden omkring medicinordination på de involverede afdelinger, ligesom den proaktive analyse af anvendelsen af insulin har fungeret som udviklingsaktivitet på tværs af fag og afdelinger.

Til gengæld har interviewene også vist nogle af de svagheder, som arbejdet med patientsikkerhed kan støde ind i, når det indgår som ledelsesinstrument. Hvis der ikke foretages en systematisk tilbagemelding risikeres det, at motivationen daler for en konstruktiv deltagelse i samarbejdet om forbedring af patientsikkerheden.

Patientsikkerhed – led i en bredere udvikling

Arbejdet med patientsikkerhed kan ses som et yderligere element i bestræbelserne på at forbedre kvaliteten af ydelserne i sygehusvæsenet. Begrebet eller den organisatoriske idé 'Patientsikkerhed' følger efter en række af initiativer som kvalitetscirkler, TQM, etc., der har såvel organisatoriske som fagprofessionelle udgangspunkter. Endelig er der kommet idéer frem med regulative elementer som Den Nationale Strategi, Den Gode Medicinske Afdeling, akkreditering, kliniske retningslinier/evidensbaseret medicin, Det Nationale Indikatorprojekt, Den Danske Kvalitetsmodel, mv.

Patientsikkerhed kan ses som et forsøg på at knytte klinisk og organisatorisk praksis tæt sammen med henblik på at opnå kvalitetsforbedringer. Dette er set før, men patientsikkerhed synes at knytte gennemførelse og resultater af den kliniske praksis tættere sammen med et organisatorisk koncept end tidligere i den forstand, at indrapporteringsystem, kerneårsagsanalyser og de øvrige elementer i konceptet sigter på at kombinere opsamling af erfaringer med fejl i den kliniske praksis med en fremadrettet indsats, som er baseret på ledelsens og medarbejdernes direkte involvering. Det fremadrettede og udviklingsorienterede indhold synes at indgå i et positivt samspil med de fagprofessionelle perspektiver hos læger og sygeplejersker.

Ses Patientsikkerhed derfor som et koncept, der indgår i konkurrence og samspil med regulative og andre organisatoriske elementer, som introduceres af forskellige aktører i sygehusvæsenets med henblik på at styrke arbejdet for at forbedre kvaliteten som patientklagesystem og

akkreditering, peger projektet 'Lokal Risikostyring' på positive muligheder for at integrere patientsikkerhed som del af ledelsesstrategien og organisationskulturen.

2. Problemstilling, formål og metode.

Hensigten med at beskrive udviklingen af projekt Lokal Risikostyring over en periode på 2 år er dels at præsentere en faktisk gennemgang af udviklingsforløbet ud fra de valgte datakilder, men samtidig at præsentere en beskrivelse af, hvorledes en foreslået struktur for RM-funktionen tolkes, ændres og udvikles gennem eksistensen af holdninger og handlinger fra en række organisatoriske aktører – Risiko Manager, medlemmer af ledergruppen og medarbejderne. Det er den videre hensigt, at denne indsigt kan anvendes i planlægning og introduktion af lignende og beslægtede ordninger på andre sygehusafdelinger.

Formål

Formålet med den organisatoriske evaluering er at belyse introduktionen og udviklingen af Risiko Manager –funktionen på Medicinsk Center, H:S Hvidovre Hospital over en periode på 2 år. Hensigten var løbende at bidrage specifikt til den løbende justering og forbedring af RM-funktionen i projektperioden samt generelt at bidrage til udviklingen af risikostyring på de danske sygehuse. Dette gøres gennem at vise, hvorledes Risiko Managerens funktion udvikles og på denne baggrund at belyse, hvorledes udviklingen er et resultat af samspillet mellem de planer, der er lagt for RM-funktionen, og de forventninger, holdninger og handlinger hos ledere og medarbejdere, der kommer i kontakt med planerne og deres realisering.

Den organisatoriske evaluering af RM-funktionen bliver suppleret med en selvstændig økonomisk evaluering.

Beskrivelsen af problemstillingen og formålet kan føres videre i følgende evalueringsspørgsmål for **den samlede organisatoriske evaluering**:

Hvorledes udvikles Risiko Managerens opgaveprofil i løbet af funktionsperioden.

- Hvordan er sammenhængen mellem udviklingen af funktionen og den oprindelige jobbeskrivelse,
- Hvordan er sammenhængen mellem udviklingen af funktionen og de potentielle arbejdsopgaver, der nævnes i projektbeskrivelsen.
- Hvordan vurderer ledelse og medarbejdere RM-funktionens prioritering og løsning af opgaver vedrørende patientsikkerhed.
- Har RM-funktionen haft en mere generel indflydelse på personalets opfattelse af risiko og risikohåndtering – er der med andre ord sket en udvikling af patientsikkerhedskulturen?

- Hvilken sammenhæng kan der identificeres mellem udviklingen i RM-funktionens opgabillede og hhv. det eksterne og det interne pres for en prioritering af indsatsen.
- Kan lederes og medarbejderes vurderinger af RM-funktionen aflæses i indholdet og karakteren af de indberetninger, der foretages af opståede fejl og næsten-fejl, samt i den audit af medicineringsskemaer, det er planlagt at gennemføre?

Metode

Omtalen af metoden omfatter flere trin. Først placeres evalueringen overordnet som en case-studium, og herefter præsenteres de enkelte dele af metoden. Endelig konkretiseres anvendelsen af metoder i denne del af den organisatoriske evaluering.

Case-studium

Metoden er som udgangspunkt beskrivende og analyserende på et organisatorisk niveau forstået således, at de fænomener, der undersøges, betragtes som tegn på en organisatorisk udvikling – i dette tilfælde tegn på udviklingen af RM-funktionen som et forsøg på at organisere arbejdet med patientsikkerhed i Medicinsk Center.

Etableringen og udviklingen af en RM-funktion på Medicinsk Center, H:S Hvidovre vil i evalueringen blive betragtet som et case, dvs. som præsentationen af et specifikt fænomen, dets karakter og udvikling i netop denne kontekst. Ifølge Maaløe¹ er cases beskrivelser af enkeltstående hændelsesforløb, og casebeskrivelsen kan tage udgangspunkt i organiseringer, felter eller andre enheder, der er afgrænset efter den problemstilling, der ønskes belyst. Case-metoden anvendes overvejende i kvalitative analyser, som indgår i en induktiv udforskning af et fænomen. Et case er 1) en empirisk undersøgelse af samtidige fænomener – de er altså tidsmæssigt afgrænsede; 2) i case-beskrivelser lægges fokus på de processer, der foregår inden for de valgte organiseringer, 3) der er videre fokus på samspillet mellem processerne i organisationen og den omgivende kontekst, da der ikke altid er en indlysende klar grænseflade mellem fænomen og kontekst, og endelig 4) anbefales det, at der inddrages så mange datakilder som muligt.

Det er derfor ikke hensigten at fremstille RM-funktionen i Hvidovre som en 'typisk' eller repræsentativ organisering af risikostyring på danske sygehuse, men som et specifikt eksempel på udfyldelse af funktionen 'risikostyring' gennem strukturen 'Risiko Manager'. Evaluering-

¹ Maaløe E: Case-studier - af og om mennesker i organisationer. Akademisk Forlag 1996.

gen kan derfor ikke afgøre, om denne organiseringsform er anvendelig endsige optimal i det danske sygehusvæsen, men kan tjene til videre udvikling af risikostyringen i dette særlige tilfælde – Medicinsk Center H:S Hvidovre Hospital – indadtil, samt anvendes til inspiration udadtil på andre afdelinger, andre sygehuse i H:S og i amternes sygehusvæsen.

Metodens elementer

Som nævnt er case-studiet kvalitativt i sin natur, uden at anvendelsen af kvantitative data naturligvis udelukkes som informationskilde. Valget af kvalitative metoder afhænger af de spørgsmål, der skal besvares gennem undersøgelsen², og dette placerer den kvalitative forsker/undersøger/evaluator som 'bricoleur'³ – altnuligmand - der anvender forskellige metoder til at skabe et sammenhængende billede af det fænomen, der undersøges. I evalueringen vil der blive anvendt skriftlige kilder, observationer og interviews.

Evalueringen tog således udgangspunkt i:

- Den skriftlige dokumentation i form af projektbeskrivelser, mødereferater, nyhedsbreve etc., der vedrører den initierende definition og videre udvikling af RM –funktionens formål og indhold.

Gennemgangen af skriftligt materiale er sket i evalueringens startfase, og blev gentaget gennem evalueringen. Det skriftlige materiale er anvendt som 'repræsentationer' eller 'artefakter' fra skabelsen og udviklingen af RM-funktionen, der er blevet nedfældet på baggrund af en bestemt tolkning af RM-funktionen, og det har været undersøgelsens opgave at tolke dette indhold⁴.

- Observation blev primært anvendt i evalueringens startfase til orientering af evaluatoren om organiseringen af Medicinsk Center og arbejdsgangene på Akut Modtage Afdeling i centeret. Observation i senere faser af evalueringen har været få og selektive. Den kvalitative observation foregik 'naturalistisk', dvs. at den ikke indeholdt en måling af en isoleret enhed ud fra en fastlagt hypotese således som det er tilfældet i en kvantitativ observation. Den kvalitative observation har fokus på sammenhængende mønstre af adfærd og ud-

² Denzin NK & Lincoln YS: *Introduction - Entering the Field of Qualitative Research*. In: Denzin NK & Lincoln YS: *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. Sage, Thousand Oaks, California, 1998.

³ Ibid., s. 3.

⁴ Hodder I: *The Interpretation of Documents and Material Culture*. In: Denzin NK & Lincoln YS: *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. Sage, Thousand Oaks, California, 1998.

sagn⁵, som fx de adfærdsmønstre, der knytter sig til patientsikkerhed i lægers og sygeplejerskers arbejde og samarbejde.

- Det væsentligste element i evalueringen har bestået i interviews med centrale aktører inden for området, dvs. gruppen, der står bag oprettelsen af RM-funktionen ('baggrundsgruppen'), herunder ledelsen af Medicinsk Center og AMA, samt forskellige grupper af medarbejdere. Interviewrunderne blev gennemført i hhv. foråret 2002, foråret og forsommeren 2003, samt i 2004.

Det skriftlige materiale mv.

Det skriftlige materiale vedrørende projekt lokal risikostyring er beskrevet i bilag x. Det materiale, der har kunnet indsamles, har knyttet sig naturligt til faserne i projektets forløb, således at der ved 1. interviewrunde forelå forberedende mødereferater, notater og udkast til indholdet af Risiko Managerens indsats, ved 2. interviewrunde forelå der diverse beskrivelser og skemaer, som berørte udviklingen af Risiko Managerens funktion, og endelig forelå der ved 3. interviewrunde udkast fra Risiko Managerens side til beskrivelser og opsamling på de enkelte dele af det samlede projekt.

Interviews

Vi valgte fra starten at anvende fokusgruppemetode i undersøgelsen. Denne interviewform har dialogen som udgangspunkt som andre kvalitative interviewformer, men kendetegnes specielt ved at være formaliseret - der er faste roller mellem interviewere og interviewpersoner, emnet er fastlagt, der udsendes indbydelser mv. - interviewerne styrer interviewets forløb, selv om formen er ustruktureret, dvs. at temaer og spørgsmål nok varetages af interviewerne, men ikke efter et struktureret skema. Endelig er hensigten med fokusgruppeinterview eksplorativt og udforskende⁶. Interviewpersonerne skal med andre ord medvirke til at danne et billede af fx patientsikkerhedsarbejdet set ud fra deres egne perspektiver, men ikke vurdere fænomenet 'patientsikkerhedsarbejde' og dets enkelte elementer ud fra en skala.

Proceduren ved invitation af interviewpersoner bestod i, at DSI's projektleder deltog på et ledermøde i Medicinsk Center, hvor projektet blev præsenteret, herunder hensigten med og metoden ved gennemførelse af den forestående interviewrunde. Det blev aftalt, at klinikledelserne var ansvarlige for udpegning af deltagere i de skitserede interviews, og at DSI's projektleder

⁵ Adler PA & Adler P: *Observational Techniques*. In: Denzin NK & Lincoln YS: *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. Sage, Thousand Oaks, California, 1998.

⁶ Fontana A & Frey JH: *Interviewing - The Art of Science*. In: Denzin NK & Lincoln YS: *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. Sage, Thousand Oaks, California, 1998.

der skulle fremsende en plan for interviewene. Invitationen af interviewpersoner blev styrket af, at Risiko Manageren anvendte meget tid på at rekruttere og motivere de relevante interviewpersoner til at deltage.

I 2. interviewrunde viste det sig, at fremmødet til interviewene ikke levede op til det forventede og aftalte, idet der, i stedet for de planlagte interviews med 5-7 deltagere, var tale om væsentlig færre deltagere.

På trods af dette blev der opnået god temamæssig konsistens og indholdsmæssig variation i informanternes udsagn, som ligger til grund for rapporten

I 3. interviewrunde blev fokusgruppemetoden dog fraveget, da det viste sig vanskeligt at samle ledere og medarbejdere i de ønskede grupper. I stedet gennemførtes en række kortvarige og fokuserede individuelle interviews med udgangspunkt i erfaringerne fra de første interviewrunder. Interviewene af hver ½ times varighed var struktureret ud fra de temaer, der havde vist sig mest centrale i de første to interviewrunder, og havde således et procesorienteret sigte, som skitseret i evalueringens formål.

Interviewguides findes samlet i Bilag 2.

I 1. runde blev der gennemført 8 fokusgruppeinterviews med hhv. de ansvarlige bag oprettelsen og ledelsen af projektet Lokal Risikostyring og med Risiko Manageren selv ("Baggrundsgruppen"), ledelsen af Modtageafdelingen, læger med hhv. forvagt og bagvagt på Modtageafdelingen, to grupper af sygeplejersker fra Modtageafdelingen, samt afdelingssygeplejersker fra sengeafsnittene på Medicinsk Center. Interviewene omfattede i alt 22 personer, og blev gennemført i foråret og forsommeren 2002.

I 2. undersøgelsesrunde i foråret og forsommeren 2003 blev der gennemført seks gruppeinterview med i alt 22 personer. Disse var fordelt på følgende grupper sammensat på tværs af klinikkerne i Medicinsk Center: 2 grupper sygeplejersker, 1 gruppe overlæger, 1 gruppe yngre læger samt 1 gruppe med 7 afdelingssygeplejersker. Endelig 1 gruppe bestående af centerchefen og Risiko Manageren.

I 3. undersøgelsesrunde i 2004 blev der gennemført 30 interviews med i alt 31 personer; altså 29 individuelle interviews samt et enkelt dobbeltinterview på de interviewedes anmodning. Interviewene omfattede ledende oversygeplejersker, ledende overlæger, afdelingssygeplejersker, afdelings- eller overlæger, sosu-assistent og sygeplejersker. 5 af de interviewede fungerede som patientsikkerhedsansvarlige på deres afdelinger. 9 af interviewene omfattede specifikt delprojekterne hhv. klinisk farmakologisk stuegang og proaktiv analyse.

Analysens grundlag

Analysen gennemføres inden for 'den tolkende tradition' (interpretivism⁷) i evalueringen af 'programmer' og udviklingsforsøg af forskellige typer. Denne tradition er karakteriseret ved at erkende, at evalueringen er subjektiv i den forstand, at når undersøgeren eller evaluatoren forsøger at konstruere et billede af, hvad der foregår/er foregået fx på en sygehusafdeling, så vil dette ske som tolkninger, der ikke sker uafhængigt af evaluatorens forudgående forståelser, ligesom de personer, der undersøges og interviewes, ikke udtaler sig objektivt, men ud fra de tolkninger, de har foretaget, som enkeltpersoner og grupper, af afdelingen som sådan og af det konkrete udviklingsinitiativ, der skal evalueres. Dette betyder naturligvis ikke, at evaluatoren kan skrive hvad som helst, for evaluatoren er, som alle andre, en del af samfundet og herudover af et videnskabeligt samfund, hvor der i begge tilfælde er visse konventioner for fx gennemførelse og beskrivelse af evalueringer. Det betyder nærmere, at den gennemførte evaluering måske ville falde anderledes ud eller ville have placeret fokus på andre ting, hvis den var gennemført af andre, men at valget af evalueringstemaer og beskrivelsen af disse falder inden for rammerne af en tradition for evaluering og formidling.

Den tolkende tradition er karakteriseret ved at have en pluralistisk tilgang, hvor flere opfattelser og forståelser af fx patientsikkerhedsarbejde kan eksistere ved siden af hinanden, og at det gælder om at fremstille disse loyalt. Evalueringen henvender sig derfor også til et bredt spektrum af ledere, medarbejdere og andre involverede, og der anvendes kvalitative metoder, typisk case-studier, interviews, observationer og gennemgang af skriftligt materiale⁸.

Forventningerne til og erfaringerne med Risiko Managerens arbejde, som denne rapport vil afdække, er derfor ikke 'bare' udtryk for holdninger og værdier. Udsagnene afspejler et igangværende forløb af forandringer i den gældende praksis og i lederes og medarbejderes erfaringer med patientsikkerhedsarbejde. Sundhedspersonalet taler derfor både ud fra en etableret praksis og ud fra en løbende skabelse af ny praksis for patientsikkerhedsarbejde, hvilket placerer følgende beskrivelse i et dynamisk procesperspektiv.

Nedenstående tematiserede referatet er sammenfattet på tværs af de gennemførte interviews, idet der er fokuseret på en belysning af gennemgående temaer frem for en opdelt eller isoleret beskrivelse af de enkelte interviews. Set i et lidt bredere perspektiv er denne måde at præsentere interviewdata på et forsøg på at fremdrage tolkninger, holdninger og brydninger mellem

⁷ Greene JC: *Qualitative Program Evaluation - Practice and Promise*. In: Denzin NK & Lincoln YS: *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. Sage, Thousand Oaks, California, 1998.

⁸ Ibid., s. 376.

disse generelt i organisationen, frem for at opgøre forskellige 'aktørers' holdninger separat, forstået som grupper af eller enkeltvis læger, sygeplejersker, ledere, etc. Det har været vores intention at lade interviewene og de citerede udsagn indgå i en dialog, men det vil dog fremgå i relevante tilfælde, når et udsagn eller en holdning skyldes en bestemt gruppe af aktører, herunder særligt fra ledelsesside, men også i nogle tilfælde fra hhv. interviewede læger eller sygeplejersker. Vores hensigt har således været at forholde os samlet til de holdninger og erfaringer, som de interviewede har givet udtryk for, med henblik på den videre introduktion og tilrettelæggelse af funktionen som Risiko Manager.

Resultaterne fra denne interviewundersøgelse er opgjort efter temaerne i de gennemførte interviews, dvs. erfaringer med indberetning af fejl og andet patientsikkerhedsarbejde i den kliniske hverdag herunder de øvrige delprojekter, forståelse og anvendelse af begreberne indenfor patientsikkerhed, kendskab og kontakt til Risiko Manageren samt kollegial åbenhed og ændringer i organisationskulturelle forhold i projektperioden.

3. Empirisk analyse og beskrivelse

– organisering af data om lokal risikostyring

Ses der på baggrunden for etableringen af lokal risikostyring i det daværende Medicinsk Center på H:S Hvidovre, som det generelt er beskrevet i den bagvedliggende litteratur og konkret i jobbeskrivelsen for Risiko Manageren, springer det i øjnene, at der – som i mange andre projekter – forventes flere former for resultater eller effekter. En praktisk og rent empirisk gruppering af disse effekter kan betegnes som hhv. direkte og afledte.

Den direkte effekt udspringer af de delprojekter, som Risiko Manageren forventedes at gennemføre i løbet af den toårige projektperiode, herunder især etablering og drift af et indberetningssystem for fejl og utilsigtede hændelser, men også gennemførelse af en medicinsk audit og proaktiv analyse.

Den afledte effekt ligger i udviklingen af 'patientsikkerhedskulturen', generelt forstået som holdningen hos ledere og medarbejdere til de fejl og hændelser, der indtræffer, den åbenhed der er mellem kollegaer og mellem ledelse og medarbejdere omkring fejl og hændelser, samt opfattelsen af, hvilke handlinger, der bør følge på en konstateret fejl eller hændelse.

I en dansk antologi på området⁹ foretages der således en tilsvarende opdeling mellem de kulturelle og normative forhold og de operationelle sider som fx rapporteringssystemer. Denne opdeling har således et vist gennemslag i forståelsen af og debatten om patientsikkerhedsarbejdet i det danske sundhedsvæsen.

Det er dog klart, at den direkte og den afledte effekt kun lader sig adskille analytisk. I udviklingen af den konkrete praksis på patientsikkerhedsområdet vil de to forhold være tæt knyttet sammen. Det er fx svært at forestille sig, at der kan etableres et indberetningssystem for fejl og utilsigtede hændelser, hvis der ikke eksisterer en patientsikkerhedskultur, som støtter op om systemets eksistens.

I denne empiriske beskrivelse af indsatsen til forbedring af patientsikkerheden gennem tilknytning af en lokal Risiko Manager på det medicinske område på H:S Hvidovre er det derfor

⁹ Pedersen & Mogensen, 2003.

søgt at holde de forskellige perspektiver adskilt. Der vil dog være en række tilfælde, hvor der er naturlige krydsreferencer mellem beskrivelsens forskellige afsnit.

Det er valgt at lade beskrivelsen tage udgangspunkt de direkte effekter, forstået som forventningerne til og erfaringerne med de konkrete dele af det gennemførte projekt i de delprojekter og øvrige initiativer, der er gennemført og taget af Risiko Manageren på Medicinsk Center i projektperioden.

Efterfølgende foretages en beskrivelse af de afledte effekter i de udsagn, som ledere og medarbejdere er kommet med vedrørende generelle holdninger og erfaringer med patientsikkerhedsarbejdet, dvs. med hensyn til åbenheden om de fejl, der begås på afdelingerne, indstillingen til at anvende viden om fejl og hændelser til videre udvikling af patientsikkerheden etc.

Denne organisering af præsentationen af den indsamlede viden er valgt ud fra den forudsætning, at den primære betingelse for forbedring af patientsikkerheden er ledernes og medarbejdernes engagement og motivation for indsatsen. Dette fungerer i et samspil med og er naturligt afhængig af forløbet af de konkrete initiativer som fx det etablerede indberetningssystem. Det er valgt at lade de indsamlede udsagn vedrørende projektet fra 1. og 2. interviewrunde danne baggrund for en redegørelse for, hvorledes disse forventninger og erfaringer har udviklet sig samt herunder hvorledes forståelsen af patientsikkerhed er udviklet.

4. Introduktionen af RM-funktionen

Baggrunden for RM-funktionen

I dette afsnit vil vi først ganske kort skitsere introduktionen af RM-funktionen med udgangspunkt i tilgængelige skriftlige kilder, og derefter præsentere de overordnede holdninger blandt de interviewede med fejl og hændelser.

Under arbejdet med første interviewrunde i foråret 2002 identificerede vi tre udgangspunkter, der i forskellige sammenhænge blev anvendt til at beskrive baggrunden for at søge at forbedre patientsikkerheden gennem at etablere RM-funktionen, og for at funktionen fik netop den valgte udformning¹⁰.

