

Lone Bilde, Betina Højgaard, Charlotte Frenndved, Simon Feldbæk Peitersen, Inge Kristensen, Jakob Kjellberg

# Mere patient- sikkerhed for pengene – hvordan?

Danske eksperter vurderer af, hvilke patientsikkerhedsindsatser, der bedst kan betale sig.

Inspireret af en OECD-rapport om økonomien i patientsikkerhed.

**VIDEN I  
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-  
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

**PS!**

## Forord

Denne rapport belyser de økonomiske konsekvenser ved utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet og ser på, hvilke indsatser rettet mod bedre patientsikkerhed, der menes at give mest værdi for pengene set i en dansk sammenhæng. Rapporten baserer sine konklusioner på en OECD-rapport, en spørgeskemaanalyse og to fokusgruppeinterviews med en række beslutningstagere i det danske sundhedsvæsen.

Rapportens analysetilgang er inspireret af en rapport fra OECD om økonomien i patientsikkerhed, "The Economics of Patient Safety – Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at a national level" (1). OECDs rapport er udført blandt eksperter i en række OECD-lande, men ikke i Danmark.

Rapporten er udført som et samarbejdsprojekt mellem VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd og Dansk Selskab for Patientsikkerhed (PS!).

Spørgeskemaundersøgelse, fokusgruppeinterviews samt rapportudkast er udført af Lone Bilde, Betina Højgaard (projektleder) og Jakob Kjellberg fra VIVE.

Charlotte Frenndved, Simon Feldbæk Peitersen og Inge Kristensen fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed har bidraget med sparring i hele processen, udkast til spørgeskema og beskrivelse af relevante indsatser for Danmark, input til rekruttering af deltagere til fokusgruppeinterviews og spørgeskemaundersøgelse, samt input og kommentarer til rapporten.

Emily Tangsgård Christensen fra VIVE har stået for den tekniske håndtering af spørgeskemaundersøgelsen samt bidraget til analyse af data.

Endelig har forsknings- og analysechef, Pia Kürstein Kjellberg fra VIVE stået for kvalitetssikring af rapporten.

*Forfatterne fra VIVE – det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd og Dansk Selskab for Patientsikkerhed, København, April 2018*

**VIDEN TIL  
VELFÆRD**

**DET NATIONALE FORSKNINGS-  
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD**

**PS!**

## Indhold

1. Sammenfatning .....	2
2. Indledning.....	7
2.1 Baggrund .....	7
2.2 Datagrundlag og metode.....	8
2.2.1 Spørgeskemaundersøgelse .....	8
2.2.2 Fokusgruppeinterview .....	10
3. De økonomiske konsekvenser ved utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet.....	11
4. Resultater af spørgeskemaundersøgelsen.....	13
4.1 Højeste og laveste effekt- og omkostningsscorer .....	13
4.2 Indsatser med mest favorable effekt/omkostningsratios .....	14
4.3 Best Buy indsatser .....	16
4.4 Sammenligning med resultaterne fra OECD's rapport .....	17
5. Resultater fra fokusgruppeinterviewene .....	19
5.1 Ledelsesfokus .....	19
5.2 Uddannelse og læring.....	20
5.3 Tværsektorielt samarbejde.....	25
5.4 Indsatser omkring medicinering .....	27
5.5 Økonomi.....	28
5.6 Indsatser på klinisk versus organisatorisk og nationalt niveau .....	30
6. Diskussion og perspektivering.....	32
6.1 Mest omkostningseffektive indsatser .....	32
6.2 Flerstrengt indsats og fem fokusområder.....	33
6.3 Afsluttende bemærkninger .....	36
7. Referencer .....	38
8. Oversigt over inkluderede indsatser .....	40
Mere patientsikkerhed for pengene – hvordan? .....	42

# 1 Sammenfatning

I Danmark har vi i mange år arbejdet med patientsikkerhed. Mange indsatser til forebyggelse af utilsigtede hændelser, fejl og skader er i varierende grad implementeret på sygehusafdelinger og i andre dele af sundhedsvæsenet. Samtidig ses, at der fortsat sker mange utilsigtede hændelser, fejl og skader på patienter i Danmark.

En OECD-rapport (1) konkluderede for nylig, at 15 % af OECD-landenes sygehusudgifter kan tilskrives håndtering og behandling af fejl og patientskader. Meget tyder på, at også det danske sundhedsvæsen har store udgifter på den konto, selv om det præcise tal ikke kendes. Et nyere dansk studie (17) af akut-indlagte patienter fandt fx betydelige meromkostninger på 107.000 kr. over en 12 måneders periode for patienter, der var ude for en utilsigtet hændelse i indlæggelsesforløbet. Dette svarer til, at patienter, der oplever en utilsigtet hændelse, er dobbelt så omkostningstunge som patienter, der ikke oplever en utilsigtet hændelse.

Fejl og patientskader er ifølge OECD-rapporten nummer 14 på den globale sygdomsbyrdeliste svarende til tuberkulose og malaria, og koster hvert år milliarder af kroner at behandle i sundhedsvæsenene verden over. Skader i sundhedsvæsenet har store personlige omkostninger for såvel patienter og pårørende som for det sundhedspersonale, der er involveret i skaderne. De er forbundet med et stort samfundsøkonomisk produktionsstab, når patienternes erhvervsevne nedsættes eller helt forsvinder som en mulig følge af skader.

OECD-rapporten anfører, at en stor del af de utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet kan forebygges bl.a. ved hjælp af systematiske indsatser. Samtidig koster investeringer i disse indsatser markant mindre, end det koster at behandle og håndtere patientskaderne. Derfor er der i henhold til OECD-rapporten stor samfundsøkonomisk fornuft i at investere i patientsikkerhed.

## Den danske undersøgelse

Formålet med denne danske rapport er at undersøge, hvilke strategier og indsatser rettet mod forskellige organisatoriske niveauer (nationalt-, organisatorisk- og klinisk niveau) i det danske sundhedsvæsen, der vurderes at give mest værdi for pengene. Dvs. vurderes at have størst effekt i forhold til investeringen i indsatsen.

Konkret har en lang række interessenter og beslutningstagere, der arbejder med patientsikkerhed i Danmark deltaget i en spørgeskemaundersøgelse og en mindre gruppe deltaget i to efterfølgende fokusgruppeinterviews. Fokus har været på at tage stilling til, hvilke strategier og konkrete indsatser til forbedring af patientsikkerheden i Danmark, de vurderer, er mest omkostningseffektive.

Fremgangsmåden og metoden i den danske spørgeskemaundersøgelse er hentet fra OECD's spørgeskemaundersøgelse fra 2017 (1). Heri indgår vurderinger af effekt og omkostninger ved 42 forskellige patientsikkerhedsindsatser fra en række eksperter fra forskellige OECD-lande.

I den danske spørgeskemaundersøgelse er respondenterne blevet bedt om at vurdere 41 patientsikkerhedsindsatser, som er inspireret af OECD's indsatsbeskrivelser, men tilpasset danske forhold af Dansk Selskab for Patientsikkerhed (PSI) i dialog med VIVE (Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd). Respondenterne er rekrutteret geografisk bredt fra såvel nationale som regionale og kommunale organisationer, forskningsinstitutter, sygehuse og almen praksis. Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen er

efterfølgende diskuteret og kvalificeret ved to fokusgrupeinterviews med nøglepersoner – et i København og et i Århus.

### **Mest omkostningseffektive indsatser**

Hovedparten af de indsatser, der blev vurderet som de mest omkostningseffektive enkeltstående indsatser i den danske spørgeskemaundersøgelse, er rettet mod det kliniske niveau. Det drejer sig om følgende indsatser:

- "peri-operativ sikkerhed: tjeklister i forbindelse med kirurgi og andre procedurer"
- "indsatser mod utilsigtede hændelser ved medicinering ved involvering af patienter i eget forløb"
- "patientsikkerhedspakke til forebyggelse af venøse blodpropper"
- "patientidentifikationssystemer"
- "perioperative medicineringsprotokoller"
- "forebyggelse af dehydrering"
- "Tryksårspakken".

To indsatser på det organisatoriske og en indsats på nationalt niveau blev vurderet til at være blandt de mest omkostningseffektive indsatser:

- "rationel brug af antibiotika" (organisatorisk niveau)
- "håndhygiejneindsatser" (organisatorisk niveau)
- "patientsikkerhed på grunduddannelserne"

Herefter blev respondenterne bedt om at vælge de syv indsatser, der efter deres mening som en samlet "pakke" af indsatser ville give mest patientsikkerhed for pengene i en dansk sammenhæng. Denne øvelse resulterede i, at respondenterne valgte indsatser på såvel nationalt, som organisatorisk og klinisk niveau. "Patientsikkerhed på grunduddannelserne" blev valgt flest gange i respondenternes "samlede pakke af indsatser". De fem hyppigst valgte indsatser var:

- "Patientsikkerhed på grunduddannelserne" (nationalt niveau)
- "Forbedringsarbejde i organisationen" (organisatorisk niveau)
- "Opbygning af en positiv patientsikkerhedskultur" (organisatorisk niveau)
- "Involvering af patienter i eget forløb" (klinisk niveau)
- En national elektronisk sundhedsplatform (nationalt niveau)

På top fem-listen optræder "en national elektronisk sundhedsplatform". Det bemærkes, at i vurderingen af enkeltindsatsers effekt på patientsikkerheden og omkostninger scorede "en national elektronisk sundhedsplatform" meget lavt.

En række indsatser på organisatorisk niveau "beslutningsstøttesystemer", "rapportering af utilsigtede hændelser lokalt", "patientinvolveringsindsatser", "ledelsesuddannelse og monitorering af- og opfølgning på- indikatorer" ansås også som vigtige i den samlede pakke af indsatser (se side 18).

### **En flerstrengt strategi**

OECD-rapporten anfører, at der er behov for en flerstrengt strategi og en systematisk tilgang til forebyggelse af utilsigtede hændelser, fejl og patientskader. Dels må der investeres i helt basale indsatser og initiativer på systemniveau, fx uddannelse af læger og andet sundhedspersonale, kliniske retningslinjer og protokoller for patientsikkerhed og informationsinfrastruktur. Dels er det nødvendigt med et aktivt engagement fra såvel udbydere af sundhedsydelser som fra patienternes side. Endelig er der behov for innovation på klinisk niveau til udvikling og implementering af indsatser, der forbedrer patientsikkerheden. Evnen til innovation i en sundhedsorganisation forstærkes ifølge OECD, hvis der er opbakning til det på nationalt niveau.