- Det første udgangspunkt omhandler valget af Akut Modtage Afdeling (AMA) i Medicinsk Center som fokusområde på baggrund af den særlige situation omkring indlæggelsen af den akutte medicinske patient kombineret med dårlige erfaringer med patientsikkerheden på dette felt – herunder særligt med hensyn til medicineringsfejl.
- Det andet udgangspunkt udspringer af den projektbeskrivelse, der blev anvendt til ansøgning om finansiel støtte til RM-funktionens etablering og drift. Denne del, som kan kaldes 'Valget af en standard', fokuserer på den generelt øgede opmærksomhed på området patientsikkerhed, herunder ikke mindst en stigende international bevågenhed. Dette udgangspunkt tog således bl.a. afsæt i teoretiske forståelser af risiko og i erfaringerne fra andre sektorer.
- Det tredje udgangspunkt fokuserer på en mere evolutionær proces, der har fundet sted på og omkring Medicinsk Center. Processen ledte gennem flere projekter¹¹ og initiativer, og endte i ønsket om at etablere RM-funktionen. Denne beskrivelse, som kan kaldes 'Den lokale proces' fremkom gennem et interview, som blev afholdt som led i denne evaluering med personer, som har været centrale i skabelsen RM-funktionen.

Funktionen som Risiko Manager er således oprettet på baggrund af flere indbyrdes adskilte forhold, der både har rødder i konkrete, lokale forhold og problemstillinger samt i inspiration fra idéer udefra.

¹⁰ Der er redegjort mere fyldigt for dette i 1. delrapport: Evaluering af Risiko Manager –funktionen, Akut Modtage Afdeling, medicinsk Center, H:S Hvidovre. December 2002.

¹¹ Herunder et projekt vedrørende klinisk risikostyring på fødeafdelingen på H:S Hvidovre, afrapporteret af Pedersen et al, 2003.

Jobbeskrivelse

Medicinsk Centerledelse og Enheden for Patientsikkerhed udarbejdede primo 2002 en jobbeskrivelse¹² for Risiko Managerens funktion. Det fremgik heraf, at stillingen skulle besættes med en læge, der er ansat på ½ tid, at stillingen er tidsbegrænset til 2 år og forudgås af en ansættelse på 7 timer/uge i en planlægningsfase.

Disse strukturelle rammer er naturligvis af stor betydning for projektets gennemførelse, da det i nogle sammenhænge må anses for væsentligt, hvilken faggruppe Risiko Manageren stammer fra, og ikke mindst at der er tale om en halvtidsstilling, som skal udfylde projektrammen og de tilknyttede aktiviteter.

Den egentlige opstart af RM-funktionen var planlagt til 01.05.2002.

Funktionsområdet var defineret til Medicinsk Center, primært AMA, og det blev forudsat, at der blev etableret et samarbejde med H:S Enhed for Patientsikkerhed, hospitalets Risiko Manager og andre 'risiko-nøglepersoner' på hospitalet.

Risiko Manageren blev tildelt et selvstændigt ansvar for disse arbejdsopgaver. Dog skulle analyser, ændringsforslag og feedback til medarbejderne hhv. aftales med og godkendes af centerledelsen.

Risiko Manageren blev givet en række kompetencer, herunder til at foretage mødeindkaldelse vedrørende kerneårsagsanalyser og proaktiv risikostyring mv. efter aftale med centerledelsen, samt til at foretage gennemgang af journalmateriale.

Endelig præciserede jobbeskrivelsen, at Risiko Manageren er underlagt tavshedspligt '*også i forhold til centerledelsen vedrørende personlige og faglige forhold for medarbejdere.*'

I jobbeskrivelsen for Risiko Manageren blev den 2-årige ansættelse delt op i perioder, og dette kan sammenfattes således:

- gennem hele perioden deltager Risiko Manageren i gennemførelsen af kerneårsagsanalyser¹ vedrørende medicineringsfejl og vedrørende andre emner efter behov. Risiko Manageren skal herudover gennemføre undervisning ved introduktionen af nyansatte i Medicinsk Center.

¹² Jobprofil, februar 2002.

- i de første 10 måneder af ansættelsen skal Risiko Manageren udvikle et *'konfidentielt opsamlingsystem for udvalgte utilsigtede hændelser i Medicinsk Center'* – altså et fortroligt system, hvor medarbejderne kan indberette utilsigtede hændelser på et skema - samt stå for driften af dette system i 6 måneder.
- i de efterfølgende 10 måneder skal Risiko Manageren primært gennemføre en prospektiv, forebyggende risikostyring gennem etablering af fokusgrupper blandt personalet med henblik på at *'eliminere risikofyldte arbejdsprocesser inden for medicinering'*, gennemføre en analyse af de eksisterende medicineringsrutiner samt eventuelt analysere det kommende EDB-baserede medicineringssystem for fejlmuligheder under introduktionen.
- I de afsluttende fire måneder koncentrerer indsatsen om bistand til evaluering samt gennemførelse af journalgennemgang.

Udvikling af RM-funktionen

Ved gennemgang af det skriftlige materiale mm. fremgår det, at den struktur for Risiko Managerens opgaver, der blev skitseret i jobbeskrivelsen, som refereres ovenfor, stort set er bevaret gennem funktionsperioden. Opgaverne har således omfattet drift af et indberetningssystem i den skitserede periode, gennemførelse af kerneårsagsanalyser og ønsket om at gennemføre en proaktiv proces baseret på medarbejderdeltagelse med henblik på at reducere antallet af medicineringsfejl.

Der er dog samtidig sket en tilpasning af RM-funktionen, som bl.a. har omfattet, at fokus blev vendt fra særligt at dreje sig om AMA til en bredere fokusering på Medicinsk Center, og at der blev gennemført en journalaudit vendt mod medicineringsfejl.

RM-funktionen, fra AMA til Medicinsk Center generelt

Allerede forud for igangsætningen af projektperioden blev det klart, at Risiko Managerens funktionsområde efter aftale med ledelsen af Medicinsk Center ikke ville blive begrænset til eller ville fokusere særligt på Akut Modtage Afdeling i Medicinsk Center. Dette er fremgået gennem de fortløbende kontakter mellem Risiko Manageren og projektgruppen på DSI.

Den særlige orientering mod AMA indgik ikke i projektprotokollen fra sep. 2001¹³, udarbejdet af den senere Risiko Manager, men indgår som nævnt i jobbeskrivelsen fra feb. 2002¹⁴

¹³ 'Lokal risikostyring. Et projektsamarbejde om patientsikkerhed mellem DSI Institut for Sundhedsvæsen og H:S Hvidovre Hospital.' September 2001.

udarbejdet i samarbejde mellem Medicinsk Centerledelse og Risiko Manageren, hvori det hedder, at *'Funktionsområdet er Medicinsk Center, primært AMA.'*

Konkret er det særlige fokus på AMA afspejlet i oplægget vedrørende *'Systematiseret registrering og feed back vedr. utilsigtede hændelser og kritiske situationer'* fra februar 2002, som omtaler, at der skal foretages en udvælgelse af typer af hændelser, der skal indrapporteres.¹⁵ Den særlige fokusering på AMA genfindes ikke i det opdaterede metodeafsnit for projekt Lokal Risikostyring fra marts 2003, hvori det om registreringen, der foretages i logbogen udarbejdet af Risiko Manageren, hedder, at personalet indrapporterer, og at der placeres logbøger i alle klinikker i Medicinsk Center.

Spørgsmålet om udbredelsen af RM-funktionens ansvarsområde til hele Medicinsk Center og bevarelsen af projektstillingen som en halvtidsstilling er ikke taget særskilt op i evalueringen, men det må formodes, at dette har haft en vis indflydelse på Risiko Managerens muligheder for at medvirke i introduktionen af patientsikkerhedsarbejdet og opfølgningen på dette.

Introduktion på Medicinsk Center

Risiko Manageren deltog på et ledermøde¹⁶ i Medicinsk Center feb. 2002., og introducerede her sit arbejde generelt og et udkast til de skemaer specielt, der senere på året skulle anvendes til indberetning af hændelser og fejl. Det blev aftalt, at ledelserne på de enkelte klinikker var velkomne til at invitere Risiko Manageren til at introducere koncept og skemaer for det relevante personale.

På et ledermøde i juni 2002 præsenterede Risiko Manageren en kort beskrivelse af RM-funktionen, der kunne anvendes til uddeling på klinikkerne, og der blev taget yderligere skridt til at Risiko Manageren deltog regelmæssigt i centerets ledermøder, på klinikernes personalemøder samt på lægekonferencer.

Der blev gennemført en række introduktionsmøder i klinikkerne, bl.a. med præsentation af indberetningsskemaer og tilhørende logbog.

¹⁴ 'Jobprofil', februar 2002.

¹⁵ 1) I samarbejde med 2 læger og 2 sygeplejersker på AMA/klinikker besluttes, hvilke former for utilsigtede hændelser, der skal indrapporteres fra AMA. Det drejer sig om højst x former. 2) I samarbejde med ledermødet fra klinikkerne besluttes hvilke utilsigtede hændelser, der i øvrigt skal indrapporteres.' Med hensyn til indrapporteringsskemaet hedder det, at: 'der udarbejdes indrapporteringsskema, som godkendes af personalet på AMA, af repræsentanter for de yngre læger, som er tilknyttet AMA og af ledermødet.'

¹⁶ Et ledermøde i Medicinsk Center omfattede centerledelsen samt ledelserne af centerets seks klinikker.

Af Risiko Managerens nyhedsbrev primo sept. 2002 fremgår det, at en del af afdelingerne er blevet introduceret til funktionen og indberetningssystemet i løbet af foråret, og af referaterne fra ledermøderne fremgår det, at Risiko Manageren primo sept. 2002 havde *'været rundt i klinikkerne, men mangler stadig at tale med nogle. Dette forventes gennemført inden udgangen af september.'*

Introduktionen af Risiko Manageren og projektet er derfor foregået trinvist, hvilket synes naturligt, når introduktionen af Risiko Manager –funktionen og de enkelte aktiviteter skulle foregå ved personligt fremmøde af Risiko Manageren. Efterfølgende er der foretaget en indarbejdelse af indberetningssystemet samt gennemførelse af kerneårsagsanalyser, og endelig er de sidste supplerende delprojekter igangsat.

5. Erfaringer med introduktion og 'synlighed'

I evalueringens anden interviewrunde blev der fokuseret på introduktionsfasen og synligheden af RM-funktionen. Der var forskellige erfaringer blandt de interviewede, men de fleste havde deltaget i Risiko Managerens introduktion af funktionen og herunder særligt af indberetnings-systemet i starten af projektperioden. I tredje og sidste interviewrunde blev der peget på, at der var sket en reduktion i Risiko Managerens synlighed på afdelingerne, hvilket nogle beklagede, da det gik ud over opmærksomheden på netop patientsikkerhed. Andre – oftest med en ledelses- eller mellemliderfunktion – var derimod vidende om, at det fra starten havde været meningen, at Risiko Manageren efter planen skulle trækkes ud af en aktiv rolle i indberetningssystemet, men at der stadig var mulighed for at bruge RM som konsulent.

Denne prioritering af Risiko Managerens arbejdsindsats, der skal ses i lyset af, at der var tale om en halvtidsstilling, medførte, at Risiko Manageren i nogle sammenhænge blev en indirekte aktør i arbejdet med patientsikkerhed: *"Jeg tror ikke vi har hørt så meget om nogle specielle sager, jeg tror egentlig mere bare hendes navn har været nævnt i forbindelse med, at det nogle få gange er blevet sagt at vi skal huske at skrive hændelsesforløb ned"*. Men som nævnt har der været store variationer i oplevelserne af fremmøde og synlighed på afdelingerne, hvor de positive erfaringer fremgår af følgende citat fra en overlæge: *"Hun var meget synlig. Hun gik jo op i det, i detaljerne og i at komme der. Og de gange, hvor der har været nogle ting, der har hun også været god til at følge op på det."* ..og efterfølgende et citat fra en afdelingssygeplejerske: *'Hun var altid til at få kontakt med og hun var altid villig til, hvis man ringede til hende. Jeg synes ikke hun var decideret opsøgende, men hun var altid villig til at snakke med os.'*

I den afsluttende interviewrunde efter næsten 2 års erfaringer med Risiko Manageren og projekt Lokal Risikostyring pegede de interviewede, som i den forudgående interviewrunde, på meget varierende erfaringer med omfanget af kontakt og andre måder at synliggøre Risiko Managerens indsats på. Ud over den systematiske forskel på ledernes relativt større kontakt generelt set i forhold til medarbejderne, synes forskellene mellem afdelinger fortsat at have spillet en rolle. Det er et gennemgående indtryk i alle tre interviewrunder, at nogle afdelinger har været mere opmærksomme på at anvende RM-funktionen end andre, og dette har naturligt medført, at Risiko Manageren har været væsentlig mere synlig på disse afdelinger med hensyn til deltagelse på afdelingsmøder, tilbagemelding af resultater etc. Der var dog også ek-

sempler på, at nogle interviewede mente, at de aldrig havde set Risiko Manageren på deres afdeling, men tilføjede, at dette kunne skyldes, at de måske ikke havde haft vagt på pågældende tidspunkt eller af andre grunde ikke havde været til stede.

Hvis der skal peges på et gennemgående billede i evalueringen, var dette dog, at der på afdelingerne generelt havde været størst erfaring med kontakt til og opmærksomhed på Risiko Manageren i begyndelsen af funktionsperioden, men at denne var fadet noget ud, da både Risiko Manageren og medarbejderne på afdelingerne havde andre og konkurrerende aktiviteter: *”Altså jeg tror at det med at hun mødte op og mindede os om at det her skulle vi og det var vigtigt, det var det, der forårsagede det der boom, og så sker der jo det der med, at hendes tilstedeværelse blev trappet ned efterhånden, og så gled det lidt i baggrunden, fordi der så er tusinde andre ting der overtager opmærksomheden. Det er jo den der kamp om opmærksomheden”* Med ’boom’ menes der her den indledende interesse, der bl.a. affødte, at der blev foretaget mange indrapporteringer fra især plejegruppen.

Ledere og medarbejdere, der fx havde deltaget i en kerneårsagsanalyse eller andet, var af disse årsager mere opmærksomme på RM-funktionen. En sygeplejerske pegede på sine egne erfaringer: *”Jeg har set hende nogle gange, men det er også fordi jeg har været med i en af de der sager der har været. Derfor har jeg lagt mærke til hun har været her, men eller synes jeg ikke hun har været så fremtrædende.”* Andre pegede på, at de oplevede Risiko Manageren som meget lidt synlig: *’Altså, jeg tror jeg har set hende to gange på afdelingen. Det kan jo godt være fordi, jeg har været i aftenvag, men jeg har ikke oplevet hende som en del af vores eget arbejde med patientsikkerhed.’*

Det var karakteristisk, at der i alle tre interviewrunder var mere opmærksomhed på kontakten til RM-funktionen blandt de interviewede sygeplejersker end blandt lægerne – og herunder særligt blandt overlægerne. Dette kan ses som udtryk for en større interesse eller relevans fra plejegruppens side, men kan også tolkes som udtryk for normer og værdier blandt faggrupperne. En af overlægerne pegede således på, at muligheden for kontakt til Risiko Manageren mest var beregnet på plejegruppen.

Et andet karakteristisk træk vedrørende ’selektiv synlighed’ omhandler forholdet mellem ledere og medarbejdere. Ledelsernes adgang til indrapporteringerne og mulighed for at anvende dette som informationskilde og handlegrundlag, hang sammen med en større interesse og evt. mulighed for at indgå i dialog med Risiko Manageren, som det udtrykkes af en oversygeplejerske i tredje interviewrunde: *”Hun har været meget synlig over for mig som leder. Hvor me-*

get hun har været synlig ude i personalegruppen, det er jeg ikke så sikker på. Men hun har været meget synlig og behjælpelig over for mig. Altid været behjælpelig til at spørge og til at gå ind i sager og til at møde op til personalemøder, hvis man har bedt hende om det”

6. Erfaringer med afgrænsede delprojekter

Det kan forekomme relevant at betragte nogle af Risiko Managerens aktiviteter som mere konkrete eller direkte forbundet med resultater end andre, idet arbejdet med fx indberetnings-systemet er umiddelbart håndgribeligt og lader sig monitorere gennem antallet og arten af indberetninger. Arbejdet med udvikling af normer og værdier – eller kulturen om man vil – blandt ledere og medarbejdere vedrørende fejl, hændelser og patientsikkerhed på sygehusene kan dog betragtes som lige så konkret og resultatorienteret, da et positivt norm- og værdigrundlag må ses som en forudsætning for en effektiv gennemførelse af og anvendelse af resultater fra indberetning af fejl og hændelser eller af kerneårsagsanalyser. Vi ser derfor ikke en større relevans af de aktiviteter, som det er lettere at måle en ændring i, end de aktiviteter, der synes at være mere generelt orienterede mod udvikling af afdelingernes kompetence til at håndtere patientsikkerhed.

Vi synes dog, at det er relevant at betragte nogle aktiviteter som lettere at afgrænse end andre og dermed forbundet med mere direkte registrerbare effekter end den indsats, der sigter bredt på udviklingen af normer og værdier. Samtidig tages der udgangspunkt i, at gennemførelsen af afgrænsede aktiviteter kan medføre ændringer i normer og værdier hos de ledere og medarbejdere, der medvirker. Den læringsproces, der udgøres af erfaringerne med gennemførelsen af afgrænsede aktiviteter, har derfor konsekvenser for udviklingen af de værdier, normer, holdninger og opfattelser, der samlet er blevet betegnet som 'patientsikkerhedskulturen'.

I beskrivelsen af erfaringerne med de enkelte aktiviteter vil der derfor også blive refereret til sammenhængen med 'patientsikkerhedskulturen' og til mere generelle opfattelser af åbenhed mellem medarbejdere og ledere i forbindelse med fejl og hændelser. Disse erfaringer tages særskilt op efterfølgende.

Den centrale aktivitet i projekt Lokal Risikostyring har været etablering og drift af et indberetningssystem for fejl og hændelser, da aktiviteten dels har været rettet bredt mod alle områder i Medicinsk Center, og dels har optaget en væsentlig del af Risiko Managerens arbejdstid i den første projektperiode. I jobbeskrivelsen fremhæves aktiviteten som den væsentligste i de første 10 måneder af projektet.

Indberetning af fejl og hændelser

Det indberetningssystem, der indgik som en del af projekt Lokal Risikostyring, var baseret på frivillig indberetning og på konfidentialitet, således at det kun var de involverede i patientsikkerhedsarbejdet, der havde kendskab til den indberettende medarbejders identitet. Systemet skulle dog i modsætning til H:S generelle indberetningssystem ikke være baseret på anonymitet, da hensigten var, at det skulle være muligt at indsamle supplerende data fra de involverede, fx til gennemførelse af kerneårsagsanalyser eller almindelig opfølgning.

En mere detaljeret beskrivelse af systemet og den eksisterende rapportering af resultater, fremgår af bilag z.

Indberetningerne blev delt i to kategorier afhængig af, om der var tale om skade på en patient eller ej. Hvis der var tale om en hændelse, der havde resulteret i en skade på en patient, skulle indberetningen meldes til Risiko Manageren direkte med anvendelse af det udarbejdede indberetningsskema. Hvis der var tale om en fejl eller næsten-fejl (samlet også kaldet 'nærhændelser') uden følger for patienten, skulle der ske indberetning gennem udfyldelse af en formular i en såkaldt *logbog*¹⁷, der var lagt frem på alle afdelinger. Disse indberetninger skulle indsamles regelmæssigt.

Med projektets afslutning i forsommeren 2004 overgik afdelingerne i det tidligere Medicinsk Center til H:S' indberetningssystem. Forud for dette var gået en periode, hvor Risiko Manageren efter 10 måneders forløb, og i overensstemmelse med planen for projektet, i voksende grad overlod mere og mere af driften af indberetningssystemet til afdelingernes ledelser og lokale patientsikkerhedsansvarlige.

Af det nyhedsbrev, som Risiko Manageren udsendte i begyndelsen af funktionsperioden, fremgik det, at indrapporteringssystemets i den første fase blev anvendt flittigt. Dette blev dog efterfulgt af et fald. Ifølge interviews mm. blev dette fald igen efterfulgt af en vis stigning og en efterfølgende nivellering i antallet af indberetninger.

Der var dog ikke forud for interviewene noget overblik over, hvor mange indberetninger, der var foretaget gennem projektperioden, og hvilke typer af indberetninger, der var tale om.

¹⁷ Se bilag Z.

Erfaringerne med indberetningssystemet

Den konstaterede flittige indrapportering i starten af driftsperioden for indberetningssystemet afspejles i interviewudsagnene i de første to interviewrunder. Her var der fokus på flere forhold, herunder ikke mindst systematikken og fraværet af negativt personfokus. En overlæge sammenfattede dette således: *'Det er vel også det, der ligger i den moderne form for fejlregistrering, at det ikke handler så meget om at udpege en synder, men at få forbedret forholdene og finde årsagen – altså den der systematiske registrering, den havde vi ikke for et år siden, mener jeg.'*

Alle de interviewede kendte til logbogen og indberetningssystemet ved 2. interviewrunde, og gav udtryk for, at det tilsyneladende havde været ligetil for personalet at implementere indberetningssystemet i den kliniske hverdag. Indberetningsskemaerne blev beskrevet som enkle og *'lette at bruge. Der er en side til hver utilsigtet hændelse. Det er rigtig godt. Der er heller ikke for meget der skal udfyldes, men der er god plads til at man kan skrive'* Logbog og indberetninger har været konkrete fænomener, og de har ikke krævet en lang tilvænningsperiode. Interviewene viste, at de fleste selv havde været ude for at skrive en indberetning i logbogen. 2. interviewrunde pegede dog også på forskelle i opfattelserne af, hvor meget logbog og indberetningsskemaer blev brugt. Især sygeplejerskerne gav udtryk for, at de så en udvikling i indberetningerne, fra at de i starten havde indberettet meget, til at de nu indberetter ”det nødvendige”, indberetter ”sparsomt” eller næsten intet indberetter: *”I starten da vi fik den, der tror jeg alt stort set blev indberettet, store og små fejl og nogle gange også helt små fejl som måske faldt helt uden for at være fejl.”*

Det samlede billede fra 2. interviewrunde var, at systemet var bredt accepteret, men at indberetningerne havde lagt sig på et niveau, der var meningsfuldt for medarbejderne i en afvejning af hvor væsentlig en hændelse eller fejl var og den tid, der kunne afsættes til at foretage indberetningen; altså en prioritering af arbejdstid.

I 3. interviewrunde et år senere var udviklingen løbet videre i retning af etablering af et vist niveau for indberetninger. Dette var typisk præget af en pragmatisk indstilling til, hvad der blev anset for nødvendigt at indberette. Fra ledelsesside var det generelle billede i interviewene, at der var opnået en positiv stemning omkring indrapporteringssystemet: *”Folk er gode til at indrapportere utilsigtede hændelser [...] Folk er begyndt at blive glade for det. Der har været lidt modstand på nogle af afsnittene, hvor det blev sagt at ”der skete jo ikke noget” og ”det gjorde jo ikke noget alligevel” - ligesom bortforklarede det. Nu er holdningen at det er*

et gode at indrapportere utilsigtede hændelser. Det er et redskab til os for at systematisere patientsikkerheden.” Andre pegede på, at der stadig var usikkerhed, og denne afholdt medarbejdere fra at anvende indberetningssystemet: *”Jeg tror ikke, det er blevet rutine at indberette. Og så også lidt usikkerheden på, hvor tæt vi skal være på en utilsigtet hændelse før man indberetter. Fald fx, der tror jeg man indberetter. Den er så konkret ”* En afdelingssygeplejerske pegede på, at interessen var dalet – at indberetningerne ikke var blevet ’indlejret’ i de daglige rutiner på afdelingen: *”Jeg synes vi er kommet væk fra den rutine, vi havde før, hvor vi gik meget op i det, lige da vi havde haft de her interview, til at det måske nu ikke er rutine.”* I dette sidste tilfælde blev der også peget på et andet klassisk problem i forbindelse med igangsætning og fastholdelse af anderledes rutiner, nemlig at personalet kan blive skiftet ud, så færre kender baggrunden for de nye initiativer.

Endelig blev der refereret til forskellige måder at foretage indberetningerne på. Ud over, at det lå i systemet, at utilsigtede hændelser skulle indberettes direkte til Risiko Manageren mens fejl og nærhændelser skulle indberettes via logbogen, synes der også at være individuelle forskelle i anvendelsen af kanaler. En afdelingssygeplejerske brugte den direkte vej, mens en ’menig’ sygeplejerske brugte ledelsen: *’Vi gør det, at vi giver dem til vores oversygeplejerske, som så giver dem videre.’* Dette kan bl.a. afspejle, at der har været forskelle i fortroligheden med kontakten til Risiko Manageren, hvor personer med ledelsesrolle har haft en større kontaktflade.

Flere udsagn pegede på positive erfaringer med Risiko Managerens indsats i forbindelse med at introducere og indarbejde rapporteringssystemet: *’Jeg synes hun har været meget god, her i afdelingen, til at få dem til at forstå hvorfor det var væsentligt at indberette det – at det havde et større formål end bare lige at vide, hvad den enkelte havde gjort forkert. Hun har også været god til illustrere, at det også handlede om nogle ting hvor der var tale om uhensigtsmæssige arbejdsgange, som man måske kunne kigge bredere på.’* Denne oplevelse deltes af andre ledelsesrepræsentanter, der understregede Risiko Managerens synlighed i processen: *’Hun var meget synlig. Hun gik jo op i det, i detaljerne og i at komme der. Og de gange hvor der har været nogle ting der har hun også været god til at følge op på det.’* Samlet peger disse typer af udsagn på, at Risiko Managerens tilstedeværelse og indsats i forbindelsen med indberetningssystemet har været efterspurgt og relevant. Det kan tilføjes, at der efter projekt Lokal Risikostyrings ophør også peges på, at der kan opstå en situation, hvor ansvaret løftet lokalt, som forudsat i projektets oprindelige præmisser: *’Efter Risiko Manageren så ikke er der mere, og det blev lagt ud til os, var der en periode, hvor det ikke blev brugt særlig meget. Men så*

fornemmer jeg at de sidste tre-fire måneder er det begyndt igen. Fordi vi er blevet klar over at det er os selv, der skal. ... Vi har ikke nogen i afdelingen, der specielt står for det. Altså, det er jo os som ledere der står for det, men vi har ikke sådan en der går rundt og banker os... Det kan da godt være at en af lægerne er udnævnt, det er jeg faktisk ikke klar, men det er i hvert fald ikke en der er synlig. Men der bliver indberettet meget fra os. Altså medicin og fald.'

Tilbage melding af resultater

I 2. interviewrunde var det gennemgående i interviewene, at der savnedes tilbage melding på resultater fra indberetningerne af fejl og hændelser. Dette var såvel tilfældet for de interviewede medarbejdere, der oplevede at anvende tid på at indberette, men ikke fik systematiserede resultater retur, og for interviewede ledere, der ligeledes savnede systematiserede erfaringsopsamlinger efter gennemførelse af kerneårsagsanalyser mv. I begge tilfælde var ønsket om at kunne lære og handle ud fra de tilbage meldte data i centrum for udsagnene. Oplevelsen af en mangelfuld tilbage melding stemte også overens med Risiko Managerens erfaringer, da denne så tilbage meldingen som klinikledelsernes ansvar, da disse får kopier af indberetningerne, og da det indgik i jobbeskrivelsen for Risiko Manageren, da denne skulle gennemføre andre aktiviteter, samt gennemføre disse inden for en halvtidsansættelse. Udmelding af resultater fra kerneårsagsanalyser kan til gengæld kolliderer med den fortrolighed, der er nødvendighed i processen for at sikre de relevante fagpersoners medvirken i analysens gennemførelse. De interviewede medarbejdere, som syntes, at tilbage meldingen var mangelfuld eller fraværende, så dette som en væsentlig demotiverende faktor.

Ved 3. interviewrunde er erfaringen med manglende tilbage meldinger stadig aktuel som fx formuleret således af denne afdelingssygeplejerske: *'Altså jeg har aldrig været udsat for at få nogle tilbage meldinger på dem jeg har sendt af sted,'* ... og en anden afdelingssygeplejerske: *'Jeg vil sige, at jeg har ikke modtaget nogle tilbage meldinger på de indberetninger, jeg har lavet. Jeg kan heller ikke nævne, at jeg er bekendt med, at der er lavet nogle ændringer i arbejdsgange på afdelingen, som følge af indberetninger. Og jeg har heller ikke rigtig nogen fornemmelse af, hvor mange indberetninger, der er foretaget i den her afdeling.'* Manglende tilbage meldinger blev stadig opfattet som demotiverende af nogle: *'Det har også været oppe at vende i plejegruppen, fordi hvad skete der så og hvilke konsekvenser havde det så. ... Men det var nok det nogle havde forventet, at der skulle komme sådan noget ud af det, og at det kunne bruges til det også.'* ..mens andre mener, at tilbage meldingen betyder mindre, men le-

delsesopmærksomheden mere: *'Jeg tror ikke det er noget med tilbagemeldinger, men hvis vi bliver punktet og hele tiden får at vide vi skal skrive de ting, så tror jeg også vi vil gøre det. Men i det øjeblik der ikke er nogen der bliver ved med at gå ind og siger vi skal gøre det, så tror jeg det glider ud.'*

Andre havde positive oplevelser i forbindelse med tilbagemelding fra Risiko Manageren. I de fleste tilfælde var det fra ledelsesside; her en afdelingssygeplejerske: *'Vi holder sådan nogle onsdagsmøder – så kan det være løst og fast hvad der nu bliver snakket om. Der har Risiko Manageren været med på nogle af de onsdagsmøder, hvor hun har kunnet fremlægge hvad der har været af indrapporteringer her fra afdelingen og nogle enkelte gange nævnt noget mere om hvad der er kommet ud af de indrapporteringer. Hun har også gjort det et par gange hvor der har været læger med, som normalt ikke er med til onsdagsmøderne, men hvor hun har gjort det tværfagligt. Det har været meget godt.'*

Oplevelsen af, at tilbagemeldingerne fadede ud, da ingen overtog denne opgave efterhånden som Risiko Manageren trak sig til andre opgaver: *'Ja, jeg synes jo for hun kom jo tilbage til os på et tidspunkt og rapporterede. Ikke sådan på den enkelte sag nødvendigvis, men havde plukket noget ud som var sådan mere principielle eller gennemgående problemer. Så jeg synes egentlig at vi fik tilbagemelding. Jeg har ikke siddet med en følelse af, at det ligesom fortabte sig. Men det var mere det at da hun så forsvandt ud af opfølgningen, så bliver man lidt i tvivl: Men er der nogensinde nogen der læser den der mappe, og hvad er det der skal ske nu. Der var der måske lige et glip på det at få informeret ordentligt.'*

Nogle havde den erfaring, at der nok kom tilbagemeldinger internt på afdelingen, når det var relevante emner, men at det ikke altid var relevant – der var nok viden om, hvad de mest hyppige problemer var: *'Man kan så vælge at sige, er der et eller andet graverende, noget der kunne være gået helt galt og har noget at gøre med nogle procedurer i afdelingen, så er det jo noget, man tager op på personalemøde eller noget tværfaglig undervisning, eller hvad det måtte være. Men de enkelte indberetninger med ulæselige medicinskemaer, det gider folk jo ikke høre mere.'* Endelig er det holdningen hos nogle af lægerne, at indberetninger ikke nødvendigvis behøver at resultere i en tilbagemelding, da den, der indberetter, selv ved, hvad der skal gøres eller ændres, og selv tager affære: *'Jeg havde egentlig ikke forventet der skulle komme en direkte tilbagemelding, fordi at i de tilfælde har det været relativt oplagt hvad der skulle gøres. Det er ikke noget i systemet... det er i hvert fald vanskeligt at se hvordan systemet kan tage højde for det eller hvordan det skulle blive bedre.'*

Der blev i enkelte tilfælde peget på, at tilbagemeldingen blot havde karakter af, at ledelsen havde vedtaget at gennemføre nogle ændringer, uden at medarbejderne blev spurgt eller involveret, og dette blev set som i modstrid med tanken bag patientsikkerhedsprojektet: *'Der er jo en masse snak, og der er en masse ting og diskussioner om hvorfor, og så bliver der bare lagt nogle procedurer ud bagefter, for ligesom og undgå det her. Det er også fint nok, men det bliver ikke diskuteret, der bliver ikke snakket om, hvorfor det går så galt. Det bliver bare tyst set ned og så er det ordnet på ledelsesplan. .. Vi har ikke haft nogle diskussioner oppe, man kunne fx forestille sig, det kom op på et personalemøde, i stedet for bare at udfærdige nogle procedurer som skal gøre, at man tror man undgår det.'*

Der blev peget på, at også kerneårsagsanalysernes resultater burde formidles bedre, her formuleret af en afdelingssygeplejerske: *'Der har været nogle områder, hvor der har været nogle kerneårsagsanalyser, som jeg godt kunne have ønsket mig var blevet mere udbredt. Når man laver de her beskrivelser af utilsigtede hændelser, så skal man også have noget tilbagemelding om det. Og hvad er det lige præcis vi tager os af. Og det synes jeg ikke har været klart.'*

En del udsagn om tilbagemelding beskæftiger sig med, at Risiko Manageren trak sig gradvist ud af kontakten med afdelingerne, men også, at projektet Lokal Risikostyring ophørte, uden at der blev foretaget nogen samlet tilbagemelding eller udmelding. Dette tilskrives, at Risiko Manageren har været optaget af flere opgaver samtidig, og at initiativets projektkarakter har denne ulempe: At projektet ophører uden at være efterfulgt af et tilsvarende initiativ. Der knyttes i den forbindelse forventninger blandt nogle af de interviewede ledere til udviklingen af funktionen som patientsikkerhedsansvarlige: *' Det synes vi var enormt lærerigt med Risiko Manageren. At hun dels skriftligt men også ind i mellem kom i afdelingen og fortalte hvilke sager, der var, og hvordan man kunne arbejde videre med det. Det savner vi i dag, og det håber jeg, når nu vi får mere gang i samarbejdet mellem de to patientsikkerhedsansvarlige. Det skal ligge i deres job at komme med den tilbagemelding.'*

Variationer mellem perioder

Interviewene peger på, med delvis opbakning i opgørelsen af indberetninger, at indrapporteringerne efter den indledende hyppige indrapportering og det efterfølgende dyk – som begrundes forskelligt – er ved at danne sig et 'naturligt' leje, hvor indberetninger foretages ud fra et erfaringsgrundlag baseret på erfaring og en fornemmelse af 'væsentlighed'.

'Væsentlighed'

Et af de centrale emner i udsagnene om udfyldelse af indberetningsskemaerne eller ej vedrørte 'væsentligheden' af de episoder eller hændelser, som der var tale om. Dette væsentlighedskriterium tegnede sig forskelligt fra afdeling til afdeling og, som det fremgik af interviewene, fra medarbejder til medarbejder. Et typisk eksempel på dette var patientfald, som flere af de interviewede refererede til: *"Der tænker jeg mere på fald, fordi der var meget tvivl om, hvorvidt man skulle indberette fald her i afdelingen og hvad et fald egentlig var. Så der blev indberettet en del. Vores patienter er meget urolige i deres opvågningsfase. Så på en eller anden måde kom de ud af sengen eller ud af kørestolen, og skulle vi indberette hver gang de lagde sig på gulvet, i løbet af en halv time kunne de jo lægge sig på gulvet tyve gange. Var det et fald? Og det var man tilbøjelig til at indberette hver gang, men så kunne man jo ikke bestille andet end at sidde og skrive faldrapporter. Så vi måtte præcisere her i afdelingen, hvad vi betegner som et fald"*

Også andre pegede på situationer, hvor der kan opstå diskussion af, hvor grænsen går for relevansen af en indberetning, her beskrevet af en overlæge: *"Jeg har ikke haft noget tvivlsspørgsmål, om det skal indberettes. Jo, men igen så sidder man flere mennesker med nogle journaler. Fx når man går på AMA sidder man mange om de skriveborde. Så siger man: Gud, der ligger prøven på Hans i Grethes journal. Så siger man: Skal vi indberette det? Det er mere sådan."*

Et typisk eksempel på 'at finde et niveau' omhandler medicin, hvor det fx kan være opfattelsen, at forkert ophældt medicin, der ikke gives til patienten, ikke skal indberettes, mens der skal foretages indberetning, hvis fejlen ikke opdages: *'Jeg er ikke engang sikker på, det er noget man taler om, fordi der er hældt en forkert pille op, hvis man selv har hældt piller op, og man kommer ind til patienten og tjekker det og siger "hov, der er noget, der ikke passer her" og så retter det. Det er ikke engang sikkert, at man taler med kollegerne om det, for så har man rettet fejlen.' ... 'Men eller synes jeg, at man er ærlig om det. Også hvis patienten har fået en forkert pille. Så snakker vi om det i gruppen og også til rapporten, fx hvis de har fået en hjertepille, de ikke skulle have. Det melder vi ud til hinanden som en del af vores reportsystem.'*

Variationer mellem fag (?)

I de første interviewrunder var der hhv. forventninger til og erfaringer med, at plejegruppen stod for langt flere indberetninger end lægerne, og det var generelt holdningerne, at indberet-

ningssystemet var mere relevant for plejegruppen eller at lægerne var mindre motiverede for at gå ind i denne type arbejde.

I tredje interviewrunde var der tilsvarende meldinger overordnet set – som i den forudgående interviewrunde – men der er også større variationer, og i det hele taget mere nuancerede erfaringer og holdninger i interviewene. Generelt var holdningen, at der har været en positiv indstilling til at foretage indberetninger i plejegruppen på afdelingerne, men hvor det på nogle afdelinger meldes, at lægerne indrapporterer hyppigt – uden at dette er specificeret nærmere – meldes det på andre afdelinger, at lægerne indrapporterer minimalt. Der er således stadig en række observationer blandt de interviewede af, at lægerne ikke indrapporterer nær så meget som plejegruppen. Der peges også stadig på eksempler på, at lægerne er mindre interesserede i området, som fx ved Risiko Managerens introduktion af indberetningssystemet: *'Hun var oppe at undervise og har tilbudt undervisning til vores læger, hvor der ikke var mødt nogen op, det kunne de ikke se nogen grund til.'* Enkelte havde stadig entydigt negative erfaringer med lægernes medvirken i indrapporteringen af fejl og hændelser, her en afdelingssygeplejerske med ansvar for patientsikkerheden: *'Og lægegruppen laver ALDRIG nogen. ALDRIG. Og det, åh, den kamp orker man ikke.'*

En af overlægerne mente at: *'Det er sygeplejerskerne, der indrapporterer 95 procent af tilfældene. Reservelægerne holder sig meget tilbage, eller alle lægerne holder sig meget tilbage. Der kommer næsten ikke nogen'*. En afdelingssygeplejerske tilføjede: *'Jeg tror heller ikke, at lægerne ikke vil oppe hos os, jeg tror en gang imellem at de glemmer det. De får bare ikke gjort det.'*

Flere ser det som naturligt, at det er plejepersonalet, der står for langt de fleste indberetninger. En oversygeplejerske peger fx på at: *'Ja, det er flest sygeplejersker, der indberetter. ... Selvfølgelig kan det være en ordinationsfejl, og så er det lægerne, der bør gøre det. Men det mener jeg egentlig ikke der er noget mærkeligt i, at det er flest fra plejepersonalet, der gør det.'* Og hun begrundede det med, at det er sygeplejerskerne, der har den største andel i arbejdet med patienterne: *'Fordi det er os der har fingrene nede i det meste.'* Men der er også mere nuancerede erfaringer med hensyn til faggruppernes indberetninger: *'Det er jo hovedsagelig sygeplejerskerne, for det er dem der indrapporterer medicinfejl og fald. Men lægerne har også indrapporteret. Hvis vi har fået en journal og vi kan se vi har glemt at lave en undersøgelse.'*

Den større nuancering kommer også til udtryk i denne oversygeplejerskes vurdering af lægernes mulige tilbageholdenhed over for at gennemføre indberetninger af fejl og hændelser: *'Jeg*

tror mere det handler om, hvor meget man ved om det her system, end det er en kulturforskel. For hvis man forstår at det vi ønsker omkring patientsikkerhed, det er at analysere hvorfor var det, det var ved at gå galt, og hvad kan vi gøre for at forhindre, at det sker igen. Hvis man har det perspektiv på, så mener jeg ikke, lægerne er anderledes end sygeplejerskerne. Så mener jeg det mere handler om basal viden om hvad det skal bruges til” Dette bliver understøttet af en anden oversygeplejerske, der refererede til en situation, hvor lægerne på pågældende afdeling havde opdaget en fejltagelse og havde reageret med at analysere hændelsen og foretage en indberetning.

En af de interviewede overlæger peger på lægernes kultur og fornemmelse for en bagatelgrænse som årsag til færre indberetninger: *’ Det er jo et godt spørgsmål. Jeg tror det er noget med ikke at hænge hinanden ud. Der er jo masser af fejl i de der medicinskemaer. Eller også opfatter man det som en bagatel, man ikke gider gå videre med.’* Samme overlæge ser også et problem i, at de yngre læger ikke inddrages tilstrækkeligt i den behandling af fejl og hændelser, som sker på afdelingerne: *’ Det bliver ikke gennemgået i et forum, hvor reservelægerne er til stede. Det kan jo godt være, at det er med til, at de ikke synes, at de får noget feed back, og det er nok også forkert.’* Spørgsmålet bliver rejst, om fejl og hændelser ikke burde diskuteres på fx middagskonferencer, hvor de yngre læger deltager, i stedet for på afdelingskonferencer, hvor de ikke er med.

Endelig pegede en overlæge på, at lægernes arbejde er mere fragmenteret og delt op på tjeneste på sengeafsnit og ambulatorier samt på tilsyn på andre afdelinger mv. Den kontinuitet, som sygeplejerskerne har mulighed for at opbygge i forhold til arbejdet med patientsikkerhed, er derfor ikke tilsvarende let at opnå blandt lægerne: *’ Er lægerne altid mere på vej et andet sted frem for at have en fast base, som sygeplejerskerne har, enten i et ambulatorium eller et sengeafsnit, hvor lægerne jo både er her og der på tilsyn og på AMA og i konferencen, og egentlig er det i utrolig kort tid, at lægerne kan sætte sig ned og snakke om ting.’* Oven i dette blev der peget på de yngre lægers ofte korte tilknytning til afdelingerne, særligt gennem tur- nusperioden.

Herudover pegede nogle på de særlige forhold, der gør sig gældende med hensyn til muligheden for at blive draget personligt til ansvar – herunder økonomisk – i forbindelse med en fejlbehandling. Dette suppleres med nogle generelle holdninger om lægernes traditionelt set individuelt orienterede kultur, som medfører, at der ikke opleves samme tryk blandt lægerne som i plejegrupperne.

En overlæge kædede direkte Risiko Managerens indsats sammen med muligheden for at skabe motivation blandt lægerne for indberetning: *Derfor var det meget fint da (Risiko Manageren) var her, at hun havde den entusiasme og det var det, hun gjorde og det hun sagde. Selvom det godt kunne være lidt irriterende når hun kom med tingene, så var det sgu meget godt.*

Som et sidste indlæg pegede en overlæge på, at de seniore læger i stigende grad har adopteret forståelsen af patientsikkerhed: *'Altså jeg synes egentlig, at det har været sådan set en positiv erfaring også med de ældre kollegaer, fordi og nok især fordi der ligesom har været sådan en holdning til det, at fejl begår vi alle sammen. Vi må bare prøve at lære af dem. Og vi har alle samme travlt og der sker smuttere og hvordan kan vi ændre arbejdsgangene, sådan så vi prøver at begrænse den risiko, der er. Så jeg synes egentlig ikke der har været særlige vanskeligheder med de ældre.'*

Delprojekt: Klinisk farmakologisk stuegang

Baggrund

Projektprotokollen fra 2001 angav, at en mulig funktion for Risiko Manageren kunne omfatte *'Screening af journaler for udvalgte områder f.eks. medicineringsfejl efter afprøvede metoder.'* Dette blev konkretiseret i jobprofilen i feb. 2002, således at Risiko Manageren skulle *'udvikle skema til månedlig journalaudit, som gennemføres i 10 måneder i AMA og i udvalgte klinikker m.h.p. medicineringsproblemer.'*

I *'Medicineringsfejl audit'* (feb. 2002) blev der peget på, at det var hensigten at anvende et overvågningssystem, udviklet lokalt på baggrund af et amerikansk system til medicineringsfejl kaldet *'Trigger Tools'*. Det var bl.a. hensigten at udvikle et særligt indikatorsæt til formålet: at *'udarbejde et auditskema med fokus på medicineringsfejl.'* Skemaet skulle anvendes til en videreudvikling af den audit, der allerede foregik vedrørende medicinering og medicin-skemaer. Det var hensigten, at auditskemaet skulle udfyldes af projektlederen – Risiko Manageren – og at der skulle gennemføres audit af de samme journaler, som allerede indgik i den *'almindelige audit'*, der gennemførtes én gang månedligt. Det var hensigten, at resultaterne og projektlederens ændringsforslag skulle forelægges for afdelingerne, som efterfølgende kommenterede disse og opstillede egne ændringsforslag i en dialog med projektlederen.

I *'Opdateret metodeafsnit til protokol for projektet'* (marts 2003) blev det præciseret, at det indikatorsæt, der var planlagt udviklet, skulle dække tre udgangspunkter:

- 1) Fik patienten lægemidler for alle relevante diagnoser eller manglede der relevante lægemidler,
- 2) Var de valgte lægemidler relevante, fx mht. rekommandationer, dosering, interaktioner med andre lægemidler, mv.
- 3) Var dokumentationen korrekt, fx mht. overvejelser vedrørende ændring af dosis og præparattype.

Indikatorerne skulle afprøves gennem 1-2 pilotundersøgelser, hvoraf den første blev gennemført i nov. 2002. Det blev angivet, at det var hensigten at gennemgå *'ti journaler én gang pr. måned fra to til tre forskellige klinikker i ca. seks måneder. Det tilstræbes, at man når tilbage til samme klinik flere gange.'* Det var planen, at projektlederen – stadig Risiko Manageren – skulle superviseres af en klinisk farmakolog. Det blev angivet, at indikatorsættet skulle være klar til anvendelse fra september 2003 efter afslutning af udvikling og pilotafprøvning i sommeren 2003. Risiko Manageren forventedes at afsætte *'under 4 dage pr. måned til dette delprojekt i efteråret 2003.'*

Til belysning af denne aktivitet er der gennemført interview med nøglepersoner fra de to klinikker i Medicinsk Center, som var genstand for delprojektet, hhv. lungemedicinsk klinik (nu en del af hjerte-lungemedicinsk afdeling) og geriatrisk klinik (nu en del af geriatrisk-reumatologisk afdeling).