Deltagerne ved de danske fokusgruppeinterviews er enige i, at en flerstrengt strategi bestående af indsatser på alle organisatoriske niveauer er en forudsætning for en bedre patientsikkerhed også i Danmark. Indsatser rettet mod det nationale niveau sikrer større national opmærksomhed blandt beslutningstagere, administratorer, medier og patienter. Yderligere sikre indsatser udstukket fra de nationale beslutningstagere mindre variation i kvaliteten af sundhedsydelser og arbejdsprocesser på tværs af landet. Indsatser på organisationsniveau skal fremme organisatorisk læring af utilsigtede hændelser, og sikre integration af patientsikkerhedsarbejdet lokalt. Endelig skal indsatser på klinisk niveau rettes mod de konkrete kliniske områder, fx hygiejneforbedringer og medicin håndtering, hvor der er et stort forbedringspotentiale.

### **Fokusområder for det fremadrettede arbejde med patientsikkerhed i Danmark**

Ledelsesfokus, uddannelse og læring, tværsektorielt samarbejde, indsatser omkring medicinering og økonomi fremstår på baggrund af fokusgruppeinterviewene som de fem centrale fokusområder for det fremtidige arbejde med patientsikkerhed i det danske sundhedsvæsen.

#### *Ledelsesfokus*

Ledelsesfokus og involvering er en forudsætning for, at patientsikkerhedsindsatsen overhovedet kan lykkes. Ledelserne på alle organisatoriske niveauer har en opgave i at initiere og vise retning for arbejdet med patientsikkerhed, implementere og følge op på indsatser, medvirke til at arbejdet med patientsikkerhed bliver mere synligt, bliver italesat i – og udenfor -deres organisationer – og kommer ind på de organisatoriske dagsordener. Ledelsen skalsikrer, at de økonomiske og ressourcemæssige rammer og incitamenter for patientsikkerhedsarbejde og -innovation er til stede. Derfor er der behov for, at ledelserne i stigende grad gøres bevidste om deres rolle og ansvar i forhold til patientsikkerhed i Danmark.

#### *Uddannelse og læring*

Uddannelse i patientsikkerhed på alle sundhedsfaglige grunduddannelser er nødvendig for at skærpe fokus på og udvikle kompetence i patientsikkerhedsarbejdet. Patientsikkerhed kunne blive et meritgivende karriereelement, og dokumenteret uddannelse og erfaring med patientsikkerhedsarbejde kunne være en forudsætning for at blive leder i sundhedsvæsenet.

Ligeledes efterlyses uddannelsesaktiviteter rettet mod patienter, der er vigtige aktører i forhold til deres egen patientsikkerhed, samt uddannelse i patientsikkerhed rettet mod beslutningstagere på nationalt niveau.

I sundhedsvæsenet er organisatorisk læring af utilsigtede hændelser en forudsætning for at forbedre patientsikkerheden. Organisatorisk læring opnås ifølge interviewpersonerne bedst, hvis der i organisationerne er en erkendelse af, at fejl er menneskelige. Det er i åbenhed om utilsigtede hændelser og evaluering af disse, at strategierne til undgåelse af utilsigtede hændelser kan formes på systematisk vis fremover. Endelig er der behov for, at de mange patientsikkerhedsindsatser der allerede er implementeret i sundhedsvæsenet til standighed opfriskes og læres igen.

#### *Tværasektorielt samarbejde*

Patientsikkerheden i det tværasektorielle samarbejde kan forbedres, hvis mulighederne for at videregive korrekt, tidstro og fyldestgørende information om patienten, når han/hun skal videre til næste led i patientforløbet, forbedres. Ligeledes skal forståelsen for, hvilket informationsbehov, der er nødvendigt for næste led, øges. IT-værktøjer har en rolle, men kan ikke stå alene. Indsatser, der opbygger de personlige og faglige relationer mellem det personale, der er involveret i forløbene på tværs af organisationer kan øge mulighederne for forståelsen for, hvilke opgaver og hvilket informationsbehov, det næste led i kæden har.

#### *Indsatser omkring medicinering*

Det er vurderingen, at mange indlæggelser og genindlæggelser skyldes at patienten ikke får den rette medicin. Derfor bør fokus intensiveres i forhold til at nedbringe fejl og mangler med medicinafstemning i forbindelse med både indlæggelse og udskrivelse. Den stigende specialisering gør, at det er vanskeligt for hospitalets læger at overskue den samlede medicinering, hvorfor medicin håndtering – og afstemning – alt for hyppigt sker alene i primærasektoren. Forbedringsindsatser i forhold til medicinering har ifølge interviewpersonerne derfor et stort potentiale, og de anbefaler, at der sættes massivt ind på at forbedre dette område. Fx nævnes, at læger i stigende grad også efter deres grunduddannelse løbende sikres uddannelse i medicinafstemning- og håndtering, ligesom andre faggrupper, fx farmaceuter, i større omfang kan understøtte, at medicinsk behandling, der enten ikke virker, har for store bivirkninger eller interagerer på u hensigtsmæssig vis med anden medicinsk behandling seponeres.

#### *Økonomi*

Økonomi, herunder anvendelse af økonomiske incitamenter som patientsikkerhed er et andet vigtigt fokusområde.

Anvendelse af økonomiske incitamenter forstået som en betaling af sundhedspersoner eller sundhedsorganisationer for opnåelse af konkrete kvalitetsmål vurderes hverken i OECD's eller den danske undersøgelse som en omkostningseffektiv indsats.

Til gengæld vurderes tilstedeværelsen af økonomiske rammer, fx i form af konkrete budgetter og investeringer i den danske undersøgelse som nødvendige for at drive patientsikkerhedsarbejdet og for at give mulighed for innovation på området.