Proceduren

Den klinisk farmakologiske stuegang blev gennemført én gang månedligt i hver af de to medvirkende klinikker over en periode på 10 måneder. Proceduren bestod i. at Risiko Manageren sammen med en klinisk farmakologisk speciallæge én gang månedligt gennemgik 10 journaler fra klinikken. Journalerne var tilfældigt udvalgt i den forstand, at man anvendte de samme journaler, som udvælges i forbindelse med den journalaudit, der rutinemæssigt gennemføres i forbindelse med akkrediteringen i H:S. Efterfølgende gennemgik Risiko Manageren journalerne sammen med de tilstedeværende af klinikkens læger med henblik på at belyse eventuelle medicineringsfejl eller andre forhold, som kunne diskuteres vedrørende ordinationen, særligt med henblik på relevansen af ordinationen, manglende ordination, korrekt valg af ordineret medikament, dosering, interaktion med andre ordinerede lægemidler, kvaliteten af dokumentationen mv.: *'Det var dels interaktioner, dels tydelighed af ordinationer og også fx sådan noget med om man brugte præparater der kunne substitueres med billigere præparater. Så det var også noget med om vi var omkostningseffektive i vores præparatvalg. Det var de ting jeg husker blev taget op.'*

På den ene klinik foregik proceduren således, at Risiko Manageren gennemgik journalerne om eftermiddagen med henblik på at fremlægge resultatet på den efterfølgende dags lægelige morgenkonference. På den anden klinik blev journalerne gennemgået om formiddagen med henblik på fremlæggelse af resultatet på lægernes middagskonference.

Den klinisk farmakologiske stuegang kan sidestilles med en journalaudit, men valget af terminologi markerer en forskel fra den journalaudit, der gennemføres rutinemæssigt som led i akkrediteringen. Forskellen ligger kort fortalt i, at den rutinemæssige journalaudit fokuserer på de proceduremæssige forhold vedrørende ordination, dispensering og administration af medicinen, fx om lægens ordination er blevet fulgt mv. I den klinisk farmakologiske stuegang er der derimod fokus på ordinationen, herunder på relevansen og korrektheden af det ordinerede: *'Hun kiggede nogle skemaer igennem, om formiddagen, og så gik hun med til vores frokostkonference. Og der havde hun så kommentarer til, hvad vi gjorde her. Dels specifikke kommentarer og dels generelle kommentarer med, at man kunne også gøre sådan og sådan, eller det var mere hensigtsmæssigt at gøre sådan og sådan. Eller: "I glemmer nok at tænke på det her, tænk lige på det"'. På en meget behagelig måde i øvrigt. Men også specifikke kommentarer til doseringer og som jeg husker det også noget med interaktion. Og håndskrift, skriver vi pænt nok kan vi alle sammen læse det. Også rent praktisk, hvordan seponerer man og hvordan er vi ikke altid lige gode til at få det hele med.'*

Denne distinktion blev fremhævet af flere af de interviewede, fx: *'Det, vi ikke rigtig gør i journal-auditten, det er, vi går jo ikke ind og kigger på interaktion og fødemiddelinteraktion og om doserne passer sammen. Det hører slet ikke med. Det, der hører med i journalaudit, det er om alle kolonnerne er udfyldt som de skal, og man har seponeret medicinen som man skal, og om der er underskrevet alle steder, om A, B og C er der. Det er mere kvantitativ - er der alt det, der skal være? - mens Risiko Manageren er mere kvalitativ i sin tilgang til det.'*

Den kliniske farmakologiske stuegangs procedure omfattede af samme grund kun klinikernes læger, selv flere af de interviewede pegede på, at sygeplejerskerne viste interesseret og at resultaterne fra en gennemgang af ordinationerne også havde relevans for dispensering og administration: *'Jeg tror de er også meget fokuserede på at tingene skal være i orden. Også fordi det betyder meget for den måde de dispenserer medicinen på, at tingene er der og underskrifterne er der. Der er en medicinansvarlig oppe i afdelingen.'*

Faglighed – læge til læge

Flere af de interviewede lagde vægt på, at det var nødvendigt, at det var en læge, der gennemførte denne proces, da indblik i og rådgivning om medicinordination er et centralt emne for lægerne i de medicinske specialer: *'Men det har også at gøre med ens fagchauvinisme. Som læge vil man ikke modtage det særlig godt hvis det var en sygeplejerske der sad og stillede spørgsmål til ens ordinationer. Så vil man nok bedre tage imod det hvis det var en der kom helt ude fra sundhedssystemet. Men så ville man sige det ved de ikke noget om alligevel og de kan alligevel ikke forstå det vi siger. Jeg tror det er meget godt det er en læge. Fordi det er en der taler samme sprog.'* ... og: *'Det tror jeg nok giver den største styrke. Jeg synes faktisk at klinisk farmakologi som lægeligt speciale er et rigtig spændende speciale. Det giver en anden dimension end det at være farmakolog, altså være farmaceut. De har en anden baggrund.'*

På denne baggrund var der også udsagn, der pegede i retning af, at den klinisk farmakologiske stuegang i højere grad var en monofaglig audit end en naturlig del af patientsikkerhedsarbejdet.

Den umiddelbare tilbagemelding og læringsaspektet

Arbejdsformen i dette delprojekt blev fremhævet for det positive i at få en direkte og hurtig tilbagemelding og en intensiv dialog. Dette kan også ses som en kommentar til oplevelsen af manglende tilbagemelding ved indberetningerne af fejl og hændelser: *'Jeg vil nok sige, at den der med indberetning af utilsigtede hændelser er nok det man umiddelbart som personale synes man får mindst ud af, man får mindst feedback på, og at det er noget af det, man bare gør, fordi det skal man jo gøre.'* Den direkte feedback var meget efterspurgt: *'Jeg kan huske, at der var sådan en ærgrelse over, at den audit, hun lavede på de journaler, ikke blev evalueret samme dag, så vidt jeg husker. Og det var der nogen, der var ærgerlige over, som var personlige læger for de patienter, og som måske havde fri den dag, hvor hun så kom og snakkede med os om dem.'*

Der blev givet udtryk for, at det var et væsentligt aspekt af dette delprojekt, at der blev etableret en læringssituation, som ikke mindst var af betydning for de yngre læger: *'Det er lige præcis det farmakologiske, som faktisk har en stor betydning for vores patienter, om de får den rigtige medicin og får de for meget og får de for lidt og hvad er der af bivirkninger og interaktioner, der er masser af farmakologi i vores speciale. så derfor tror jeg man kan sige, jeg føler jeg tog aktiv del i diskussionerne, men rent uddannelsesmæssigt tror jeg vores unge læger lærte rigtig meget.'* Samtidig blev der peget på, at det var væsentligt i et sådant projekt, at

der blev skabt en lokal læringsproces i en aktiv dialog mellem den eksterne part og afdelingens læger: *'Det er for at styrke vores egen læreproces, helt sikkert, og det tror jeg godt kunne ske ved at der kom nogen og sagde: "tænk nu på det der og husk det"'. Fordi den læring skal helst ligge i klinikken. Det skal helst ikke være sådan at der kommer en udefra med en facitliste og slår os oven i hovedet. Det skulle gerne være sådan, at hvis der kommer nogen en gang i mellem og pirker lidt til os, at: "nå ja, det er også rigtigt".'* ..og: *'Hvis man lavede kliniske farmakologiske stuegange med nogen, som stort set kom og rettede i medicinen - det tror jeg ikke nogen ville lære ret meget af. Det skal være med en form for feedback og tilbagemelding, så det bliver til selvlæring, ellers så tror jeg ikke man får noget ud af det. For retelse giver ikke læring, og det var det, det gerne skulle hos alle, så man på et tidspunkt kan sige, at det kan man selv, eller med sjældnere mellemrum eller noget.'*

Det blev dog også fremhævet, at denne type proces burde kunne eksistere på afdelingen som led i de daglige procedurer uden at man behøvede et eksternt input til at fokusere på problemstillingerne: *'Det burde man kunne gøre internt på afdelingen. For nogen gange er der også andre der kommer alligevel og kigger på de journaler du selv har lavet. Så kommer der igen andre øjne på.'* ... og: *'Det behøver ikke nødvendigvis være i det format eller det "set up" at det var klinisk farmakologisk stuegang, det kunne også være i systematisk undervisning om rationel farmakoterapi.'*

Lægekultur og audit

Der blev set positivt på muligheden for at få en kompetent ekstern sparring og audit på medicinordinationen: *'Men det er altid godt at få en andens øjne på de her ting, fordi man kører meget rundt i gamle vaner. Og sådan gør man og sådan plejer jeg. Det er altid godt at få et friskt syn på tingene. Og lige tage det op til overvejelse, hvorfor var det nu vi brugte det og ikke det.'* ... og: *'Det er godt at blive mindet om, at ens ordination skal være hensigtsmæssig ud fra mange synspunkter. Både det økonomiske og det rationelle i præparatvalget og også med hensyn til entydighed i ordination. Så jeg synes helt klart det var en god ting at have.'*

Men der var også opmærksomhed på, at den eksterne vinkel kunne være svær at håndtere i en lægekultur: *'Jeg tror, at det, der kan være svært at diskutere med en ekstern, det er jo, hvis man selv synes, man har nogle udmærkede argumenter for at have valgt et bestemt præparat til forhøjet blodtryk, og man så får kommentarer om, at man kunne jo også have gjort sådan og sådan. Så er det nok nemmere at føle sig trådt over tæerne, når der så kommer en udefra og synes at det er klogere at gøre sådan.'*

Delprojekt: Proaktiv analyse

Baggrund

I Risiko Managerens 3. nyhedsbrev fra dec. 2002 nævnes det, at den proaktive analyse gennemføres efteråret 2003 over ét eller flere områder inden for medicinering samt evt. fald.

I 'Opdateret metodeafsnit til protokol for projektet' (marts 2003) angives det, at det endnu ikke er besluttet, hvilke metoder, der skal benyttes. Der peges på to mulige modeller, den ene bestående i anvendelse af 'Failure mode and effect analysis'¹⁸, den anden udgøres af 'Pathways for Medication Safety'¹⁹. Det angives, at Risiko Manageren afsætter 10 dage om måneden til dette delprojekt i efteråret 2003.

Som det fremgår af Risiko Managerens beskrivelse af dette delprojekt blev det besluttet at gennemføre en proaktiv analyse vedrørende medicinering med insulin. Emnet blev valgt på baggrund af en gennemgang af indberettede fejl og hændelser fra Medicinsk Center, og til gennemførelse af projektet blev nedsat en projektgruppe med deltagelse af 7 personer, herunder Risiko Manageren, hospitalsdirektionens sundhedsfaglige konsulent, der tillige er hospitalets Risiko Manager, samt repræsentanter for flere afdelinger. Blandt sidstnævnte repræsentanter var endokrinologisk afdeling naturligt repræsenteret, og dette var suppleret med repræsentanter fra afdelinger, der i forskelligt omfang har endokrinologisk tilsyn til indlagte patienter med diabetes. Gruppen mødtes kun tre gange i alt, men der var også mødeaktivitet i forskellige undergrupper, som løste særskilte opgaver i delprojektet.

Som det fremgår af Risiko Managerens præsentation, er insulin bl.a. valgt, fordi forkert ordination, dispensering eller administration af insulin kan reducere de eller gode resultater i behandlingen af diabetes, ligesom fejlagtig medicinering i sidste ende kan være letal. Ud over den interne dokumentation af indberetninger af fejl og hændelser blev der søgt litteratur om emnet, der påpegede en række risikomomenter ved håndteringen af insulin samt det relaterede forbrug af ydelser i sundhedsvæsenet på grund af fejl og utilsigtede hændelser etc.

Arbejdet resulterede i udarbejdelse af en række forslag til eller retningslinier for ændret håndtering af insulin, således som det dokumenteres i Risiko Managerens gennemgang. Forslagene gennemgås i Risiko Managerens redegørelse, men kort refereret omhandler disse 1) Klarifice-

¹⁸ Se fx <http://www.engr.csufresno.edu/CIMS/>.

¹⁹ Dette redskab er udviklet i USA i samarbejde mellem The American Hospital Association, the Health Research and Educational Fund og the Institute for Safe Medication Practices, <http://www.hospitalconnect.com/DesktopServlet>.

ring af instruks vedr. GIK-drop, 2) 'Kender man instruksen', 3) Fælles system for supplerings, 4) Systematisering af tilsyn, 5) Insulinskemaet, 6) Problemer med tydelig dokumentation, 7) Mundtlig overførsel af ordination mellem sundhedsprofessionelle, 8) Doseringsfejl, 9) Insulinpumper, 10-12) Forvekslinger, 13) Ptt. identifikation af blodsukkersvar samt 14) Kompetence på ikke-endokrinologiske afdelinger. Gruppen fremlægger også en række idéer til implementering af de fremsatte forslag, herunder særligt ændring af instruks og handlingsplaner. Nedenstående beskrivelse af erfaringerne med delprojektet er foretaget ud fra interviews med et flertal af projektgruppens deltagere.

Målsætningen

Valget af emnet for gruppens arbejde forekom de interviewede at være velbegrundet, her formuleret af en afdelingssygeplejerske: *'Ja, altså formålet var i første omgang at finde ud af, hvor er det lige, det gik galt. Hvordan gør vi i dag, og hvor er faldgruberne så, i den måde vi håndterer det på i dag. Vi startede med at kigge på de utilsigtede hændelser. Og nogen gange er de også lidt indforståede. Der kunne jeg som kliniker gå ind og sige: "vi gør rent faktisk sådan og sådan".'* ..suppleret af en oversygeplejerske: *'Det, der blev resultatet, var at få lavet nogle retningslinier på tværs af hospitalet, der gjorde, at man kunne give insulin med større sikkerhed for patienterne. Ud fra de indberetninger, der havde været på det tidspunkt, kortlagde man, hvor er det egentlig, det går galt, og hvad kan vi gøre for, at det ikke går galt der mere. En minikerneårsagsanalyse på de indberetninger, der nu var, som jo var en bred vifte af alt muligt.'*

Proceduren

Proceduren blev opfattet som velegnet: *'Jeg synes faktisk det virkede meget struktureret. Og jeg var ikke i tvivl om hvad opgaven var og hvorfor jeg var med.'*

Det er en tilsvarende en generel opfattelse blandt de interviewede, at proceduren og arbejdsdelingen mellem Risiko Manageren og gruppen havde været positiv: *'Jeg tænker altid, at man samler grupper for at sikre at det er realistiske tiltag, at det er noget man genkender, det er noget man kan gå ud og implementere.'* ... og: *'Jeg opfattede det lidt som at vi kom ude fra, dem der gik ude i marken og hvad var virkeligheden, hvad var realistisk.'*

Det også opfattelsen, at sammensætningen af gruppen havde været relevant, med repræsentanter for endokrinologi og fra afdelinger hhv. med lille og stort forbrug af endokrinologisk tilsyn: *'Jeg syntes det var givtigt, de diskussioner vi havde. Og jeg blev meget opmærksom på*

ting vi gjorde, som jeg troede man gjorde alle steder, som faktisk kunne være et problem andre steder.' Netop arbejdsformens fokusering på det genkendelige og nødvendige i at skabe forbedringer blev fremhævet: 'Jeg tror at det at vi sad med de hændelser foran os til at starte med, gjorde at vi kunne genkende os selv i nogle af de ting. Ikke at vi nødvendigvis havde lavet de samme fejl, men man kunne tænke: "Det kunne være sket for mig". Så interessen for at undgå det blev selvfølgelig vakt. Det ville man klart undgå, så derfor arbejder man lige det ekstra for at finde frem til et eller andet der fungerer, fordi man kan genkende sig selv i situationerne.'

Endelig blev Risiko Managerens rolle set som relevant,, men samtidig med mulighed for at rollen kan løses lokalt fremover: 'Jeg tror, at det er godt det er en udefra, som er mere skolet til at se sådan nogle problemstillinger og se, hvor der er nogle mulige opgaver. Men vi gør det jo også selv. Netop når sådan noget som patientsikkerhed får større opmærksomhed og bliver bredere kendt og brugt i hverdagen, så tror jeg også det vil afføde sådan nogle ting, hvor man netop kunne nedsætte sådan en arbejdsgruppe.'

Projektets gennemslag

Gennem interviewene virker det ikke som om, at det på forhånd var afklaret, om resultaterne af gruppens arbejde skulle være retningsgivende, som retningslinier, eller kun rådgivende for håndteringen af insulin. En af de interviewede mener, at resultatet kun har været rådgivende: 'Jeg ved, at det har de ikke været. For så ville jeg vide at de var blevet til et krav på hospitalet. Og spørgsmålet er hvorfor de ikke er blevet det, og der er det jeg tænker: har vi et slip et eller andet sted, noget der ikke er gået som det skulle.' Dette blev suppleret af et af de andre medlemmer af projektgruppen: 'Det var nok mere rådgivende, lige med det der.' Et tredje medlem af gruppen pegede dog på, at vedkommende mente, at hensigten havde været både-og: 'Begge dele. Normsættende der gik vi jo ind og kiggede på instruksbogen, som er lidt normsættende for Medicinsk Center, hvordan man håndterer diabetespatienter. Der står jo alt muligt, både fra den akutte ketoacidose til insulinjustering på den indlagte patient. Så det var lidt begge dele.'

Der blev peget på, at udarbejdelsen af standarder for aktiviteten måtte have begrænsninger, som skulle respekteres: 'Jeg er af den overbevisning at vi skal lave nogle standarder på den del af arbejdet som kan gøre det nemmere for os. Og så skal vi huske at stoppe der, så vi stadig får folk til at bruge hovedet. Fordi den der patientsikkerhedstankegang med at alt hvad vi standardiserer så minimerer vi fejlen, den er jeg ikke hundrede procent enig i. Jeg tror at man

nogle gange kan standardisere så meget så man kobler fra og så bliver det først rigtig farligt. Så det er en meget fin balancegang vil jeg sige.'

Det er den generelle opfattelse, at gennemslagskraften af gruppens forslag til forbedringer, ikke har været stor hvad angår etableringen af forslagene som retningslinier, fx: *'Altså Risiko Manageren holdt op, og jeg har ikke hørt om det siden. Så jeg er ikke bekendt med, altså proceduren er formentlig skrevet klarere i vores medicinske instruksbog. Men ellers sådan de anbefalinger vi havde, har jeg ikke kendskab til er blevet bragt frem på en eller anden måde.'* ... og: *'Men det sidste til at komme ud som retningslinier, det har jeg aldrig set. Så det ved jeg ikke om er kommet. I hvert fald ikke i den tid, jeg har været involveret i det. Og jeg har heller ikke set et stykke papir hvorpå der står, at nu er der kommet de og de retningslinier.'*

Der er dog til gengæld udsagn om, at gruppens arbejde har kunnet anvendes i den konkrete kliniske praksis: *'Der var blevet rejst kritik af at når vi gik ud på tilsyn tog vi for meget for givet, hvad man vidste på forhånd, at vi ikke sagde til folk: "vi synes I skal gøre sådan og målet for behandlingen det skal være, at I når til det og det behandlingsmål, og hvis I ikke gør det skal I ringe". Det gik rent ind og det kan jeg se når mine kolleger er ude på opfølgende tilsyn, at det er vi blevet meget bedre til at skrive ordentligt til ikke-endokrinologiske afdelinger, hvad det er vi ønsker, hvornår de kan kalde på os igen, hvornår vi gerne vil kaldes på osv. Så på den måde har jeg helt klart oplevet at der er kommet noget positivt ud af det.'*

Tilsvarende blandt gruppemedlemmer fra de øvrige afdelinger: *'I forhold til GIK-droppene. Og selvfølgelig har jeg efterfølgende gået tilbage og snakket med mine kolleger om vi kunne gøre tingene anderledes. Sådan at vi sikrer os, at der sker nogle færre fejl. Ligesom kigge vores procedurer igennem her på afdelingen.'*

Set samlet peger interviewene således på, at der har været et vist gennemslag af gruppens arbejde i den kliniske praksis hvor gruppens medlemmer har haft mulighed for at øve personlig indflydelse, men at de bredere anlagte forslag ikke har slået igennem som retningslinier eller generelle normer.

Konkret havde gruppen formidlet resultaterne til endokrinologisk afdeling: *'Vi var nede hos endokrinologerne for at høre hvad af det her der var brugbart. Så tror jeg ikke der skete mere.'* .. og det efterlod en opfattelse af, at de øvrige afdelinger måske havde overset gruppens anbefalinger: *'Men jeg tror ikke alle afdelinger i huset, som har mange endokrinologiske og sukkersygepatienter liggende - jeg ved ikke hvor meget de er opmærksomme på at arbejds-*

gruppen har været nedsat. Forhåbentlig synes de at tilsynene er blevet bedre og instruksbøgerne er blevet mere klare, men jeg ved det ikke.'

Projektejerskabet - projektkulturen

Der var erfaringer hos de interviewede om, at projektet i en vis udstrækning havde været projektgruppens ejendom og ansvar, som det ofte er tilfældet med udviklingsprojekter. Der var dog eksempler på, at enkeltpersoner eller grupper havde taget dele af gruppens anbefalinger til sig: *'Jeg ved at Risiko Manageren opfordrede til at gå hjem og drøfte det med kollegaerne og dem, de lige var sammen med. Men i praksis må man sige at som jeg husker det var der en afdelingssygeplejerske fra vores apopleksienhed som tændte meget på det her skema, at det ville hun gå hjem og snakke om. Og så selve endokrinologisk afdeling som drøftede noget om deres tilsyn og standardisering af de tilsyn og hvordan de anbefalede. Men ellers er det ikke min opfattelse at det er kommet bredt og langt ud på mange afdelinger.'*

Dette var også tilfældet for en anden gruppedeltager, som mente, at den manglende interesse også skyldtes at hun ikke havde meldt aktivt nok ud: *'Jeg følte nok, det primært var mig der var med i det. Det var ikke sådan at de decideret spurgte til hvad jeg lavede, når jeg gik til de møder. Og hvis der skulle tales om, hvad vi nåede frem til, var det også mig, der skulle tage initiativ til det og holde fast i, at der skulle ændres et eller andet, eller at der skulle tales om det. Det var ikke sådan, at der var nogle, der bød ind, eller ville følge med i, hvad det egentlig var.'*

I nogle sammenhænge er delprojektet dog blevet opfattet som en del af den samlede indsats for øget patientsikkerhed, og dermed også som en afdelingsdækkende aktivitet: *'Det har ikke i afdelingen været opfattet som noget projekt eller noget. Det der har været nærværende i afdelingen, det har været hele patientsikkerhedssystemet, som vi snakker meget om, om utilsigtede hændelser i det hele taget og indberetninger. Det er de udmærket godt klar over. Det var vi en del af.'*

7. Begrebet patientsikkerhed og ledelsesperspektivet

Projektet Lokal Risikostyring var således konstrueret, at den ansatte Risiko Manager var givet en ledelsesopgave i forbindelse med udviklingen af patientsikkerheden, og herunder refererede til ledelsen for Medicinsk Center. Samtidig fremgik det af jobbeskrivelsen, at Risiko Manageren havde tavshedspligt i forhold til de oplysninger, denne opnåede gennem sin funktion, dvs. gennem indberetninger af fejl og hændelser, gennemførelse af kerneårsagsanalyser etc.

Tavshedspligten gjaldt også overfor ledelsen af Medicinsk Center og overfor de øvrige ledelser af klinikkerne indenfor centeret. Risiko Manageren indtog derfor en placering mellem ledelsesniveauet og medarbejderne. Det kan betragtes som en forudsætning for Risiko Managers arbejde og den planlagte udvikling af patientsikkerheden, at denne organisatoriske placering fungerede optimalt i forbindelse med at stå for den rette motivation af medarbejderne til at foretage indberetninger af fejl og hændelser, og samtidig medvirkede til at arbejdet med patientsikkerhed indgik som en integreret del af ledelsesindsatsen i Medicinsk Center.

På denne baggrund bliver forholdet mellem ledelse og patientsikkerhed en vigtig del af det organisatoriske perspektiv på lokal risikostyring og dermed i evalueringen.

Konkrete opgaver for afdelingsledelsen med patientsikkerhed

I evalueringens første to interviewrunder har det været generel enighed om, at selv om patientsikkerhed i princippet er alles ansvar, så eksisterer der et særligt ledelsesansvar, herunder både for gennemførelsen af den praktiske del af arbejdet som fx med indberetninger af fejl og hændelser og for udbredelsen og udviklingen af patientsikkerhedskulturen. Dette blev gentaget i tredje interviewrunde, men med en vægten lagt på de erfaringer, der var opnået gennem driftsperioden for den lokale risikostyring, således formuleret af en oversygeplejerske: *'Det er jo vigtigt vi går foran, det er sådan set det vigtigste i forhold til det her. Og at vi tager det seriøst og at vi gør noget ved de ting som kommer frem.'*

De interviewede ledere var primært involveret i behandlingen af de indberettede fejl og hændelser, samt i et løbende samarbejde med de udpegede patientsikkerhedsansvarlige medarbejdere. Der bliver generelt afholdt regelmæssige møder mellem afdelingsledelserne og de patientsikkerhedsansvarlige med henblik på gennemgang af det indberettede mv.

De interviewede – herunder primært lederne – redegjorde for deres opfattelse af praktiske opgaver og opbakning bag patientsikkerhedskulturen. De praktiske opgaver bestod bl.a. i at

modtage, forholde sig til og videresende de sedler med indberetninger af fejl og utilsigtede hændelser, som blev udfyldt på afdelingen. I forbindelse med dette blev der primært peget på arbejdet med at forholde sig til og drage nytte af erfaringerne fra indberetningerne.

Indberetning af fejl og hændelser

Det blev betegnet som en ledelsesopgave at sikre, at indberetningen af fejl og hændelser blev holdt på sporet: *'De store hændelser - småkatastroferne, dem skal personalet nok huske at indrapportere - men de der nær-hændelser, dem husker man nok ikke så godt, hvis ikke man bliver konfronteret med det. For: nå ja, der var en pille der var hældt forkert op, men jeg nåede jo ikke at give den. Og så tænker man ikke mere over det. Der er man nød til som ledelse at spørge ind til det, ellers bliver de fejlkilder ikke fanget, tror jeg.'*

Det blev også understreget fra medarbejderside – her en sygeplejerske - at ledelsens aktive involvering var nødvendig på dette punkt: *'Min pointe er meget, at hvis man vil have, at basispersonalet skal gå aktivt ind i det her, ærligt og udfylde skemaerne hver gang der har været noget, så skal man fra ledelsens side være opmærksom på, at så skal det også medføre en reaktion, at man får en tilbagemelding. "Vi har gjort op, der har været de og de utilsigtede hændelser inden for det og det, der er det mønstre i det, det er noget vi må arbejde med og ændre". Hvis ikke der kommer respons på det kan det være lige meget. Bliver holdningen.'*

I enkelte tilfælde var der direkte negative erfaringer med ledelsens anvendelse af indberetningerne: *'Jeg har ikke oplevet, det er blevet brugt konstruktivt på personalegruppen. Kun som, ja ikke straf, men i den ende, ikke? Jeg synes ikke det har været positivt, hvis det er det, du spørger om.'*

Ledelsesinformation

Flere af de interviewede ledere pegede på, at arbejdet med patientsikkerhed generelt og indberetningssystemet i særdeleshed, gav dem øgede informationer, og at de blev bedre forsynet med informationer med medarbejderne på dette punkt. Funktionen som 'gatekeeper' for indberetningerne kan derfor ses som et aktiv fra et ledelsesstandpunkt, men også det generelle fokus på patientsikkerhed giver ekstra information: *'Vi tager de mere brede ting op og selvfølgelig tager vi også de grelle ting op. Men det er tit og ofte med enkeltpersonen, der er ked af et eller andet hun har gjort. Men så tager vi også de mere brede ting op til personalemøder og siger: der sker et eller andet her. ... Og i morgenkonference-sammenhæng med lægerne.'*

Så det bliver bredt ud. Jeg tror godt man ville kunne gøre det mere struktureret end vi gør. Men det er også en proces. Jeg ved godt, det er lang tid siden patientsikkerhedstanken blev skabt, men vi bliver stadig bedre og bedre.'

Indberetningerne tjener også til information om, hvor hyppigt et problem optræder og i hvilke sammenhænge: *'Man kan godt sige, det er et redskab til at se hvad sker der rent faktisk, og det er jo altid rart at vide, uanset om det er det her eller noget andet. "Hvad er det egentlig vi taler om? Taler vi, fordi vi faktisk ved noget om det, eller taler vi bare, fordi vi har haft nogle oplevelser og hvad størrelsesopløsninger er det her?'. Det er jo altid rarere at tale om noget konkret: "Er der mange der er faldet eller er det fem eller er det tyve?'"*

Der er til gengæld også synspunkter, der peger på, at anvendeligheden af den information, der meldes tilbage fra Risiko Manageren har været begrænset på trods af, at lederne er bedre informeret end medarbejderne: *'Jeg får alligevel mere tilbagemelding end det menige personale egentlig gør. Jeg kan godt gå til dem og sige det, men jeg rammer måske ikke alle. Jeg får nok lidt flere informationer. Men det vil frustrere mig, hvis de resultater der kommer tilbage er urealistiske. Så synes jeg det er spild af tid.'*

Patientsikkerhed foregår på et ledelsesniveau

Der er udsagn der peger på, at patientsikkerhedsarbejdet på denne måde mest er til gavn for lederne, der er velinformerede i forhold til medarbejderne: *'Arbejdet med patientsikkerhed foregår meget på et ledelsesniveau, det er lederne der gennemgår det, og så får vi ikke rigtig respons tilbage om hvad der sker (...) Det bliver ikke diskuteret; der bliver ikke snakket om, hvorfor det går så galt. Det bliver bare tysset ned og så er det ordnet på ledelsesplan. ... Vi har ikke haft nogle diskussioner oppe, man kunne fx forestille sig, det kom op på et personalemøde, i stedet for bare at udfærdige nogle procedurer som skal gøre, at man tror man undgår det. Det kunne også være det var relevant at tale med personalet, om hvorfor det kunne være gået galt, ik.'*

Risiko Managerens synlighed

Forskellen i informationsniveau korrelerer med fordelingen af den kontakt, der har været med Risiko Manageren. Det lå i udformningen af ordningen, at patientsikkerhedsarbejdet i stigende grad skulle uddelegeres til klinikkerne, og dette peger i retning af, at Risiko Managerens kontakt til klinikker og afdelinger svinger i retning af ledelserne. I interviewene blandt lederne gik erfaringerne tilsyneladende i denne retning, som fx: *'Det har jo også svinget lidt. I de perioder hvor vi ikke har haft så mange problemer med at indrapportere, der har hun været*

knap så synlig, men det er jo heller ikke nødvendigt. Så har hun vel lagt sin indsats et andet sted. Hun har været meget synlig over for mig som leder. Hvor meget hun har været synlig ude i personalegruppen, det er jeg ikke så sikker på. Men hun har været meget synlig og behjælpelig over for mig. Altid været behjælpelig til at spørge og til at gå ind i sager og til at møde op til personalemøder, hvis man har bedt hende om det.'

De patientsikkerhedsansvarlige

I forbindelse med gennemførelsen af projektet Lokal Risikostyring blev det vedtaget på ledermødet i det tidligere Medicinsk Center, at hver klinik under centeret skulle udpege én eller flere patientsikkerhedsansvarlige blandt medarbejderne.

Der blev typisk afholdt regelmæssige møder i ledergruppen hvor også de patientsikkerhedsansvarlige deltog, med henblik på at sikre, at disse erfaringer og viden blev inddraget og deres motivation og ledelsesforankring blev fastholdt. De patientsikkerhedsansvarlige har gennemgået en særlig uddannelse, organiseret som en del af HS' strategi for bedre patientsikkerhed: *'Vi har opbygget en organisation med nogle patientsikkerhedsansvarlige, som deltager i den uddannelse, der er tilbudt og ved noget mere om det end andre.'* At være patientsikkerhedsansvarlig er en frivillig stillingspost, og en uddelegering af et ledelsesansvar, men *'det er stadig en ledelsesopgave som er blevet uddelegeret.'*

I 3. interviewrunde var integrationen/anvendelsen af patientsikkerhedsansvarlige på afdelingerne blevet en fast del af arbejdet med patientsikkerhed, men der var forskellige modeller for udvælgelsen af disse personer. På én/nogle afdelinger blev det vægtet at have én fra lægegruppen og én fra plejegruppen, på en anden/andre afdelinger blev det vægtet at have én pr. 'side', da sengeafdelingerne på Hvidovre Hospital ofte er delt fysisk op i to "langsider", en på hver side af en 'kerne' af kontorer, skyllerum etc. Endelig var der på en afdeling kun én patientsikkerhedsansvarlig. Begrundelserne for valg af patientsikkerhedsansvarlige lød fx således: *'Ja, det synes jeg. Men jeg tror også det er vigtigt, at den person har en vis pondus. Derfor vil jeg gerne have at det ligger på afdelingssygeplejerskerollen. Vi har en førstereservelæge i lægegruppen, som skal være her i tre år, som er patientsikkerhedsansvarlig. Men for at nå alle er vi nød til at have en fra plejegruppen og en fra lægegruppen.'* ..eller: *'Vi er jo ikke så stor en afdeling, men jeg kunne tænke mig at vi havde en på hver langside. For det med at have hovedansvaret for at følge lige så meget med og være helt up-to-date omkring patientsikkerhed, så synes jeg det er vigtigt, at man kender sine medarbejdere rigtig godt, og at man måske også kender patienten, det er gået ud over. For hvis man har en overordnet, vi kan kalde det*

en administrator, så går man måske ikke helhjertet ind for det. Så bliver det bare en registrering. Hvis det virkelig skal kunne bruges og man skal kunne gå tilbage i sagerne og tage nogle sager op, så synes jeg det skal være en, der er tæt på.’ Der er således forskellige synspunkter afhængig af, hvilken problemstilling, man mener, er mest påtrængende. Er det væsentligst med kontakten til patienterne tæller det, at de patientsikkerhedsansvarlige er fordelt fysisk på afdelingens område. Gælder det derimod kontakten til personalet, er det dækningen af faggrupperne, der kommer først: *’Nej, det er det der hierarki, man vil helst ikke gå nedad. Det synes jeg jo har noget med en holdning at gøre, at det hierarki må man gå ud af. Hvis tingene skal fungere så det er med hensyn til patienten, så må man også lære at kunne vedgå sig sine fejl, uanset hvilken faggruppe, man tilhører. Men hvis det er en begrundelse for at få lægerne til at indberette noget mere, jamen så skal de da have deres egen. Men min personlige holdning er, at det behøver de ikke, det burde bare være i afdelingen.’*

Blandt de interviewede ledere var der opmærksomhed på at de patientsikkerhedsansvarlige skulle ydes støtte for at kunne varetage denne ekstra opgave: *’Det er noget med at have nogle strukturer der gør, at der er plads til det og det bliver indarbejdet i hverdagen. Dels er der jo tiden, at skaffe dem det. Så skal de selv lave arbejdet vil jeg sige. Og så skal vi jo støtte dem ved at tage dem med på de forskellige steder, hvor tingene skal afleveres og diskuteres. Men selve arbejdet med at få det indsamlet og bearbejdet, det forventer jeg at de gør. Og så leverer de data til os.’* ..og dette bliver sat ind i en sammenhæng, hvor begrænsningerne i ledelsens tid også nævnes af en af de interviewede ledere: *’Men de patientsikkerhedsansvarlige har bare deres fuldstændig normale arbejdsdag ved siden af. De har jo ikke masser af arbejdstid til det. Og jeg vil heller ikke påstå at vi sidder og analyserer hver enkelt skema der kommer ind. Det har vi simpelt hen ikke tid til. Vi kigger, om det er et eller andet der ser ud som om der er gentagelser.’*

Risiko Manageren og ekstern støtte til klinikkens patientsikkerhedsansvarlige

Der var forskellige opfattelser med hensyn til behovet for ekstern støtte fra Risiko Manageren til den enkelte klinik til gennemførelse af denne indsats. På den ene side var det den generelle opfattelse, at det var ønskeligt, at der var en ressourceperson med særlige kvalifikationer som Risiko Manageren til at støtte patientsikkerhedsarbejdet, mens der på den anden side var opfattelser af, at dette var en indsats, som burde kunne klares inden for afdelingens rammer. Den mest udbredte holdning var, at ekstern støttet var ønskelig: *’Jeg tror det er vigtigt at der er*

noget koordination i det. Det der med at holde gryden i kog. Komme med nogle data en gang i mellem. Det behøver ikke engang være en gang om måneden, det kan godt bare være en gang om året. At vi får lidt hjælp ovenfra til at holde den gryde i kog. Det tror jeg er vigtigt, at der er nogen der holder det netværk. Det tror jeg så også der har været for de patientsikkerhedsansvarlige på et tidspunkt.'

Flere af de interviewede ledere pegede på, at der kunne være problemer med at afse ressourcer til varetagelsen af fx arbejdet med patientsikkerhed, da det var den generelle opfattelse, at der er stødt mange sideordnede opgaver til arbejdet på en afdeling. Dette blev bl.a. formuleret således, at der blev anvendt for meget arbejdstid på opgaver, som ikke havde relevans for afdelingens kerneopgaver, nemlig diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering af patienter. Som eksempel på dette blev deltagelsen i akkrediteringen nævnt. Selv om patientsikkerhed blev anset for at være relevant og væsentligt, var der samtidig en vis tilbageholdenhed med at afsætte større ressourcer til denne opgave, da ledelserne ville have sikkerhed for, at de kunne få udbytte af det investerede. Men da arbejdet med patientsikkerhed er så relativt nyt, var der mangel på erfaringer med, hvor stor denne opgave skal vokse sig på afdelingerne, og hvor højt den skal prioriteres.

8. Patientsikkerhedskulturen

Udviklingen af patientsikkerhedskulturen er et centralt element i Risiko Managerens indsats i projektet Lokal Risikostyring. Emnet er allerede beskrevet direkte og indirekte i forbindelse med beskrivelsen af ledelse og af indberetningssystemet, hvor forskellene mellem faggrupperne kan ses som udslag af faglige såvel som patientsikkerhedskulturen. I dette kapitel behandles emnet ud fra et ledelsesperspektiv og ud fra emnerne åbenhed, systemperspektiv og relationer til andre udviklingsinitiativer.

Ledelse og patientsikkerhedskultur

Det er naturligt opfattelsen hos de interviewede ledere, at de har et ansvar for udvikling og fastholdelse af patientsikkerhedskulturen. Nogle ledere pegede på, at arbejdet med patientsikkerhed kunne integreres og anvendes i ledelsesarbejdet, og at forståelsen af patientsikkerhed som et systemisk spørgsmål blev en del af ledelsens udmeldinger til medarbejderne. Blandt de interviewede ledere blev der således set positivt på patientsikkerhed som en del af et ledelsesperspektiv, der sigter på at styrke den fælles organisationskultur: *'Det mere generelle er nok at ændre kulturen omkring, at det er ikke ok at lave fejl, men det er ok at indrømme, man har gjort det, for man ved, at alle gør det. Man skal ikke være ked af at komme og sige, at nu har jeg gjort det og det. Det er kulturændringen og den er måske nok en lille smule sværere.'*

De interviewede ledere så patientsikkerheden som integreret i ledelsesansvaret: *"Det er klart, i sidste ende er det jo vores ansvar og det er jo vores ansvar at sætte det på dagsordenen. Og få det diskuteret, sætte fokus på det. At vi så har nogle personer, som kan varetage det praktiske arbejde og indsamle informationer, det er noget andet. Men det er afdelingsledelsens ansvar, at det er en ting vi arbejder med.'* Det forhold, at ledelsen tager ansvar, blev også understreget som væsentligt fra medarbejderside: *'Men jeg synes for så vidt, at da først projektet blev præsenteret her i afdelingen, så var der meget stor lydhørhed, ikke mindst fra ledelsens side, der sagde, at det her det er vigtigt, det må vi prioritere. Og det forplanter sig jo meget hurtigt ned i organisationen, når du mærker at ledelsen er velvillig.'*

Der blev også peget på mere systemorienterede opgaver, der skulle varetages af ledelsen: *'Jeg tror også at i dag er man mere på: Hov, hvorfor bliver det så sådan, er der noget omkring vores introduktion til afdelingen eller supervision af kollegerne, som halter, sådan så det her kunne have været forebygget. Det tror jeg alligevel. Man er mere villig til at tage det på det*

organisatoriske, i stedet for bare ligesom at sige: det er også hende eller ham, som ikke er god nok.'

Flere af de interviewede ledere pegede på, at det krævede en særlig indsats at få de yngre læger til at indgå i patientsikkerhedsarbejdet. En afdelingssygeplejerske pegede på trygheden ved at indberette som central: *'Altså, for mig så var det mest konkrete det at støtte, at afdelingens unge læger, som jo tit er dem der er tæt på de der situationer, som er uhensigtsmæssige for patienterne, at deres tærskel for at indberette var lavest mulig. Altså, så de følte, at det var trygt at gøre det og der ikke var nogen der kom efter dem. At det ikke handlede om at skulle hænge nogen ud eller give nogen et ansvar, de egentlig ikke havde, men mere et spørgsmål om at skabe en stemning, hvor der var accept for det og forståelse for, at det mere var strukturelle problemstillinger, der i virkeligheden blev afspejlet i de der konkrete uhensigtsmæssige ting, der optrådte. Så det var vel det, der var min mest konkrete funktion'*. Dette blev suppleret af en overlæge: *'Jeg ved ikke rigtig om jeg synes det var vanskeligt, men du kunne bare mærke, at det er lidt en ny måde at tænke på. Det er ikke en måde, der sådan har været typisk for unge læger. På den måde er det lidt nyt.'*

En oversygeplejerske pegede på behovet for at pege på, at patientsikkerhedskultur bl.a. består i, at dokumentation er vigtig for at kunne fastholde hændelsesforløbene: *'Jeg synes at noget af det jeg kan få ud af det er at man kan lære folk, at det vigtigste er, at man med det samme skriver ned hvad det er man har gjort, for ellers kan man ikke huske det, når der er gået et stykke tid. Så hvis man er i tvivl om følgerne af en handling, så er det altid en god idé at skrive forløbet ned. Så man sørger for at dokumentere godt.'*

Åbenhed

- mellem ledelse og medarbejdere

I de første to interviewrunder var der varierende udsagn om åbenheden mellem ledere og medarbejdere i forhold til fejl, hændelser og patientsikkerhed. Det var nogles erfaring, at der var stor åbenhed på dette punkt, og dette blev i de fleste tilfælde forklaret som en del af den generelle samarbejdsstemning eller –kultur på pågældende medicinske klinik eller afdeling. Andre pegede imidlertid på en række begrænsninger i denne åbenhed, med henvisning til frygten for repressalier eller for at fremstå mindre kompetent. Der blev også peget på faglige forskelle med plejegrupperne som generelt mere åbne end lægegrupperne. Der viste sig en udvikling fra første til anden interviewrunde. Hvor der i første runde var begrænsede erfarin-

ger med åbenhed og forventninger til, at arbejdet med patientsikkerhed kunne begrænses af dette, var der i anden interviewrunde en mere positiv holdning baseret på de opnåede erfaringer med indrapporteringssystemet og den systemiske tankegang bag projektet 'Lokal risikostyring'.

I tredje interviewrunde blev åbenheden mellem ledere og medarbejdere om fejl og hændelser af de fleste fremstillet som en selvfølgelighed, men ud fra to forskellige synspunkter. Nogle syntes, at åbenhed i høj grad hang sammen med udbredelsen af det systemiske perspektiv på patientsikkerhed. Dette skal forstås på den måde, at mange af de interviewede anså, at den nye forståelse af fejl og hændelser, som indgår i den lokale Risiko Managers arbejde, og tillige er et grundelement i H:S' strategi for patientsikkerhed, er indarbejdet i afdelingernes praksis. Andre af de interviewede mente til gengæld, at åbenheden om fejl og hændelser allerede var indarbejdet i afdelingernes kultur inden starten af projektet med lokal risikostyring, og at den systemiske tilgang lagde sig op ad en eksisterende praksis i stedet for at være et brud med denne.

Nogle udsagn pegede på, at der er etableret et positivt niveau for dialogen mellem ledelse og medarbejdere på dette område: *'Generelt er vores ledelse her i klinikken god til at lytte, så jeg synes ikke vi har den problemstilling, at der ikke bliver lyttet på og set på, hvad det er for nogle problemstillinger, så jeg synes ikke de tager hverken for lidt eller for meget op. De lytter godt og vi har en god snak omkring de problemstillinger, der er her i afdelingen.'* Andre pegede på, at dialogen foregår i en erkendelse af, at det er nødvendigt at anvende andres viden og kompetencer: *'Jeg synes at afdelingen som helhed er et sted hvor man kan tillade sig at spørge. Og fortælle hvis man ikke kan eller hvis der er noget, hvor man ikke er tilstrækkelig. Fordi det er sådan et komplekst speciale eller der er så mange specialer, så man kan ikke vide alt.'*

Ledelsens ansvar for det konkrete arbejde med patientsikkerhed blev også understreget når det gjaldt åbenhed og kultur: *'Det er nok typisk os som daglige ledere, der gør det. "Har du husket at lave en indberetning?"'. For der er meget åbenhed, sådan: "I weekenden havde vi det problem", eller: "Hvad skal jeg gøre nu, fordi der er sket osv.?"'. Der kan man sige der er åbenheden til os, hvor vi har mulighed for at sende bolden tilbage og sige: "Skriv det ned og lav en indberetning på det.'*

- i og mellem forskellige faggrupper

Med hensyn til forskellene mellem læger og sygeplejersker går de samme forhold igen, som er fremgået af de 2 første interviewrunder. Lægerne fremstilles generelt som mindre åbne om patientsikkerhed, fejl og hændelser end plejegrupperne, som det bl.a. afspejles i mængden af indberetninger, og der gives flere grunde til dette. Der bliver bl.a. peget på, at lægerne er udsat for et større pres end sygeplejerskerne med hensyn til at blive holdt ansvarlig for patientskader, og der bliver igen peget på den kortvarige tilknytning, som reservelægerne har til afdelingerne. Dette er en gentagelse af nogle af de argumenter, der fremkom i 2. interviewrunde, hvor der dog også blev peget på, at reservelægerne måske netop har et incitament til at medvirke i patientsikkerhedsarbejdet, da det kan bidrage til at flytte fokus fra den usikkerhed, der naturligt følger med at være ung reservelæge på en ny afdeling.