Når man overvejer omkostningseffektiviteten – eller "business-casen" ved specifikke indsatser til bedring af patientsikkerhed, bør de potentielle besparelser på behandling, rehabilitering og produktivitetstab som følge af patientskader regnes med og vejes op mod investeringen i indsatserne. Dette såvel i den enkelte organisation, hvor behandling sker, men også på tværs af alle de organisationer, der tager sig af- og skal koordinere patientforløbene på tværs. Det er vigtigt at synliggøre omkostningseffektiviteten ved indsatserne for

beslutningstagerne samt for de, der lokalt skal implementere indsatserne og på den måde få skabt et økonomisk og ressourcemæssigt frirum for at få en bedre kvalitet i sundhedsvæsenet. En forudsætning, for at de omkostningseffektive patientsikkerhedsindsatser kan give det forventede afkast i form af en bedre patientsikkerhed, er imidlertid, at ledere på forskellige niveauer i sundhedsvæsenet engagerer sig i arbejdet, sikrer at de nødvendige ressourcer er til rådighed og sørger for at resultaterne af arbejdet kan måles, bliver synliggjort og set.



## 2 Indledning

### 2.1 Baggrund

---

Patientsikkerhed har været en problemstilling, så længe sundhedsvæsenet har leveret sundhedsydelse. Først for relativt nyligt er man dog begyndt at måle og kvantificere omfanget af patientskader og fejl, og sætte mere systematisk ind for at forebygge og forhindre skader og fejl og dermed øge kvaliteten og patientsikkerheden. Der kom internationalt fokus på området omkring årtusindeskiftet med "To Err is Human" (2) og "Crossing the Quality Chasm" (3). "To Err is Human" anerkendte, at det er menneskeligt at fejle, og at det i højere grad handler om dygtige mennesker, som arbejder i usikre systemer, hvorfor disse systemer skal forbedres.

Sideløbende med disse udgivelser begyndte man at tale om og forholde sig til patientsikkerhed i Danmark. Fokus var i første omgang på risikostyring, åbenhed omkring og læring af fejl. Siden er der også kommet fokus på emner som kvalitet og sammenhæng i behandlingen (4).

Den danske lov om patientsikkerhed var den første i verden af sin art. Den trådte i kraft i 2004, og med den indførtes rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser, hvis formål er at gøre sundhedsvæsenet i stand til at lære af de fejl, der sker. I midten af 00'erne kom der fokus på, at en stor procentdel af patienterne ikke får leveret de ydelser, som sundhedsvæsenet har tiltænkt dem. Den viden om pleje og behandling, som sundhedsvæsenet har, bliver ikke altid brugt systematisk og konsekvent. Opmærksomheden på denne "kvalitetskløft" medførte, at patientsikkerhed også kom til at omfatte aspekter som effektiv og rettidig behandling (4).

Samtidig er der opstået en stigende erkendelse af, at når det gælder patientsikkerhed, er patienternes egne oplevelser centrale. Dels kan patienterne – og de pårørende – helt konkret bidrage til at forebygge fejl og mangler i de enkelte kliniske forløb. Dels er patienternes oplevelser og input centrale for planlægningen og beslutningerne omkring det enkelte patientforløb, og også overordnet for, hvordan sundhedsvæsenet indrettes og organiseres.

Hvor man i 00'erne begyndte at se på sundhedsvæsenet fra patientens perspektiv og talte om patientinvolvement, er patienternes og de pårørendes rolle de senere år blevet endnu mere markant. Patienterne er blevet partnere, der både bidrager aktivt til egen sikkerhed og også samarbejder om at skabe forbedringer af sundhedsvæsenet på alle niveauer.

Patientsikkerhed har også spredt sig til nye felter. Hvor det i begyndelsen var noget, der hovedsagelig angik sygehusene, har man nu fx fokus på sikkerheden også i kommunerne, (projekt "I sikre hænder" (5)), i psykiatrien (fx projekt "Sikker Psykiatri" (6)), og i høj grad også sikkerheden i overgange mellem de forskellige enheder og sektorer, (fx projekt "Sikker sammenhæng" (7)). Senest er man begyndt at tale om Patientsikkerhed II (8). Her er filosofien, at sikkerheden ikke kan bygges udelukkende på at lære af fejl. I højere grad skal man også lære af det, der går godt, og bruge den viden til at gøre sundhedsvæsenets systemer så robuste som muligt.

En nyligt publiceret rapport fra OECD om patientsikkerhed (1) konkluderer, at utilsigtede hændelser og fejl i sundhedsvæsenet i høj grad bidrager til den globale sygdomsbyrde. Ses der fx alene på sygehusudgifter, så

tegner håndtering og behandling af fejl og patientskader sig for ca. 15 % af udgifterne i OECD-landene. En stor del af de utilsigtede hændelser og fejl i sundhedsvæsenet er forebyggelige og kan undgås. Dette sker ifølge OECD-rapporten mest hensigtsmæssigt ved en flerstrengt indsats, hvor der sættes samtidigt ind på forskellige organisatoriske niveauer dvs. strukturelt, organisatorisk såvel som på klinisk niveau. Selvom indsatserne rettet mod forbedring af patientsikkerheden er forbundet med udgifter, bliver disse ifølge OECD-rapporten mere end udlignet af forventede eller dokumenterede besparelser fra undgåede utilsigtede hændelser, fejl og patientskader.