Synspunkterne er dog nuancerede, særligt med hensyn til lægernes åbenhed internt og i forhold til plejegruppen. Lægerne fremstilles som midt i en udviklingsproces, som plejegruppen er nået længere i eller har fuldført – så der er forskel: *'Ja. I mellem læger og sygeplejersker er der. Nej, der er også blevet større åbenhed i lægegruppen. Den er bare ikke helt så integreret endnu, men det er stadig også processen.'* Lægernes socialisering og individualisme pointeres også stadig som en hæmsko for en systemisk tankegang og åbenhed, selv om sygeplejerskerne i dette citat ikke ensidigt fremhæves for det positive: *'Det og så den opdragelse vi får gennem vores uddannelse. Det har selvfølgelig også med individualisme at gøre. Lægerne er gennem et uddannelsesforløb, hvor det meget er albuerne, der gælder. Hele universitetsstudiet, men også intro- og turnusstillinger, der skal de hævde sig på deres eget, mens vi som sygeplejersker mere er en gruppe og også lidt går på arbejde for det sociale sammenhold og drikke lidt kaffe.'*

Som med indberetningerne peges der også med hensyn til åbenhed på, at lægerne kan se sig i en mere udsat position end plejegruppen: *'Ja, fordi de fejl som en læge vil blive klandret for er nok mere alvorlige end dem som sygeplejerskerne står for.'* ..og: *'Vagtholdene er jo så små, at det næsten altid vil være med navns nævnelse, eller alle vil vide, hvem det er. Det er nok det, der er grunden til, at der er en vis tilbageholdenhed.'*

Til gengæld peger flere på, at der generelt er en udvikling i gang i lægegruppen, men at denne konkurrerer med de eksisterende værdier og arbejdsrutiner. En overlæge understreger således, at der er stigende åbenhed, men: *'Ja, mere og mere, men der ligger jo det i det, at der er en, der har begået en fejl, og det er jo aldrig rart for nogen. På det område er læger jo nok meget*

konservative, lige som med mange andre ting.’ Det gælder også lægernes interesse i at undgå at gentage fejl: ’Det kommer af, at det går op for folk at det gælder om at undgå at fejlene gentager sig, mere end om at hænge nogen ud. Men det er ikke meget det bliver diskuteret i lægegruppen. Det er på et ret lavt niveau, at der overhovedet bliver snakket om det. Generelt ret lidt tid der bliver brugt på det.’ En afdelingslæge peger på ønsket om ikke at eksponere sig selv uden grund: ’Nej – det ville jeg i hvert fald ikke gøre. Jeg ville prøve at afkonferere det personligt i første omgang. Jeg synes ikke det er noget der behøver at komme ud i et stort forum hvis ikke der er behov for det.’

Udsagnene om en øget åbenhed blandt lægerne dominerer dog, herunder fra plejegruppen: *’Vi har mange tværfaglige møder, hvor alle problemstillinger bliver taget op. Vi har også supervision hver 14. dag hvor lægerne også deltager. Jeg synes ikke vi oplever, at der er en faggruppe som ikke er åben omkring fejl. Det er nok pga. at vores patienter er så komplekse, der er jo mange ting i vores patienter, mange af dem er jo utrolig dårlige når de kommer her. Jeg synes kun jeg har mødt åbenhed og har heller ikke hørt i krogene, at der er nogen der ikke føler der er åbenhed.’*

Den større åbenhed mellem faggrupperne understreges også af andre: *’Hos os har det også altid været noget man kunne snakke om. Også tidligere, hvis der blev begået fejl af en lidt mere alvorlig karakter, hvor folk også er blevet indberettet og har fået en påtale. Så har vi kunnet snakke med lægerne om det og omvendt. Men forskellen nu er, at der er alligevel en større åbenhed. Folk er ikke så bange for at indrømme hvis der har været noget. Det er mere legalt.’*

Og Risiko Managerens og projekt ’Lokal Risikostyrings’ rolle i den sammenhæng understreges også: *’Der er i hvert fald blevet utrolig meget mere åbenhed siden vi gik i gang med det her. Der synes jeg vi er kommet langt. Jeg tror da nok vi kan komme længere. Der sker givetvis ting, som folk ikke erkender. Men det er blevet meget mere legalt at beskrive sine fejl. Også det at det er i anonymiseret form. Det tror jeg gør, at mange synes det er nemmere.’*

System og person – placering af skyld og ansvar

Systemtilgangen synes at være indarbejdet - i hvert fald som en del af den generelle terminologi, når der gennemføres interview om emnet. Med hensyn til praksisniveauet er der fænomener, som peger i hver sin retning. Der sker stadig indberetning af fejl og hændelser, og dette må siges at være et væsentligt element i den daglige praksis i adoptionen af en systemisk

tilgang til patientsikkerhed. Det peger imidlertid i den modsatte retning, at der stadig synes at være en generel forskel på lægers og plejepersonalets anvendelse af indberetningssystemet.

Nogle af de interviewede understregede således det faglige tilhørsforhold i denne sammenhæng, idet de pegede på forskellige grader af kollektiv tankegang i sygeplejegruppen over for lægegruppen. Andre havde den modsatte erfaring, og pegede på, at der var sket en stor udbredelse af den systemorienterede forståelse af fejl og hændelser, og at dette i stort omfang også omfattede lægegruppen.

Samtidig med, at indberetning af fejl og hændelser er indarbejdet som praksis og har fundet sit leje, bliver dette også sat i forbindelse med, at arbejdet med patientsikkerhed peger væk fra individualiseringen af ansvaret. Her formuleret af en afdelingssygeplejerske fra et lederperspektiv: *”Ja – det synes jeg. Jeg synes faktisk de er ret gode til at huske at indberette. Fordi man kan sige at der er mange timer i døgnnet, hvor jeg ikke er her, alligevel synes jeg, de er gode til at vide, at det skal de og det gør de. Der er også en god forståelse for, at det har et godt formål at man gør det, at det ikke er for at ramme den enkelte eller udstille den enkelte. Det synes jeg, de har fået en meget god forståelse af.”*

I denne sammenhæng blev der også peget på problemet med at arbejde systemisk med et emne som patientsikkerhed, når organisationen – eller systemet om man vil – er så omskiftelig, i den forstand, at lægerne er mindre fast tilknyttet enhederne, hvad enten det er et sengeafsnit eller et ambulatorium, og de yngre læger er tilknyttet flere enheder inden for deres relativt kortvarige ansættelser: *’De arbejder mere selvstændigt. De har ofte korte ansættelser og når ikke at kende en afdeling så godt, før de så pludselig står alene, selvom vi har gjort utrolig meget for at forbedre introduktionen og sådan noget, så er det alligevel, det er mere omskifteligt at være yngre læge.’* Lægerne er således i denne forståelse ikke-systemiske, men skal indgå i en systemisk tankegang i arbejdet med patientsikkerhed: *’Det vi havde som et konkret problem i lægegruppen, det var, at vores især yngre læger, de har sådan set to arbejdspladser. De arbejder rigtig meget af deres tid nede i medicinsk modtagelse, hvor de sådan set har en anden ledelse, specielt havde det, dengang det medicinske center eksisterede. Så der er ligesom en sammenhæng dernede, og så havde de så deres tilknytning til afdelingen her, og selvom det formelt set er en samlet ansættelse, så tror jeg de oplevede det som lidt forvirrende at rapportere to forskellige steder hen, og hvor det kunne være lidt vanskeligt at sidde til morgenkonference og høre om et eller andet, der var foregået nede på AMA, som måske havde med patientsikkerhed at gøre, og skal det så skrives i vores mappe eller i mappen dernede, el-*

ler hvordan gør man nu her rent praktisk. Der tror jeg måske, det er nemmere for en sygeplejerske, som er i et bestemt afsnit og har en bestemt ledelse”.

Nogle af de interviewede i de tidligere runder påpegede, at anvendelsen af det systemiske perspektiv kunne medføre, at det personlige ansvar for pleje og behandling blev nedtonet. Dette argument blev ikke gentaget i 3. interviewrunde, og det er spørgsmålet om denne problemstilling er relevant. Det forekommer ikke umiddelbart sandsynligt, at et øget fokus på patienternes sikkerhed medfører et manglende ansvar for pleje og behandling.

Anvendelsen af terminologien omkring patientsikkerhed

Der var nogen variation i udtalelserne fra de interviewede om anvendelsen af den terminologi, der er knyttet til arbejdet med patientsikkerhed. Som det også var tilfældet i 2. interviewrunde var der usikkerhed omkring definitionen af begreberne, men de fleste interviewede mente, at begrebet 'utilsigtede hændelser' havde vundet indpas i sprogbrugen på afdelingerne. Begrebet blev anvendt som samlebetegnelse for det, der var forbundet med situationer, hvor der skulle foretages en indberetning – indberetningen var således kriteriet for, om der var tale om en utilsigtet hændelse. Begrebet/ordet fejl blev også anvendt, men det var ikke indtrykket, at der blev skelnet skarpt mellem de to begreber. Til gengæld var det et gennemgående træk i de interviewedes udsagn, at det er valgt ikke at foretage indberetninger i situationer, der kan karakteriseres som nær-fejl, da dette blev betragtet som overflødigt – da der jo ikke skete noget, når fejlen eller hændelsen blev forhindret i at udvikle sig. Det gælder fx typisk, når der er hældt forkert medicin op, men patienten ikke når at indtage den, fordi fejlen bliver opdaget og rettet i tide.

Når der sker udbredt anvendelse af 'utilsigtede hændelser' som betegnelse for kritiske situationer, kan dette være udtryk for, at patientsikkerhed placeres i afdelingernes daglige kliniske praksis, men nogle af de interviewede pegede på, at ordvalget også kan have andre konsekvenser: Begrebet 'utilsigtet' medfører for nogle af de interviewede, at situationer, der medfører skader på/ulemper for patienterne, kan betragtes som 'hændelige'; dvs. at ingen kan drages til ansvar. Anvendelsen af ordet 'utilsigtet' kan således i positiv forstand siges at bidrage til, at man anvender et systemisk perspektiv på patientsikkerhed, idet fokus flyttes fra det personlige ansvar til det systemiske. Til gengæld kan begrebet støtte en opfattelse af, at skader på og ulemper for patienterne er uafvendelige; noget som ingen kan gøre for, og som man ikke har indflydelse på. Denne sidste opfattelse fremgik af udtalelser fra nogle af de interviewede: *'Jeg tror nu nok man har en eller anden definition af, hvad der er en utilsigtet hændelse og hvad*

der er en fejl – det tror jeg nok folk tænker som to forskellige ting, og alligevel kan det godt lappe ind over hinanden. Sådan som jeg hører det eller opfatter det, så er en fejl, når man gør noget forkert, hvor en utilsigtet hændelse også bare kan være noget, der er u hensigtsmæssigt eller det kan i hvert fald være blødere. Sådan tror jeg folk opfatter det lidt”

Patientsikkerhed og akkreditering

Selv om der var en del af de interviewede, der havde en kritisk holdning til akkreditering, der blev betegnet som meget amerikansk eller klinisk irrelevant, så var der også mange udsagn, der pegede på den sammenhæng, de så mellem patientsikkerhed og akkreditering. Dette havde oftest sin baggrund i synspunkter om, at den systematik og de procedurer, der introduceres gennem akkreditering, griber fat i en række problemer, som har relevans for patientsikkerheden.

I de første to interviewrunder pegede en del af de interviewede på, at patientsikkerhed som begreb og metode havde større appel og relevans end akkreditering, der forekom at være mindre væsentlig for forbedring af den basale aktivitet med pleje og behandling. Selv om holdningen omkring dette var glattet noget ud fra første til anden interviewrunde, svarende nogenlunde til tiden fra første akkrediteringsrunde på H:S Hvidovre til ét år senere, var der stadig en reserveret holdning til akkreditering. I denne tredje interviewrunde er holdningen til akkreditering blevet mere positiv, selv om der stadig er væsentlig kritik.

Nogle ser en direkte sammenkædning af patientsikkerhed og akkreditering, som fx formuleret af en overlæge: *’Jeg synes det er parallelt. Akkreditering er langt mere tidskrævende end patientsikkerhed. Men der er jo meget akkreditering, som også er patientsikkerhed. Med hele medicinaudit osv. Det hænger jo sammen. Jeg synes det kan være svært at adskille. Det eneste man kan sige kun er patientsikkerhed, det er de logbøger. Det adskiller sig fra akkrediteringen, men ellers falder de jo sammen.’* Dette suppleres af en afdelingssygeplejerske: *’Jeg tror godt man kan sige, at nu er akkrediteringen også direkte. Det er jo vores opgave at gøre det til det. Det tror jeg godt man kan se nu. Det kunne man ikke til at starte med. Hvis du havde spurgt for, sikkert nogle af de tidlige interview, da virkede akkreditering meget højtsvævende. Nu kan man godt se, at nu skal vi ned og arbejde i detaljer. Det handler jo egentlig også om patientsikkerhed i en eller anden facon. Og det handler om dokumentation, at vi får dokumenteret ordentligt, hvad det er vi går og laver.’*

Den kritiske holdning handler stadig i første række om manglende relevans og fokusering. En overlæge mente at: 'Det er da en del af akkrediteringen, som virker meget relevant i forhold til så mange andre ting i akkrediteringen, som virker mindre relevante. Nogen af de ting er ret amerikaniserede og ikke særlig relevante i dagligdagen, som patientsikkerheden er.' Og en oversygeplejerske havde tilsvarende erfaringer: *'Man kan også sige at patientsikkerhed det beskæftiger sig med kerneydelsen. Det beskæftiger sig med patienten, med behandlingen og plejen. Hvor akkrediteringen langt hen ad vejen beskæftiger sig med alle tingene uden om.'*

Set i forhold til de forudgående to interviewrunder – og særligt i forhold til 2. runde – var der således voksende opmærksomhed på, at arbejdet med patientsikkerhed ligger i forlængelse af akkrediteringen, da en række af punkterne herunder netop vedrører sikkerheden for patienterne.

Der blev peget på, at såvel lederes som medarbejderes erfaringer med akkrediteringen var blevet udvidet i løbet af projektet med lokal risikostyring, bl.a. gennem de løbende forberedelser til gennemførelsen af hospitalets 2. akkreditering, som skulle finde sted senere i 2004. Sigtet med akkrediteringen var derfor klarere for nogle af de interviewede, selv om der som nævnt stadig var mange kritiske kommentarer.

Patientsikkerhed og patientklagesystemet

Med hensyn til patientklagesystemet var der varierende opfattelser, svarende til udtalelserne i 2. interviewrunde. Nogle så patientklagesystemet som en mulighed for at få informationer om patienternes erfaringer, som kunne anvendes i en læreproces på afdelingerne. Andre så patientklagerne som en meget energi- og tidskrævende proces, der kunne tage hårdt på personalets engagement – energien blev så at sige anvendt indad til opbygning af forsvar i stedet for udad i en læringsproces. Det blev således bl.a. en ledelsesopgave at 'beskytte' personalet i forbindelse med klagesager, og at sørge for at 'samle' de medarbejdere op, som havde oplevet det som et stærkt personligt pres at være udsat for en patientklage. Oplevelsen af patientklagesager blev fx formuleret således af en overlæge: *'Jeg ved jo fra de to, tre klagesager, jeg har haft, hvor ekstremt ubehageligt det er, og hvor personlig ansvarliggjort man føler sig. Så der er ingen tvivl om, at det der gammeldags klagesystem har været utrolig modsat- arbejdende i forhold til det her, at forsøge at se mere på det organisatoriske end på den enkelte læges ansvar.'*

Endelig fremhævede nogle, at patientklagerne i de fleste tilfælde var irrelevante og/eller havde baggrund i kommunikationsproblemer, hvorfor der ikke var noget læringsperspektiv i klagerne og i klagesystemet, men alene var tale om, at der blev anvendt tid og kræfter. Dette blev modsagt i andre interviews, hvor vægten netop blev lagt på etableringen af et læringsaspekt overfor klagerne: *'Der har været to, men dem har vi bestemt taget ved lære af. Vi har ikke kun følt, de ikke var berettiget, for der er altid fejl. Og dem har vi taget op, og de sager har vi drøftet ved tværfaglige personalemøder. Og har gennemgået hele forløbet, så alle har kunnet kommentere det og høre det fra samme side, så der ikke bliver snakket i krogene.'*

De forskellige erfaringer kan have baggrund i forskellige holdninger, men også i forskelle i indholdet af de konkrete patientklager, som afdelingerne har været udsat for. Endelig blev der peget på, at patientklager var relativt sjældne.

I nogle af interviewene blev der peget på, at lægerne i denne sammenhæng er mere udsatte end sygeplejerskerne, eller i større omfang kan risikere at blive draget til ansvar på et personligt niveau. Her formuleret af en oversygeplejerske: *'De er i hvert fald mere udsatte for patientklager i og med de har deres gang i skadestuen og AMA, hvor der jo kommer et utal af patienter med alt muligt. Vi får heldigvis ikke ret mange relevante klager. Men vi får en del over kommunikationen eller hvorfor er der ikke taget en scanning på patienter som kommer i AMA og som bliver udskrevet igen. Hvor det så er en lægelig vurdering, at det er noget der kan ske hos egen læge dagen efter.'*

Fra flere sider blev der peget på, hvorledes afdelingerne/klinikkerne har søgt at håndtere aktuelle eller potentielle klagesager. Dette synes primært at have haft karakter af, at afdelingen skulle modstå et ydre pres, bl.a. gennem intern åbenhed: *'Altså, jeg synes, at holdningen her på afdelingen til når der er klagesager, det er sådan set igen at prøve at have en vis åbenhed omkring det, og der har egentlig også været meget stor støtte og opbakning til den eller de læger, der har været involveret.'* ..og: *'Jeg tror vi er gode til at tage klager i opløbet. Det er også igen fordi vi holder så mange teammøder, hvor pårørende og patienter deltager. Hvor problemstillinger kommer op.'*

En af de interviewede oversygeplejersker pegede på hvorledes indflydelsen fra patientklagesystemet potentielt kan skade lægernes deltagelse i indberetningen af fejl og hændelser: *'Jeg tror at patientklagenævnet, i mange lægers øjne ikke er objektive nok. Og når man så kommer ud i de her patientklagesager, som er meget tidskrævende og som jo også kan få nogle sanktioner. Så er det måske svært at sige ok, jeg har ikke fået nogle klager i den her måned, men jeg*

skal da gerne indrapportere hvad jeg selv har lavet. Selvom det er to forskellige ting, kan det godt være at det er en smule svært at forholde sig til.'

Bilag 1: Skriftligt materiale indsamlet til evalueringen

1. delrapport.

- Hellebek AH: Lokal risikostyring. Projektbeskrivelse, 2001.
- Jobprofil for: Stilling. Lokal Risikomanager (afdelingslæge) med særligt henblik på medicinering. Medicinsk Center, H:S Hvidovre, marts 2002.
- H:S Medicinudvalg: Sikkerhed og kvalitet i medicineringsforløbet.- Rapport fra H:S Medicinudvalg. H:S Direktionen, 2001.
- H:S Direktionen: Utilsigtede hændelser i H:S – handlingsplan med retningslinjer. København, november 2002.

2. delrapport:

- Oplæg til beskrivelser og skemaer udarbejdet af Risiko Manageren:
 - *Systematisk registrering og feed back vedr. utilsigtede hændelser og kritiske situationer. Et delprojekt under projektet Klinisk Risikostyring i medicinsk Center, feb. 2002.*
 - *Medicinerings fejl audit. Et delprojekt under projektet Klinisk Risikostyring i Medicinsk Center, feb. 2002.*
- Mappe med information og skemaer beregnet på afdelingernes indberetning af hændelser og fejl: 'Logbog for patientsikkerhed i Medicinsk Center', aug. 2002.
- Risiko Managerens beskrivelse af konkret sag, sep. 2002.
- Nyhedsbreve fra Risiko Manageren fra hhv. sep. 2002, okt. 2002 og dec. 2002,
- Risiko Managerens referat af indrapporteringer fra afdeling på Medicinsk Center,
- Referater fra møder i ledergruppen i Medicinsk Center inkl. bilag, perioden jan. 02 – apr. 03.
- Centerledelsens notat vedr. plan for patientsikkerhed og fordeling af opgaver vedr. patientsikkerhed i Medicinsk Center, marts 03.
- Opdateret metodeafsnit til protokol for projektet: Klinisk risikostyring i Medicinsk Center, marts 03.

Det har ikke været muligt at få adgang til referater af møder i følgegruppen bag Risiko Manager –funktionen.

3. delrapport

Ved 3. interviewrunde har der foreligget foreløbige beskrivelser fra Risiko Managerens side af de gennemførte aktiviteter. Disse beskrivelser har efterfølgende ligget til grund for afrapporteringen af aktiviteterne i denne rapport.

Bilag 2: Jobbeskrivelse for Risiko Manager

Jobprofil		
Navn:		
Afdeling:	Afsnit:	Stilling: Lokal Riskmanager (afdelingslæge) med særligt henblik på medicinering.
Organisatorisk placering	Medicinsk Center, med reference til centerchef Karine Bech Stillingen er 2-årig på ½ tid forudgået af en planlægningsperiode på 4 måneder med 7 timer/uge. Stillingen påbegyndes 1/5 2002	
Funktionsområde	Funktionsområdet er Medicinsk center, primært AMA. Der etableres samarbejde med H:S Enhed for Patientsikkerhed, hospitalets risk manager og hospitalets risiko-nøglepersoner Herudover er det ønskeligt at risk manager etablerer samarbejde med relevante farmaceuter og kliniske farmakologer	
Uddannelse	Læge	
Ansvar, kompetence og arbejdsopgaver	<p>Arbejdsopgaver: Varetage risikostyring primært vedr. medicinering i Medicinsk Center i overensstemmelse med bevilling til forskningsprotokol (bilag):</p> <p>I hele ansættelsesperioden på ½tid: Deltage i kerneårsagsanalyser vedr. medicineringsfejl (herunder rapport-skrivning) for Medicinsk Center. Deltage i andre kerneårsagsanalyser for Medicinsk Center efter behov. Undervise ved introduktion til Medicinsk Center omkring risikostyring</p> <p>I første 10 måneder primært: Retrospektiv risikostyring dvs udvikle konfidentielt opsamlingsystem for udvalgte utilsigtede hændelser i Medicinsk Center i samarbejde med personalet og "drive" dette opsamlingsystem i 6 måneder mhp Analyse af indrapporteringer og forslag til ændringer og feed back til medarbejdere (fx mundtligt ved ledermøder og gennem månedligt nyhedsbrev)</p> <p>Herudover udvikle skema til månedlig journalaudit, som gennemføres i 10 måneder i AMA og i udvalgte klinikker mhp medicineringsproblemer (se bilag).</p> <p>I efterfølgende 10 måneder primært: Prospektiv risikostyring (forebyggende risikostyring) dvs Etablere fokusgrupper blandt personalet mhp. at identificere og efterfølgende eliminere risikofyldte arbejdsprocesser inden for medicinering (i alle faser dvs både ordination, transskription, dispensering og administration).</p> <p>Gennemgang af medicineringsrutiner ud fra eksisterende viden om risiko (på basis af Joint Commission Sentinel Event Alert o. lign) og ændringsforslag.</p> <p><i>Såfremt det elektroniske modul for medicinering gennemføres skal der rettes særligt fokus på dette mhp risiko for nye fejl ved introduktion af ny teknologi.</i></p>	

	<p><i>Forud for, midtvejs og i afsluttende 4 måneder i projektet</i></p> <p>Bistå med evaluering af projektet Bistå med hver gang at etablere 5 fokusgrupper til evaluering Bistå med journalgennemgang</p> <p>Ansvar: Risk manager har selvstændigt ansvar for ovenstående arbejdsopgaver, idet analyser dog aftales med centerledelsen . Eventuelle ændringsforslag og feedback til medarbejderne godkendes af centerledelsen. Risk manager har ikke ansvar for implementering af ændringsforslag med mindre det specifikt fremgår af rapporter i kerneårsagsanalyser.</p> <p>Kompetence: Risk manager har kompetence til at fortælle om risikostyring og om funktionen lokal risk manager i alle Medicinsk Centers klinikker fx ved ledermøder. Risk manager har kompetence til efter aftale med centerledelsen at foretage mødeindkaldelse vedr. kerneårsagsanalyser og proaktiv risikostyring samt til mødeindkaldelser/interviews vedr. utilsigtede hændelser i AMA . Centerledelsen informeres løbende. Risk manager har kompetence til månedligt efter aftale med centerledelsen og klinikledelserne at gennemgå journalmateriale på udvalgte patienter fra AMA og klinikkerne mhp i forvejen aftalte indikatorer vedr patient-sikkerhed inden for medicinering. Risk manager har tavshedspligt også i forhold til centerledelsen vedr. personlige og faglige forhold for medarbejdere som risk manager måtte blive bekendt med i forbindelse med kerneårsagsanalyser, interviews mv og som medarbejderen ønsker forbliver private.</p>
Videre- og specialuddannelse	Gennemgået kursusstilling i intern medicin
Erfaring	Minimum 5 års klinisk erfaring, herunder erfaring som første reservelæge.
Særlig uddannelse og efteruddannelse	Basal uddannelse inden for risikostyring er påkrævet. Forskningsbaggrund med PhD er ønskeligt Det er ønskeligt at risk manager i stillingen uddanner sig videre fx relevant kursus på RUC, DTU eller Sociologisk Institut, KU og internationalt.
Jobkrav	Gode samarbejdsevner på tværs af faggrænser, analytiske evner og evne til at formulere sig præcist mundtligt og skriftligt. Evne til at leve sig ind og håndtere dette vanskelige område
Andet	
Dato:	Underskrift:

Bilag 3: Baggrund for funktionen 'Risiko Manager'

Beskrivelsen af baggrunden for etableringen af RM-funktionen er delt op i tre dele, som tager udgangspunkt i tre forskellige kilder.

Den første del omhandler valget af AMA som fokusområde på baggrund af den særlige situation omkring indlæggelsen af den akutte medicinske patient.

Den anden del af baggrunden tager udgangspunkt i den projektbeskrivelse, der blev anvendt til ansøgning om finansiel støtte til RM-funktionens etablering og drift. Denne del, som kan kaldes 'Valget af en standard', fokuserer på den generelt øgede opmærksomhed på området patientsikkerhed, herunder en stigende international bevågenhed.

Den tredje del tager udgangspunkt i en beskrivelse af en proces, der er gennemført på og omkring Medicinsk Center. Processen ledte gennem flere projekter og initiativer, og endte i ønsket om at etablere RM-funktionen. Denne beskrivelse, som kan kaldes 'Den lokale proces' fremkom gennem et interview, som blev afholdt som led i denne evaluering med personer, som har været centrale i skabelsen RM-funktionen.

Dette har ført til udarbejdelsen af en jobbeskrivelse, som beskrives sidst i afsnittet. Jobbeskrivelsen er medtaget som Bilag 1.

Valget af AMA som fokusområde for RM-funktionen

Den akutte modtageafdeling AMA i medicinsk center står for modtagelsen af langt de fleste patienter i medicinsk center. Udvalget af AMA som objekt for en særlig indsats vedrørende forøgelse af patientsikkerheden understøttes indirekte af, at modtagelsen af den akutte patient blev identificeret som et af højrisikoområderne i forbindelse med forberedelsen af den akkreditering, der er gennemført på hospitalet i H:S. Ønsket om forbedringer af situationen omkring modtagelsen på AMA blev derfor skrevet ind i handlingsplanen for Medicinsk Center. Baggrunden er bl.a., at der potentielt er involveret et stort antal fagpersoner og -grupper i modtagelsen: En lægelig forvagt, en sygeplejerske, ambulancefolk på vej, en laborant, evt. en røntgenlæge, en portør og en sekretær. Herefter kommer en lægelig bagvagt til samt evt. et lægeligt tilsyn fra en tredje læge og andet plejepersonale end den primære sygeplejerske.

Valget af en organisatorisk standard

Projektbeskrivelsen, der blev udarbejdet af den senere Risiko Manager selv i samarbejde med ledelsen på Medicinsk Center, omhandler etablering af lokal risikostyring på Akut Modtage

Afdeling, Medicinsk Center, H:S Hvidovre Hospital²⁰. Forfatterne tager udgangspunkt i en konstatering af nogle af de centrale epidemiologiske data vedrørende hyppigheden af 'iatro- gene skader' samt 'utilsigtede' og 'skadevoldende hændelser', der var fremkommet gennem en række udenlandske undersøgelser²¹. Det defineres efterfølgende at '*patientsikkerhed på lokalt niveau drejer som om forebyggelse af skader og håndtering af både patient og personale i forbindelse med en faktisk skade*'²², samt at situationen generelt i det danske sygehusvæsen er dén, at disse opgaver ikke varetages af specielt uddannet personale eller på baggrund af en samlet plan eller idégrundlag, men foregår ad hoc. For at perspektivere projektet yderligere refereres der blandt andet til en dansk rapport²³, der viser, at en højnelse af patientsikkerheden på sygehusene kræver udvikling af en sikkerhedskultur. Endelig henvises der til en rapport om problemerne i forbindelse med fejl ved medicinering på sygehusene i H:S. I denne rapport foreslås det at man gennemfører en række udviklingsaktiviteter²⁴.

I projektbeskrivelsen refereres det, hvorledes risikostyring (Risk Management) har været kendt som begreb i sundhedsvæsenet i USA i flere årtier, men at det, i de første mange år, primært var knyttet til ønsket om at undgå sagsanlæg fra - og omfattende erstatninger til - patienter, der havde været udsat for fejlbehandling^{25,26}. Det kan formuleres således, at det var 'systemets' risiko for at blive mødt med store erstatningskrav fra patientside, der var i centrum frem for patienternes risiko for at blive skadet eller invalideret gennem kontakten til sundhedsvæsenet. Senere har forståelsen for - og anvendelsen af - begrebet gennemgået en transformation, idet det i højere grad er systemets mulighed for at øge patienternes sikkerhed, der er kommet i centrum. Ændring af kulturen i sundhedsvæsenets organisationer kan ses som en central forudsætning for at kunne forbedre patientsikkerheden. Det er denne type udvikling, der ses som Risiko Managerens arbejdsopgave. En videre introduktion til det idémæssige grundlag for RM-funktionen og for terminologien, der anvendes inden for patientsikkerhedsområdet, kan findes i Bilag 3.

Efter således at have placeret risikostyring som en væsentlig og udviklingsorienteret aktivitet for sundhedsvæsenet konstateres det, at området i England og USA i stort omfang varetages

²⁰ Hellebæk, 2001.

²¹ Schiøler et. al., 2000.

²² Hellebæk, 2001.

²³ Kringelbach, 2001.

²⁴ H:S Medicinudvalg, 2001.

²⁵ Hellebek & Pedersen, 2001.

²⁶ Vincent C, 2001 b.

af 'risk managers'. Med udgangspunkt i Vincent²⁷ peges der på en række mulige funktioner for Risiko Manageren; herunder medvirke til at planlægge og implementere en politik omkring patientsikkerhed, udvikle et indrapporteringssystem, screening af journaler, motivere og facilitere kulturændringer, forestå tværfaglige personalemøder, med videre. Dette dækker i princippet en række mulige organisatoriske roller, som fx: Strategisk stabsfunktion, organisationsudviklingskonsulent, auditør, mellemlider/patientmanager, systemkonsulent, formidler og sundhedstjenesteforsker.

De mange funktioner, der er knyttet til stillingen og funktionen, er potentielt rettet mod forskellige personer og samarbejdsparter på modtageafdelingen (AMA) og på de tilknyttede klinikker, sengeafsnit og ambulatorier inden for Medicinsk Center.

Tilbage står imidlertid, at der er valgt en organisatorisk standard – Risiko Manager – der er valgt på baggrund af et ønske om at udvikle nogle centrale funktioner i en lokal organisering af patientsikkerhedsarbejdet.

Den lokale proces

I interviewet med gruppen af personer, der har været centrale for etableringen af RM-funktionen og er givet det fælles navn 'baggrundsgruppen'²⁸ i evalueringen, blev der givet en historisk redegørelse for, hvorledes funktionen som Risiko Manager er blevet aktuel for Medicinsk Center og AMA.

Ifølge baggrundsgruppen stammer idéerne tilbage fra 1998, hvor Medicinsk Center blev etableret, og der i den forbindelse blev etableret en fællesvagttafte. Denne aftale omhandlede, hvorledes klinikkerne i Medicinsk Center skulle deles om at dække den lægelige for- og bagvagtforpligtelse på AMA. Lægerne ønskede herefter et forum for diskussion af problematiske tilfælde og kritiske situationer, fordi de ville undgå at komme i situationer, hvor de skulle diagnosticere og ordinere behandling for patienter, der hørte under et andet speciale end deres eget.

Baggrundsgruppen pegede på erfaringer fra gennemførelse af prænatal audit på gynækologisk-obstetrisk afdeling som en anden inspirationskilde, og endelig blev der peget på planlægningsfasen forud for den akkreditering, der nu er gennemført på hospitalerne i H:S. Her blev det klart, at patientsikkerhed indgik i kravene til hospitalet. Den inspiration, der er hentet

²⁷ Vincent, 2001 a.

²⁸ Gruppen består af Centerchefen og Centerchefsygeplejersken fra Medicinsk Center, lederen af H:S' enhed for patientsikkerhed samt Risiko Manageren.

fra de udenlandske ordninger med Risiko Managers, som er gengivet i projektbeskrivelsen, er kommet til efterfølgende. Herudover synes der at være hentet inspiration fra andre projekter og idéer til projekter, ikke mindst fra et projekt om anvendelse af fejlrapporteringsskemaer.

Valget af medicinering som emne er en naturlig følge af, at der er stor opmærksomhed på de mange fejl, der er dokumenteret på dette område, hvorfor det også var relevant for baggrundsgruppen at pege på dette område, da der skulle søges finansiel støtte til projektet.

Alt i alt bliver baggrunden for projektets udformning forklaret som en konsekvens af en række lokale og nogle eksterne faktorer - *‘Det er ikke sådan, at man har taget den ene model og ikke den anden af velovervejede grunde. Vi har taget det, der var, og så har vi stykket det lidt sammen som et puslespil.’*

Denne redegørelse vidner om forløbet af en proces, der har været orienteret mod lokale idéer og behov og en efterfølgende tilpasning af standarden 'Risiko Manager' til dette. Standarden har således skulle udfylde en funktion som baggrund for præsentation af en lokal reform på området patientsikkerhed.

Bilag 4: Idégrundlag og Terminologi

Baggrund

Risikostyring (Risk Management) har været kendt som begreb i sundhedsvæsenet i USA i flere årtier, men var i de første mange år primært knyttet til ønsket om at undgå sagsanlæg fra og omfattende erstatninger til patienter, der havde været udsat for fejlbehandling^{29,30}. Det kan formuleres således, at det var 'systemets' risiko for at blive mødt med store erstatningskrav fra patientside, der var i centrum frem for patienternes risiko for at blive skadet eller invalideret gennem kontakten til sundhedsvæsenet. Senere har forståelsen og anvendelsen af begrebet gennemgået en transformation, idet det i højere grad er systemets mulighed for at øge patienternes sikkerhed, der er kommet i centrum: *'Gradually the need to address the underlying clinical problems became apparent and the term risk management came to include strategies to reduce the incidence of harm and improve the quality of care. Crucially it began also to include positive efforts to care for injured patients and respond to their needs rather than simply treating them as potential litigants.'*³¹

Risikostyring kan betragtes som en særlig udvikling af de initiativer, der er taget til udvikling af kvaliteten i sundhedsvæsenet. Hvor kvalitetsudvikling i bred forstand kan siges at være orienteret mod generel højnelse af kvalitetsniveauet, er risikostyring dog specifikt rettet mod de tilfælde, hvor det kan konstateres, at kvaliteten er uacceptabelt lav af årsager, der kan placeres som undgåelige.

I Danmark har der været stigende opmærksomhed vedrørende risikostyring i sundhedsvæsenet i de seneste år, hvilket bl.a. har givet sig udtryk i en række artikler om emnet i fagbladene, afholdelse af en konference om patientsikkerhed i nov. 2000 i et samarbejde mellem ARF, DSR, DADL, DSI, ECS, Forbrugerrådet, H:S, Sundhedsministeriet og Socialministeriet³², samt gennemførelse af en dansk pilotundersøgelse vedrørende 'utilsigtede hændelser', der lå færdig i sep. 2001³³. Endelig har Ugeskrift for Læger på det seneste udgivet et temanummer om emnet³⁴.

²⁹ Hellebek & Pedersen, 2001.

³⁰ Vincent C, 2001 b.

³¹ Ibid., s. 1.

³² *Patientsikkerhed*, 2000.

³³ *Utilsigtede hændelser på danske sygehuse*, 2001.

³⁴ *Temanummer om Risikostyring*, 2001.

En medvirkende årsag til at fokusere særligt på risikostyring i Danmark bestod i, at omtalen af en række tidligere udenlandske studier om unndladelser og fejl i diagnostik, behandling og pleje førte til antagelser om tilsvarende unndladelser og fejl her i landet. En artikel i Ugeskrift for Læger pegede på erfaringerne fra studierne, og fremkom med et forsigtigt estimat over det formodede antal dødsfald på danske sygehuse, som havde fejl eller unndladelser som årsag³⁵. Det første af de refererede udenlandske studier omhandlede iatrogene skader, altså skader på patientens helbred, der havde fejlbehandling som direkte årsag³⁶. Dette studium, *'The Medical Insurance Feasibility Study'* (California Medical Association, 1978) var, som titlen antyder, fokuseret på erstatningspligtige hændelser. De tre senere studier havde et bredere fokus, hvor undgåelsen af skader og ulemper for patienterne var i front. Studierne var baseret på gennemgang af journaler, og omfattede materiale fra hhv. staten New York, USA (Harvard Medical Practice Study, 1991), New South Wales og Southern Australia (The Quality in Australian Health Care Study) samt Utah og Colorado, USA (1999)³⁷.

Der var således ikke tale om, at man med det danske initiativ tog udgangspunkt i, at helt ny indsigt pegede på nødvendigheden af at beskæftige sig med denne type af problemer. Det var snarere tilfældet, at et velkendt problem blev adresseret på et systematisk grundlag på et tidspunkt, hvor omtalen af enkeltssager med kritik af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser havde domineret i en periode.

Satsningen på systematisk identifikation og reduktion af fejlbehandling og andre kritiske hændelser har bl.a. medført, at der er udviklet et særligt begrebsapparat i løbet af de seneste år. Begrebsapparatet indeholder en præcisering af opfattelsen af hvad fejl er, hvad de skyldes og hvorledes de minimeres på den mest hensigtsmæssige måde. Valget af terminologi er således en indikator for den fortolkning af satsningen på 'risikostyring', som bliver introduceret i sygehusvæsenet.

Utilsigtede hændelser

Et centralt begreb i denne sammenhæng har været oversættelsen eller transformationen af begrebet 'adverse events'. Adverse kan oversættes som bl.a. 'ugunstig', 'uønsket bivirkning' eller 'kritisk'. I en artikel i 2000³⁸ anvendes hhv. ordene 'skadevoldende' og 'utilsltet' som

³⁵ Schiøler et.al., 2000.

³⁶ *'Iatrogen, fremkaldt af læge; anvendes om skadelige virkninger af den lægelige behandling eller af lægens udtalelser eller øvrige adfærd'*. Fra Rytter Nørgaard J: *Medicinske fagudtryk*. Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck, København, 1997.

³⁷ Thomas & Brennan, 2001.

³⁸ Schiøler et.al., 2000.

oversættelse af 'adverse'. Senere er 'utilsigtet' blevet anvendt konsekvent sammen med 'hændelse', der er valgt som oversættelse af 'event'. 'Utilsigtede hændelser' er givet flere definitioner, hvoraf de mest anvendte kan lyde som: *'An injury caused by medical management (rather than the disease process) that resulted in either prolonged hospital stay or disability at discharge'*³⁹, mens den nok bredeste lyder: *'En hændelse defineres som en ikke-tilstræbt begivenhed, der indebærer en risiko for eller påfører patienten en skade, der skyldes sundhedsvæsenets aktive og passive handlinger og ikke patientens underliggende sygdom.'*⁴⁰ I den sidstnævnte definition inddrages 'risiko for skade', og er således ikke begrænset til tilfælde, hvor hændelsen faktisk er skadevoldende. Dette er et centralt punkt, som det nedenfor vil fremgå i omtalen af 'fejl', 'næsten-fejl', 'aktive fejl' og 'latente fejl'. Den manglende uniformitet i anvendelsen af begreberne skaber problemer, ikke mindst med hensyn til sammenlignelighed: *'Almost every study uses different methods, terms, and definitions. It is therefore almost impossible to make direct comparisons among studies, even among studies that purport to use the same methods. This is an important limitation given the tendency to interpret rates of errors and adverse events as a measure of quality and then to compare one health-care site to another.'*⁴¹

Det kan diskuteres, om valget i Danmark af begrebet 'utilsigtede' i stedet for 'kritiske' i oversættelsen af 'adverse events' er korrekt, men med valget er fokus bragt fra det patientfokuserede - at en hændelse kan være kritisk eller skadevoldende for patienten - til at fokusere på personalets handlinger, der dog principielt holdes fri af 'skyld', da hændelserne jo netop betegnes som 'utilsigtede'. Medarbejdere trækkes således ud af en rolle som skadevoldere eller årsag til en kritisk situation. De to fokuspunkter er naturligvis ikke modsætninger - færre skader på patienterne og reduktion af utilsigtede hændelser er forbundne størrelser - men det kan have stor betydning for den form for risikostyring, der igangsættes, afhængig af hvilket udgangspunkt der vælges.

Som det vil fremgå nedenfor, skal dette ses i sammenhæng med, at opmærksomheden samtidig er blevet rettet mod 'systemiske' fejl. Valget af 'utilsigtede hændelser' som nøglebegreb i forbindelse med patientsikkerhed og risikostyring kan derfor eventuelt ses som en konsekvens af, at det, fra myndigheders og fagprofessionernes side, ønskes at etablere en situation, hvor

³⁹ Thomas & Brennan, 2000.

⁴⁰ Schiøler, 2001.

⁴¹ Thomas & Brennan, 2001.

risiko for patienterne betragtes i en afdramatiseret form, der primært kan håndteres gennem en systematisk indsats.

Åbne og latente trusler

Med en skelnen mellem åbne og latente trusler ønskes det at sætte fokus på de 'indbyggede' fejlkilder, der ikke er erkendte eller umiddelbart synlige. Helmreich⁴² pegede ved konferencen i København i nov. 2000 på det vigtige i at identificere og minimere de latente fejlkilder som en lige så vigtig del af risikostyringen, som håndteringen af de synlige. Helmreich betragtede følgende faktorer som latente trusler: Den nationale kultur, organisationskulturen, professionskulturen, ufleksible tidsskemaer (scheduling) og uklar strategi (policy), mens de synlige trusler bestod af: Faktorer i omgivelserne, faktorer i organisationen, individuelle faktorer (blandt lægerne), faktorer i teams og blandt personalet samt patientrelaterede faktorer⁴³. Der lægges således her væsentlig vægt på organisatoriske og kulturelle forhold, som bevæger fokus væk fra den ensidigt kliniske og medicinske tankegang vedrørende risiko og risikofaktorer, der har præget debatten om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet.

Begrebet 'fejl'

I de udmeldinger, der fremgår af artikler og rapporter i Danmark, er det valgt at nedtone anvendelsen af begrebet 'fejl' og i stedet anvende 'adverse event', der som nævnt er blevet oversat til 'utilsigtede hændelser'. Som Schiøler⁴⁴ påpeger, er 'utilsigtede hændelser' et bredere begreb end 'fejl', hvor 'fejl' indikerer et negativt forløb eller en afvigelse⁴⁵ og 'utilsigtet hændelse' blot indikerer, at der har fundet noget sted, som var 'ikke-tilstræbt'. Dette kan have central betydning for arbejdet med risikostyring, da en indsats, der eksklusivt er rettet mod registrering og rettelse af påviste fejl, kan komme i konflikt med den tabuisering af skadevoldende handlinger, som har været dominerende inden for sundhedsprofessionerne, og derfor ikke ville være konstruktiv for risikostyringen. På den anden side udelukker begrebet 'utilsigtet' den type fejl, som skyldes brud på eller omgåelse (deliberate violation) af en vedtagen praksis, procedure, standard eller regel⁴⁶. Denne form for omgåelse af regler mv. for at spare tid eller undgå procedurer der opfattes som besværlige og bureaukratiske, kan ikke sidestilles

⁴² Robert Helmreich, professor, University of Texas.

⁴³ *Patientsikkerhed*, 2000. Indlæg ved R Helmreich.

⁴⁴ Schiøler, 2001.

⁴⁵ Thomas & Brennan, 2001.

⁴⁶ Reason, 2001.

med, at der foretages bevidste fejltagelser, men kan til gengæld heller ikke betragtes som en utilsigtet hændelse.

Ligesom der ovenfor blev skelnet mellem latente og åbne trusler er det muligt at skelne mellem **aktive og latente fejl**⁴⁷. Aktive fejl defineres som fejl, der begås af de personer, der befinder sig i organisationens 'udførende led', som fx når en sygeplejerske eller en læge står over for, plejer eller behandler en patient. Latente fejl defineres derimod som 'indbyggede' fejl, som er begået i en tidligere fase eller på ledelsesniveau. Latente fejl kan således indtræffe i forbindelse med planlægningen af en produktion, i designet af apparatur og arbejdsgange eller som følge af en ledelsesbeslutning. De latente fejl kan forblive latente i lange perioder inden de manifesterer sig på det aktive niveau – fx som når en forkert designet frontklap bryder sammen på en færge eller når en diagnostisk procedure viser sig uhensigtsmæssig i et særligt patientforløb.