I OECD's rapport identificeres, hvilke indsatser, der vurderes at have den største effekt på patientsikkerheden i forhold til den investering, de kræver ("best buys"). Det er eksperter fra flere forskellige OECD-lande, blandt andet Sverige og Norge, der har givet input til rapporten. Danmark er dog ikke med i analysen, og derfor har vi i denne rapport gentaget OECD's analyse med input fra interessenter beslutningstagere, der arbejder med patientsikkerhed i Danmark. Det er vores håb, at rapporten vil give nyttig information til brug for planlægningen af den fremtidige indsats omkring patientsikkerhed i Danmark.

#### Formål

Projektets formål er at undersøge, hvilke strategier og indsatser rettet mod forskellige organisatoriske niveauer (nationalt-, organisatorisk- og klinisk niveau) i det danske sundhedsvæsen, der vurderes at give mest værdi for pengene. Dvs. vurderes at have størst effekt i forhold til investeringen i indsatsen (identifikation af "best buys"). Projektet tager udgangspunkt i OECD rapportens anvendte metode, fund og resultater.

## 2.2 Datagrundlag og metode

---

Analysen bygger på en spørgeskemaundersøgelse, der er inspireret af - men ikke i fuldstændig overensstemmelse med - den spørgeskemaundersøgelse, der er gennemført i forbindelse med udarbejdelse af OECD-rapporten (1). Spørgeskemaundersøgelsen er kvalificeret via to fokusgruppeinterview samt ét telefoninterview med interessenter og beslutningstagere, der arbejder med patientsikkerhed i Danmark. Respondenterne til spørgeskemaundersøgelsen og interviewundersøgelsen er udvalgt, så alle organisatoriske niveauer af sundhedsvæsenet og alle regioner er repræsenteret, men de udgør ikke et repræsentativt udsnit af *alle* interessenter. Det konkrete valg af respondenter er foretaget af PSI efter dialog med VIVE. OECD-rapporten anvendte samme metodik og havde i alt 23 respondenter med i deres analyse. I den danske undersøgelse indgår svar fra 50 respondenter (spørgeskema udsendt til 92 respondenter).

### 2.2.1 Spørgeskemaundersøgelse

Spørgeskemaundersøgelsen er opbygget ved brug af samme grundstruktur, og de inkluderede indsatser er inspireret af de 42 indsatser, som OECD-rapporten belyser, men tilpasset til danske forhold. Respondenterne er blevet bedt om at tage stilling til i alt 41 indsatser på forskellige organisatoriske niveauer. Det vil sige 11 indsatser på nationalt niveau, 13 indsatser på organisatorisk niveau (fx kommunalt, regionalt eller sygehus-/praksis-organisationsniveau) og 17 indsatser på klinisk niveau (fx på afdelingsniveau).

I forhold til OECD's undersøgelse er der tilføjet følgende indsatser på nationalt niveau: "National læring fra utilsigtede hændelser", "nationale lærings- og kvalitets-teams" og "involvering af brugere/patienter på nationalt niveau". "Pay-for-performance schemes" er på dansk blevet til "økonomiske incitament", og "electronic health record systems" er blevet til "en national elektronisk sundhedsplatform". Endelig er der i OECD-

rapporten en indsats omkring nul-fejls lovgivning rettet mod sundhedspersoner ("no fault medical legislation"), samt "et nationalt patientsikkerhedsagentur", der ikke er med i den danske undersøgelse.

På organisatorisk niveau er "anti-microbial stewardship" og "blood and blood management protocols", "medical equipment sterilisation protocols" samt et "integrated patient complaints reporting system" ikke med. I stedet for er indsatserne "forbedringsarbejde i organisation", "ledelsesuddannelse" samt "mobilt akutsystem" tilføjet. På det kliniske niveau er der stor overensstemmelse mellem de inkluderede indsatser i de to spørgeskemaer, men de har fået et konkret navn, fx "blærekateterpakken", "respiratorpakken", "CVK-pakken" og "tryksårspakken" i den danske version af spørgeskemaet

Spørgeskemaet er vedlagt som bilag 1 i en selvstændig bilagsfortegnelse. En liste over inkluderede indsatser i den danske undersøgelse kan findes efter referencelisten.

Respondenterne blev indledningsvist for hver af indsatserne bedt om at vurdere effekten og omkostninger på en skala fra 1-5. Dernæst blev respondenterne bedt om at angive op til syv af de inkluderede indsatser, der - som en samlet pakke af indsatser - vil give mest effekt per kr. ("best buy pakke"). Endvidere havde respondenterne mulighed for at komme med forslag til andre relevante indsatser, der ikke fremgik af listen i spørgeskemaet, ligesom der blev spurgt ind til enkelte baggrundsvARIABLE.

Spørgeskemaundersøgelsen forløb i perioden 27. december 2017 til 9. januar 2018. Det elektroniske spørgeskema blev sendt via e-mail til 92 interessenter og beslutningstagere - fra alle organisatoriske niveauer af sundhedsvæsenet og fra alle fem regioner - som arbejder med patientsikkerhed i Danmark. Tre invitationer kom retur, enten pga. fejl i e-mailadressen eller på grund af spamfilteret. I alt gennemførte 50 respondenter spørgeskemaet svarende til en svarprocent på 54 %.