Systemorientering og personorientering

Som en yderligere perspektivering af differentieringen mellem aktive og latente fejl, er det relevant at skelne mellem at betragte fejl som hhv. systemorienterede og personorienterede⁴⁸. Anvendes det personorienterede perspektiv vil der blive fokuseret på enkeltpersoner som årsag til en opstået fejl, mens der med en systemorientering fokuseres på de betingelser medarbejderne har for udførelsen af deres arbejde, og på at designe systemet så det i sig selv reducerer sandsynligheden for at fejl opstår. Valget af orientering har naturligvis stor betydning for udformningen af risikostyringen.

Kommentar: Om personlige fejl og systemfejl

Det synes ikke at give mening radikalt at hævde enten, at fejl ensidigt og objektivt set skyldes enkeltpersoner, eller at fejl udelukkende er indbygget i systemet. Begge disse synspunkter er derimod udtryk for forfølgelsen af to ønskede perspektiver – der vælges med andre ord et perspektiv ud fra formålet med at beskæftige sig med fejl – og utilsigtede hændelser. Hvis en leders tolkning af ledelsesrollen og den medfølgende strategi indebærer, at medarbejderne betragtes som kilden til fejl, så svarer ledelsesstilen og den medfølgende strategi til dette synspunkt, hvorfor ledelsens reaktion består i udpegning af skyldige medarbejdere i tilfælde af fejl

⁴⁷ Ibid. s. 14.

⁴⁸ Reason, 2000.

eventuelt med efterfølgende fyring. Har lederen derimod den opfattelse, at fejl skal ses som udtryk for et fælles problem, som skal løses inden for de eksisterende rammer, så vil en opstået fejl medføre, at ledelsens forfølger en strategi, der består i identifikation af indbyggede årsager til fejl og opbygning af en risikokultur.

Opfattelsen af fejl og deres baggrund hænger sammen med en mere generel opfattelse af ledelse og af medarbejdernes placering i en organisation.

Der er derfor heller ikke tale om, at den ene fortolkning eller forståelse af fejl er mere 'virkelig' end den anden – begge forhold kan konstateres gennem undersøgelser, da de fejl, der måtte være indbygget i systemet, kræver enkeltpersoners handlinger for at blive realiseret, lige som enkeltpersoners/menneskers tendens til at fejle kun kan realiseres inden for et system, der giver mulighed for dette. Når der foretages en skelnen mellem de to tolkninger af kilden til fejl, er der derimod tale om, at omstændighederne taler for at lade den ene eller den anden fortolkning styre holdninger og adfærd på ledelsesniveau. Da det er forbundet med en række ulemper at afskedige medarbejdere i forbindelse med fejl – da der er ofret tid og penge på oplæring, resten af medarbejderne føler sig utrygge etc., og da fyringen ikke nødvendigvis forebygger at fejlen opstår igen – så kan der træffes det bevidste valg, at fejl skal ses som udtryk for systemiske mangler, og at risikostyringen i organisationen skal tage dette som udgangspunkt.

'Næsten-fejl' i fokus frem for 'fejl'

Ved konferencen i nov. 2000 i København⁴⁹ understregede Barach⁵⁰ fordelene ved at fokusere på 'næsten-fejl' (near miss): *'Næsten-fejl er langt mere interessante end utilsigtede hændelser. Det skyldes 1) at de er så udbredte, 2) de er nemt tilgængelige, 3) de er uden juridiske problemer og 4) de er uden en høj intern fejlrate.'* Det kan tilføjes, at fokuseringen på næsten-fejl samtidig giver mulighed for at indhente erfaringer med, hvorledes det blev forhindret, at fejlen blev aktiv. Hvis perspektivet derfor er at medarbejderne og organisationen som sådan skal lære gennem fejl, så byder fokuseringen på næsten-fejl på store fordele. Er perspektivet derimod direkte identifikation af de hyppigst forekommende skader på patienter med henblik på at udpege satsningsområder eller udpegning af særlige enheder eller personer, skal der fokuseres på utilsigtede hændelser.

⁴⁹ Patientsikkerhed, 2000.

⁵⁰ Paul Barach, MD, MPH, University of Chicago.

Ved at pege på næsten-fejl tages der fat på diskussionen af, hvilke konkrete initiativer, der kan tages på organisationsniveau for at mindske fejlraten. Næsten-fejl har ingen betydning for patienten, men en registrering kan anvendes til en afdækning af fejlenes epidemiologi, som har relevans for udvikling af afdelingers og sygehuses beredskab vedrørende risikostyring.

'Sikkerhedskultur'

Ændring af kulturen i sundhedsvæsenets organisationer kan ses som en central forudsætning for at kunne forbedre patientsikkerheden: *'There is no doubt ... that organisational culture and the practices that underpin it are essential targets for change towards greater patient safety; in particular, the necessary cultural change towards openness and accountability. This will be a culture where reporting of mistakes, including near-misses, is routine, and where this and demonstrations of learning from mistakes are the behaviours which are most clearly valued and rewarded.'*⁵¹

Barach⁵² pegede på, at opbygningen af en 'sikkerhedskultur' er den primære forudsætning for at opnå forbedringer: *'Systemet bliver ikke sikrere af at fortælle det til sygeplejersker og læger. Det er hele kulturen der skal ændres. Det omfatter blandt andet evnen til at lære gennem indsamling af oplysninger i rapporteringssystemerne. Vi lærer gennem en kultur som er åben og ærlig, som er fleksibel og som kan tilpasse de daglige forhindringer. Endelig lærer vi af gennemsigtige systemer, som er ærlige omkring vore fejl og mangler. Uden evnen til at tale om tingene lærer vi intet.'* Her lægges således op til et brud med den lukkethed, der har kunnet fornemmes omkring fejl og undladelser i sundhedsvæsenet, da læringsprocessen kræver indsigt i og dokumentation af de problemer, der skal løses. Til gengæld nævnes der intet om, hvorledes de indgroede rutiner og vaner skal forsøges ændret.

⁵¹ Firth-Cozens, 2001.

⁵² *Patientsikkerhed*, 2000.

Bilag 5: Indberetninger og Logbog, baggrund

I projektprotokollen fra 2001 fremgår det af en *'foreløbig skitse til funktionsbeskrivelse for en risk manager'*, at bl.a. følgende arbejdsfunktion kunne være inkluderet: *'Udvikle et system for indrapportering og analyse af kritiske situationer og utilsigtede hændelser til afdelingsledelsen med henblik på, at afdelingen lærer heraf.'* I jobbeskrivelsen er dette konkretiseret således, at Risiko Manageren, primært i funktionsperiodens første 10 måneder, skal gennemføre *'retrospektiv risikostyring, dvs. udvikle konfidentielt opsamlingsystem for udvalgte utilsigtede hændelser i Medicinsk Center i samarbejde med personalet og "drive" dette opsamlingsystem i 6 måneder m.h.p.: Analyse af indrapporteringer og forslag til ændringer og feedback til medarbejdere (fx mundtligt ved ledermøder og gennem månedligt nyhedsbrev).*

I *'Opdateret metodeafsnit til protokol for projektet'* (marts 2003⁵³) præciseres det, at der udvikles en *'logbog med afvigeskemaer, hvori personalet rapporterer utilsigtede hændelser, nærfejl og kritiske situationer. Logbogen placeres i alle klinikker, herunder efter ønske i dag-hospitaler og ambulatorier.'*

Introduktion af logbog og opstart af registrering

Som nævnt deltog Risiko Manageren på et ledermøde i Medicinsk Center feb. 2002., og præsenterede her et udkast til de skemaer, der skulle anvendes til indberetning af hændelser og fejl. Det blev aftalt, at ledelserne på de enkelte klinikker var velkomne til at invitere Risiko Manageren til at introducere koncept og skemaer for det relevante personale.

Af *'Opdateret metodeafsnit'* fra marts 2003⁵⁴ fremgår det, at logbogen skulle introduceres ved særlige møder på alle klinikker og at der skulle afholdes 1-2 opfølgingsmøder, og dette blev som nævnt gennemført sidst på foråret og i september 2002. Det præciseres i det opdaterede metodeafsnit (marts 2003), at klinikker, der ikke deltager ved at indsende rapporter, skulle udgå. Indberetningen af hændelser og fejl blev iværksat i slutningen af august 2002 med placering af logbøger med indberetningsskemaer i klinikkerne.

⁵³ Selv om dette opdaterede metodeafsnit for Risiko Managerens arbejde er dateret marts 2003 har det været fremlagt på et ledermøde tidligere, og det er på en række punkter tilfældet, at metodeafsnittet præsenterer initiativer, der er allerede forlængst er gennemført, herunder udvikling og introduktionen af logbøgerne.

⁵⁴ Som nævnt ovenfor, præsenterer det opdaterede metodeafsnit på en række punkter initiativer, der er allerede forlængst er gennemført, herunder introduktionen af logbøgerne.

Analyse af indberetninger

Indsamling af skemaer foretages ifølge 'Opdateret metodeafsnit til protokol for projektet' (marts 2003) af risikomanageren eller dennes sekretær så ofte som muligt, hvorefter data indtastes i en database.

Logbogen

Logbogen udgøres af et A4 ringbind, hvori der er indsat en præsentation af initiativerne til risikostyring i Medicinsk Center, herunder Risiko Manageren, en kort introduktion af begreberne bag risikostyring og en præsentation af logbogens formål og indhold. Der indgår eksempler på, hvilke typer af hændelser, der skal indberettes, og det beskrives, hvordan indberetningen skal foretages og hvad der sker med det indberettede materiale.

Det understreges, at de indberettede oplysninger behandles fortroligt, men at Risiko Manageren evt. kan henvende sig for at få uddybet oplysningerne.

I ringbindet er indsat et antal indberetningsskemaer med fortrykte felter, der giver plads til oplysninger om:

- Dato for indrapportering,
- Afdeling/klinik,
- Beskrivelse af problemet,
- Havde problemet konsekvenser for en konkret patient,
- Eget forslag til løsning, samt
- Navn på personen, der indberetter.

Det fremgår dog, at hændelser, der skyldes fejl i medicineringsforløbet, fald med skade, selvmord eller forvekslinger skal indberettes pr. telefon eller mail til Risiko Manageren umiddelbart.

Endelig indgår et skema i ringbindet, beregnet på daglig optælling af utilsigtede hændelser og andre afvigelser/nærhændelser.

I 'Systematisk registrering og feed back vedr.' (feb. 2002) beskrives det, at det er hensigten at analysere de indrapporterede hændelser med hensyn til latente⁵⁵ vs. aktive⁵⁶ fejl med henblik på at udarbejde en plan for, hvordan de latente fejl kan elimineres. Risiko Manageren

⁵⁵ ..fejl indbygget i systemet, begået af 'planlæggere, organisatorer og ledere'. Disse fejl kan fremprovokeres af specielle situationer på arbejdspladsen og kan forårsage langvarige skader på systemet.

⁵⁶ ..fejl der 'begås af personer, der er i direkte kontakt med patienten/maskinerne. Aktive fejl udløser ofte en umiddelbar effekt?'

skal gennemføre 'hændelsesanalyser' efter en engelsk model⁵⁷, der fokuserer på, hvorledes manglende sikkerhedsbarrierer kan føre til hændelsen, bl.a. ud fra en analyse af årsagerne som hhv. latente og aktive fejl.

Det fremgår videre, at der er ledelsens opgave at vurdere forslagene til ændringer i procedurer mv. og implementere dem. Der peges på, at der skal foretages en udvælgelse af, hvilke typer af fejl, der skal indrapporteres, og at der skal udarbejdes et indrapporteringsskema, som skal godkendes af personale og ledelse.

Forholdet mellem Projektets og H:S' indberetningssystemer

Det er et væsentligt forhold, at den indberetning af fejl og hændelser, som blev foreslået gennemført i Medicinsk Center, adskiller sig fra den indberetning, som beskrives i H:S' handlingsplan for indberetning. Indberetningen i Medicinsk Center blev planlagt som en frivillig og bred indberetning af forhold, som ledere og medarbejdere opfattede som en fejl, utilsigtet hændelse **samt nær-fejl/nærhændelser** med henblik på en omfattende registrering af erfaringer.

Indberetningssystemet, der blev planlagt på H:S-niveau adskiller sig på flere måder fra dette. For det første blev der fokuseret på en obligatorisk indberetning af fire udvalgte typer af hændelser, nemlig dispenserings- og administrationsfejl i medicineringsprocessen, patientfald der medfører fraktur eller anden skade, forvekslingskirurgi/forvekslingsindgreb og selvmord. For det andet blev der planlagt en frivillig indberetning af øvrige fejl og hændelser, der bedømmes som alvorlige eller har stor sandsynlighed for at blive gentaget, men indberetningen skulle ikke omfatte nærfejl eller -hændelser.

En af de direkte konsekvenser af disse forskelle har været, at indberetningsskemaet i Medicinsk Center blev meget simpelt, mens der i H:S-planen indgår flere skemaer med en væsentlig større detaljeringsgrad og tilhørende beskrivelser af den administrative procedure for indberetning af hver enkelt type fejl.

I det opdaterede metodeafsnit til protokol for projektet beskrives det, at indberetnings-/afvigelseskemaerne sorteres efter Risiko Managerens skøn af deres alvor/frekvens, og efter hvilket område, de berører, som fx medicineringsfejl, forveksling af papirer etc. Det gentages, at det aftales med medicinsk centerledelse og/eller de involverede klinikledelser, hvilke hændelser blandt de indrapporterede, der analyseres. Det beskrives, at der skal udarbejdes en rapport over det faktuelle forløb for hver af de udvalgte hændelser, inklusive en analyse af latente og

⁵⁷ Der refereres her til Vincent C et al: 'How to investigate and analyse clinical incidents; clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol.' British Medical journal 2000; 320; 777-81.

aktive fejl og et forslag til ændringer, som centerledelsen og relevante klinikledelser kan tage stilling til. I denne beskrivelse er perioden for indrapporteringer sat til 8 måneder mod tidligere 6 måneder.

Resultater

Af Risiko Managerens nyhedsbrev fra 9. okt. 2002 fremgår det, at der i perioden 28.08. – 26.09. blev indsamlet 101 afvigeskemaer i medicinsk center. Rapporterne omhandlede hyppigst forsinkelse i behandlingen (31 skemaer) og medicineringsfejl (39 skemaer). Herudover er der udfyldt skemaer for en lang række meget forskellige hændelser. Risiko Manageren valgte enkelte emner ud til nærmere undersøgelse, såkaldt hændelsesanalyse, sammen med Medicinsk Centerledelse⁵⁸.

I nyhedsbrevet fra dec. 2002 nævnes det, at der frem til 11.11.02 var kommet færre indrapporteringer ind end i den første indsamlingsrunde. Det oplyses, at der i hele sept. måned indkom 131 rapporter, i okt. 55, og i nov. måned frem til d. 11. i alt 10⁵⁹ rapporter. Samlet omhandler de 209 rapporter hyppigst medicineringsfejl (85) og forsinkelser/suboptimal behandling (51), så sammensætningen af indberetningerne er således uændret fra første opgørelse. Risiko Manageren peger på 7 afvigelser, der havde været genstand for en hændelsesanalyse⁶⁰.

Risiko Manageren har udarbejdet en særlig skriftlig tilbagemelding for en af afdelingerne i Medicinsk Center. Tilbage meldingen omhandler afdelingens 22 indrapporteringer i perioden 01.08. – 15.12 2002, og der refereres til indberetninger vedrørende medicinordination, overskrivningsfejl, medicinophældning, selvadministration, andre fejl/hændelser vedrørende medicin, udstyr, decubitus, forsinkelser/suboptimal behandling samt fald.

⁵⁸ Det drejede sig fx om proceduren indgift af gentamicin (Gentamicin er et stof, der nedsætter nogle typer bakteriers stofskifte og dermed dræber dem. Anvendes fx ved sepsis (blodforgiftning) når der er nedsat koncentration af serum-gentamicin hos patienten), sikkerhed ved anvendelse af apparatur i fysioterapien, forsinkelser ved anlæggelse af centralt vene-kateder, procedure til forhindring af manglende nøglekort om natten, etiketter der falder af medicinglas m. hætte, suicidalforsøg og medicineringsfejl.

⁵⁹ .. svarende til ca. 30 indberetninger for nov. måned ved en simpel fremskrivning.

⁶⁰ De syv afvigelser omhandlede: Patient flænget af skarp del på motionscykel i fysioterapien, hylere ude af drift så de lægelige nattevagter ikke dukkede op på AMA selv om de var kaldt, uoverensstemmelse vedrørende anlæggelse af centralt vene-kateder mellem anæstesiologisk og kardiologisk afd., problemer med at patienter ikke oplyser om anvendelse af håndkøbsmedicin ved indlæggelse, og generel anvendelse af erfaringer vedrørende medicineringsfejl i undervisning af sygeplejersker og elever vedr. IV-medicin. . En række emner går igen fra første gruppe af analyserede afvigelser: Meget lang ventetid inden medicinrum kunne læses op, efter at nøglekort til dette ved en fejltagelse var blevet låst inde heri, etiketter med dårlig limning falder af og forårsager risiko for forveksling af medicin, og de generelle problemer med medicineringsfejl.

Risiko Managerens erfaringer med indberetningssystemet

Risiko Manageren konkluderer i 2. nyhedsbrev efter den første opgørelse af rapporterne, at *'indrapporteringssystemet er blevet godt modtaget. Så godt, at jeg slet ikke når at undersøge alle afvigeskemaerne til bunds. Nogle få vil blive undersøgt enkeltvis, og andre vil blive undersøgt i grupper. Alle rapporter vil indgå i en database til overvågning af sikkerheden i Medicinsk Center.'*

Efter opgørelsen af indberetningerne frem til 11.11. kommenterer Risiko Manageren i 3. nyhedsbrev i dec. 2002, at det endnu ikke havde været muligt på daværende tidspunkt at levere rapporter/skemaerne tilbage til afdelingerne med kommentarer på grund af manglende tid, da det havde vist sig mere tidskrævende at drive logbogen end forventet.

Der er ikke nævnt noget specifikt om erfaringer med udarbejdelse og anvendelse af hændelsesanalyser.

9. Litteratur og Kilder

Jobprofil for: Stilling. Lokal Risikomanager (afdelingslæge) med særligt henblik på medicinering. Medicinsk Center, H:S Hvidovre, marts 2002.
Cooper JB, Sorenson AV, Anderson SM, Zipperer LA, Blum, LN & Blim JF: <i>Current Research on Patient Safety in the United States. Final Report.</i> Health Systems Research, National Patients Safety Foundation, Chicago, 2001.
Firth-Cozens J: <i>Teams, cultures and managing risk.</i> In: Vincent C: <i>Clinical Risk Management – Enhancing patient safety.</i> 2 nd ed. BMJ, 2001
H:S Medicinudvalg: Sikkerhed og kvalitet i medicineringsforløbet.- Rapport fra H:S Medicinudvalg. H:S Direktionen, 2001.
Hellebek A & Lilja Pedersen B: <i>Klinisk risikostyring.</i> Ugeskrift for Læger 163/39, s. 5333-38, 2001.
Hellebek AH: <i>Lokal risikostyring.</i> Projektbeskrivelse, DSI-Institut for Sundhedsvæsen, 2001.
Kohn LT, Corrigan JM & Donaldson, eds: <i>To err is human. – Building a Safer Health System.</i> Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. National Academy Press, Washington DC, 1999.
Kringelbach M: <i>Patientsikkerhed – Fejl og læring. Teori, praksis og eksempler fra sygehusafdelinger.</i> I samarbejde med COWI, Anæstesiafdelingerne ved Amtssygehuset i Herlev, Centralsygehuset Esbjerg/Varde, Centralsygehuset i Slagelse, Skejby Sygehus. EvalueringsCenter for Sygehuse, Rapport nr. 12, 2001.
Nolan TW: <i>System changes to improve patient safety.</i> In: British Medical Journal, 320/7237, p. 771-73, 2000.
Pedersen BL & Mogensen T (eds.): <i>Patientsikkerhed. Fra sanktion til læring.</i> Munksgård Danmark, København, 2003.
Panduro Jensen L & Kjærgaard J: <i>Kliniske databaser til kvalitets- og risikostyring.</i> Ugeskrift for Læger 163/39, s. 5346-60, 2001.
<i>Patientsikkerhed – Hvordan bliver vi bedre til at forebygge fejl og andre utilsigtede hændelser i sygehussektoren?.</i> Konferencerapport, http://inet.uni2.dk/~f910392/konferencerapp.htm , Den Almindelige Danske Lægeforening, Lægeforeningens Forlag, 2000.
Pedersen BL, Folkersen J, Kildemoes HW, Kjærgaard H, Mogensen T, Ottesen B, Petersen T, Seidelin S & Weber T: <i>Klinisk risikostyring – en MTV -analyse af implementering på en dansk fødeafdeling.</i> Hovedstadens Sygehusfællesskab, København 2003.
Reason J: <i>Human error: Models and management.</i> British Medical Journal, 320/7237, p. 768-70, 2000.
Reason JT: <i>Understanding adverse events: the human factor.</i> In: Vincent C: <i>Clinical Risk Management – Enhancing patient safety.</i> 2 nd ed. BMJ, 2001.
<i>Reducing error – Improving safety.</i>
Schiøler T, Lilja Pedersen B, Mogensen TS & Frølich A: <i>Utilsigtede hændelser på sygehuse – En gennemgang af tre udenlandske studier.</i> Ugeskrift for Læger 162/19, s. 2719-22, 2000.
Schiøler T, Lipczak H, Lilja Pedersen B, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A, Rud Svenning A & Frølich A: <i>Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse – En retrospektiv gennemgang af journaler.</i> Ugeskrift for Læger 163/39, s. 5370-78, 2001.
Schiøler T: <i>Patientsikkerhed – Begivenhedsrelaterede begreber.</i> Ugeskrift for Læger 163/39, s. 42-45, 2001.
<i>Temanummer om Risikostyring.</i> Ugeskrift for Læger Nr. 39, 24. sept. 2001.
Thomas EJ & Brennan TA: <i>Errors and adverse events in medicine: an overview.</i> In: Vincent C: <i>Clinical Risk Management – Enhancing patient safety.</i> 2 nd ed. BMJ, 2001
Thomas EJ & Brennan TA: <i>Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records.</i> British Medical Journal, 320/7237, p. 741-44, 2000.
<i>Utilsigtede hændelser på danske sygehuse.</i> Pilotundersøgelse udført i et samarbejde mellem H:S, Sønderjyllands Amt, Viborg Amt, Århus Amt, Sundhedsministeriet og DSI-Institut for Sundhedsvæsen. DSI-Institut for Sundhedsvæsen, sept. 2001.
Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, prior S, Strange P & Tizzard A: <i>How to investigate and analyse clinical incidents: Clinisk Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol.</i> British Medical Journal, 320/7237, p. 777-81, 2000
Vincent C: <i>Clinical Risk Management – Enhancing patient safety.</i> 2 nd ed. BMJ, 2001 a.
Vincent C: Introduction. - in: Vincent C: <i>Clinical Risk Management – Enhancing patient safety.</i> 2 nd ed. BMJ, 2001 b.
Walshe K: <i>The development of clinical risk management.</i> In: Vincent C: <i>Clinical Risk Management – Enhancing patient safety.</i> 2 nd ed. BMJ, 2001.
Wilson T: <i>System for reporting errors is not highest priority to decrease errors.</i> British Medical Journal, vol. 322, p. 1421, 2001.