Der er efterfølgende foretaget deskriptiv analyse af besvarelserne med henblik på at afdække:

- Hvilke indsatser, der vurderes at have de største og laveste gennemsnitscore for effekt og omkostninger
- Effekt/omkostningsratioen for de enkelte indsatser – dvs. den gennemsnitlige effektscore divideret med den gennemsnitlige omkostningscore
- Hvor mange gange den enkelte indsats indgår i respondenternes "best-buy" pakke

Desuden er der foretaget en analyse af baggrundsvARIABLE for respondenter, der har svaret henholdsvis ikke-svaret på spørgeskemaet.

Denne analyse viste, at der blandt de 50 respondenter, der svarede på skemaet var en lille underrepræsentation af mænd, og af respondenter fra Region Hovedstaden og Region Nordjylland i forhold til fordelingen blandt de 92 personer, der blev udvalgt til spørgeskemaundersøgelsen. Med hensyn til organisatorisk placering eller tilhørsforhold (forskning, klinisk niveau, kommune, nationalt niveau (fx styrelser, ministerier, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening), patientforeninger, primærsektor, overordnet sygehus- og afdelingsniveau, samt regionsniveau) svarede fordelingen af besvarelserne i store træk til stikprøvens fordeling af respondenterne.

## 2.2.2 Fokusgruppeinterview

Til kvalificering og uddybning af resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen blev der i januar og februar 2018 foretaget to fokusgruppeinterview (et i København og et i Århus) af 1,5 times varighed med nøglepersoner indenfor patientsikkerhed i Danmark.

Formålet med interviewene var:

- 1) at kvalificere resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen, herunder give perspektiver på resultaterne og konkretisere dem i forhold til egne og gruppens erfaringer,
- 2) at give bud på hvilke fremtidige patientsikkerhedstiltag, der i en dansk sammenhæng vil have størst merværdi, og
- 3) at afklare evt. perspektiver på forskelle til OECD-undersøgelsen.

Udvælgelsen af interviewpersoner er foretaget af PSI i dialog med VIVE og med afsæt i følgende kriterier: Stor indsigt i patientsikkerhedsområdet i Danmark, samt stor forståelse af det samlede sundhedsvæsen, og herunder hvilke løsningsmuligheder, der er realiserbare. Desuden var der i udvælgelsen af deltagere fokus på repræsentation fra flere forskellige niveauer i sundhedsvæsenet (dvs. hospital, region og stat). Der blev inviteret 8-9 personer per fokusgruppe. 4 personer deltog i København og 6 personer deltog i Århus. Yderligere er der foretaget ét telefoninterview med en interviewperson, som var forhindret i at deltage i fokusgruppeinterviewene – dvs. at der er afholdt interview med i alt 11 personer.

De 11 personer, der deltog i interview kom fra henholdsvis Sjælland og Jylland/Fyn og fra såvel sygehussektor som primærsektor, samt fra såvel nationalt, som regionalt som kommunalt niveau. Nogle af interviewpersonerne havde deltaget i spørgeskemaundersøgelsen.

Interviewene tog udgangspunkt i en semi-struktureret interviewguide udarbejdet på baggrund af resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen. Interviewguiden fremgår af bilag 2 i selvstændig bilagsfortegnelse. Forud for interviewene blev der udsendt følgende materiale til interviewpersonerne:

1. Kort beskrivelse af projektet og formål med fokusgruppeinterviewet
2. Beskrivelse af de indsatser, der har været genstand for vurdering i spørgeskemaundersøgelsen
3. Udvalgte resultater fra spørgeskemaundersøgelsen:
  - a. Højeste og laveste effekt-/omkostningscorer samt effektomkostningsratioer
  - b. Best buy-indsatser versus "worst" buy indsatser (de indsatser der er nævnt færrest gange)
  - c. Åbne svar i tematiseret form

Interviewene blev optaget på diktafon, og sammenfattet i noteform. Efterfølgende er der foretaget analyse af data ved gennemlæsning af noter og gennemhøring af interviewene, med henblik på at foretage meningskondensering (9). Meningskondensering er anvendt til at fremhæve centrale temaer i diskussionen.

### **3 De økonomiske konsekvenser ved utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet**

Med økonomiske omkostninger ved utilsigtede hændelser, fejl og skader menes det ekstra ressourceforbrug, som behandlingen og rehabiliteringen af patientskaden kan være forbundet med. Det kan være nødvendigt med re-operationer, længere og hyppigere sygehusindlæggelser, ambulante besøg, flere kontakter til praktiserende læger, fysioterapeuter, øget brug af medicin eller lignende ekstra tiltag. Dertil kan der også være omkostninger til kommunal hjemmesygepleje, hjælpemidler, ombygning af hjem mv. som følge af en eventuel funktionsnedsættelse efter patientskade. Det kan være patientens eller pårørende egne udgifter forbundet med ekstra transport til behandling, udgifter til medicin osv. Samfundet kan desuden lide et produktivitetstab, i form af tabt (forventet) indtægt fra en borger, der får nedsat erhvervsevne, eller i sjældne tilfælde dør på grund af en skade i sundhedsvæsenet.

Ifølge OECD-rapporten (1) er skader på patienter den 14. hyppigste årsag til sygdom og død på verdensplan svarende til tuberkulose og malaria. Den globale sygdomsbyrde ved patientskader vurderes som enorm, idet omkostningerne ved dårlig patientsikkerhed for patienter, sundhedsvæsenet og samfund er betydelige. Fx konkluderer rapporten, at omkring 15 % af sygehusudgifterne tilskrives håndtering og behandling af fejl og skader. Det er en række velkendte typer af utilsigtede hændelser på sygehusniveau - infektioner, venøs tromboembolisme, tryksår, medicinfejl samt forkert eller forsinket diagnose - der tegner sig for størstedelen af omkostningerne. Ifølge OECD er 30-70 % af de utilsigtede hændelser forebyggelige, dvs. kan undgås.

Patientfejl, der sker i primærsektoren, samt de økonomiske omkostninger herved er ikke så ofte undersøgt som fejl i sygehussektoren. Fejl i processer omkring medicinering anses for at være de mest hyppige utilsigtede hændelser i primærsektoren. På det seneste er der imidlertid også ifølge OECD kommet fokus på diagnostiske fejl. Her tænkes på fx at patienten får en forkert diagnose, samt at sygdomme enten ikke opdages – eller ikke opdages i tide (1).

En rapport, der er udført for det canadiske patientsikkerhedsinstitut (10), har ved modelberegninger vurderet de økonomiske konsekvenser ved forskellige patientsikkerhedsscenerier i det canadiske sundhedsvæsen. Ifølge rapporten vil der i løbet af de næste 30 år opstå 400.000 utilsigtede hændelser, der vil kunne forebygges og undgås, svarende til 6800 CAD per patient (svarende til 31.400 DKR) eller 2,75 mia. CAD (svarende til ca. 12,7 mia. DKR) per år i sundhedsomkostninger. Rapporten peger på, at flytning af sundhedsydelse fra fx sygehus til hjemmet sammen med et stigende antal ældre med mange og komplekse diagnoser dels vil få antallet af forebyggelige utilsigtede hændelser til at stige, dels vil ændre de organisatoriske forudsætninger for at forebygge de utilsigtede hændelser.

Et dansk studie fra 2001 (11,12) viste, at danske patienters samlede risiko for at pådrage sig mindst en utilsigtet hændelse under heldøgnsindlæggelse på somatiske sygehuse var 5,3 %, samt at fire ud af 10 utilsigtede hændelser er vurderet til at kunne være forebygget under optimale forhold. Studiet fandt desuden, at 9,0% af samtlige somatiske heldøgnsindlæggelser i Danmark helt eller delvist var belastet af følgevirkningerne af utilsigtede hændelser. Et utilsigtet hændelsesforløb gav i gennemsnit dengang anledning til 7,0 ekstra sengedage på sygehus.

Rapporteringsystemet for utilsigtede hændelser med Dansk Patientsikkerhedsdatabase trådte i kraft i 2004 og indtil 2015 var antallet af rapporterede utilsigtede hændelser stigende. I 2016 blev der rapporteret 189.467 utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerhedsdatabase, og 172.708 hændelser blev sagsafsluttet, heraf 42.797 fra sygehusene og 116.366 fra det kommunale sundhedsvæsen. Der er tale om et lille fald fra 2015 (13).

OECD (1) peger imidlertid på, at utilsigtede hændelser og patientfejl ofte underrapporteres. For at undersøge, om dette også er tilfældet i Danmark, belyste et dansk studie (14) utilsigtede hændelser - over en tremåneders periode på Århus Universitets Hospital. Studiet sammenligner forekomsten af utilsigtede hændelser, som er indrapporteret til Dansk Patientsikkerhedsdatabase med den faktiske forekomst af utilsigtede hændelser blandt 105 patienter, der fik en ikke-planlagt overflytning til intensiv afdeling eller døde pludseligt under indlæggelsen. Blandt de 105 patienter fandt studiet to dødsfald og otte livstruende utilsigtede hændelser, der ikke var blevet rapporteret til Patientsikkerhedsdatabase. Selvom der er pligt til at rapportere til Dansk Patientsikkerhedsdatabase peger dette studie således på, at det desværre ikke altid sker – heller ikke i Danmark. Både internationalt og i Danmark er der siden 2001 sket forbedringer i patientsikkerheden på mange områder. Men problemerne er langt fra løst. En artikel i tidsskriftet BMJ fra 2016 (15) viser, at der internationalt set stadig er mange patienter, der dør som følge af fejl og utilsigtede hændelser. På baggrund af en litteraturgennemgang omkring forebyggelige dødsfald på hospital vurderer PS! desuden, at der som følge af utilsigtede hændelser på danske sygehuse sker mellem 600 til 1500 dødsfald om året (16).

Et nyere dansk studie (17) baseret på registerdata samt søgning i journaler for akutte patienter (medicinske og kirurgiske) indlagt på et dansk sygehus fandt betydelige meromkostninger for de patienter, der havde været ude for en utilsigtet hændelse sammenlignet med køns-alders- og diagnosetilsvarende kontrolpatienter, der ikke havde været ude for en utilsigtet hændelse, men indlagt på samme sygehus. I gennemsnit kostede patienter med mindst én utilsigtet hændelse i deres oprindelige indlæggelsesforløb 9.505 Euros (2011-priser, ca. 70.000 kr.) mere i sygehusomkostninger end deres kontrolpatienter uden utilsigtede hændelser. Dertil kom meromkostninger i seks måneders perioden efter den oprindelige indlæggelse på 4.968 Euros (ca. 37.000 kr.). Set over en 12 måneders periode kostede patienter med utilsigtede hændelser altså mere end 107.000 kr. end kontrolpatienterne, hvilket svarer til, at patienter, der oplever en utilsigtet hændelse, er dobbelt så omkostningstunge som patienter, der ikke oplever en utilsigtet hændelse.

I de to følgende kapitler undersøges, hvordan danske eksperter vurderer indsatsen til forbedring af patientsikkerheden i Danmark.

## 4 Resultater af spørgeskemaundersøgelsen

I det følgende præsenteres kort resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen ligesom resultaterne sammenlignes med de tilsvarende fra OECD-rapporten (1). Selve spørgeskemaet og øvrige relevante resultater fremgår af bilag 1 og 3 i den selvstændige bilagsfortegnelse. I Kapitel 8 findes en liste over de 41 indsatser, som respondenterne blev bedt om at tage stilling til.

### 4.1 Højeste og laveste effekt- og omkostningsscorer

Tabel 1 viser de henholdsvis fem højeste og laveste gennemsnitsscorer på respondenternes effekt- og omkostningsvurderinger. En samlet oversigt over effekt- og omkostningsscorer for alle 41 inkluderede indsatser fremgår af Bilag 3 i den selvstændige bilagsfortegnelse.

Tabel 1 Højeste og laveste effekt- og omkostningsvurderinger (n=50)<sup>i</sup>

Højeste effektscore	Score	Højeste omkostningsscore	Score
2.7. Organisatorisk niveau (sygehus/kommune) - Forbedringsarbejde i organisationen	4,46	1.8. Nationalt niveau – En national elektronisk sundhedsplatform	4,50
3.1. Klinisk niveau. Indsatser imod utilsigtede hændelser ved medicinering – Medicinafstemning	4,35	1.1. Nationalt niveau - Akkreditering – patientsikkerhedsstandarder	3,69
3.2. Klinisk niveau. Indsatser imod utilsigtede hændelser ved medicinering - Medicingennemgang	4,23	1.6. Nationalt niveau - Økonomiske incitamenter for kvalitet og patientsikkerhed	3,52
2.6. Organisatorisk niveau (sygehus/kommune) - Opbygning af en positiv patientsikkerhedskultur	4,19	2.5. Organisatorisk niveau (sygehus/kommune) – Beslutningsstøttesystemer	3,49
1.7. Nationalt niveau - Patientsikkerhed på grunduddannelserne	4,17	3.4. Klinisk niveau. Indsatser imod utilsigtede hændelser ved medicinering - Intelligente medicinadministrations-systemer	3,41
Laveste effektscore	Score	Laveste omkostningsscore	Score
1.6. Nationalt niveau - Økonomiske incitamenter for kvalitet og patientsikkerhed	2,23	2.11. Organisatorisk niveau (sygehus/kommune) – Håndhygiejneindsatser	2,14
1.10. Nationalt niveau - Befolkningsrettede kampanjer med det formål at øge borgernes viden og bevidsthed om patientsikkerhed	2,43	3.9. Klinisk niveau. Perioperativ sikkerhed - Tjeklister i forbindelse med kirurgi og andre procedurer	2,18
1.11 Nationalt niveau - Involvering af brugere/patienter og pårørende på nationalt niveau	3,15	2.12. Organisatorisk niveau (sygehus/kommune) - Rationel brug af antibiotika	2,20

<sup>i</sup> N=50 er det maksimale antal respondenter pga. muligheden for "ved ikke" besvarelse. Indsatserne på nationalt niveau har 0-4 "ved ikke" svar afhængig af indsats, med undtagelse af "involvering af patienter og pårørende" hvor seks personer ikke har vurderet omkostningerne. På organisatorisk niveau er der 0-4 "ved ikke" svar, undtagen for "mobilt akutsystem", hvor ni personer svarer "ved ikke". På klinisk niveau er der 1-12 "ved ikke" svar og flere indsatser med 9-12 "ved ikke" svar.



1.9. Nationalt niveau - Læring af klage- og erstatningssager	3,17	3.17. Klinisk niveau. Andre indsatser - Patientidentifikationssystemer	2,28
2.3. Organisatorisk niveau (sygehus/kommune) – Patientinvolveringsindsats	3,20	3.5. Klinisk niveau. Indsatser imod utilsigtede hændelser ved medicinering - Involvering af patienter i eget forløb	2,31

"Forbedringsarbejde i organisationen", indsatser i arbejdet med "medicinfstemning" og "gennemgang", "opbygning af en positiv patientsikkerhedskultur" og "patientsikkerhed på grunduddannelserne" vurderer respondenterne samlet set som de indsatser, der har **størst effekt** i forhold til at forbedre arbejdet med at forbedre patientsikkerheden.

De indsatser, der vurderes at have den **mindste effekt** er "økonomiske incitamenter for kvalitet og patientsikkerhed", "befolkningsrettede kampagner", "involvering af brugere/patienter og pårørende på nationalt niveau", "læring af klage og erstatningssager" på nationalt niveau, samt "patientinvolveringsindsatser" på det organisatoriske niveau.

I vurderingen af **omkostninger** skiller "en national elektronisk sundhedsplatform" sig ud. Scoren på 4,5 er markant højere end scoren på mellem 3,41- 3,69 for de andre fire indsatser, der vurderes at være mest omkostningstunge, dvs. "patientsikkerhedsstandarder" og "økonomiske incitamenter", der ligeledes er indsatser på nationalt niveau, samt en indsats på henholdsvis organisatorisk niveau: "beslutningsstøttesystemer" og på klinisk niveau: "intelligente medicinadministrationssystemer". Respondenterne vurderer indsatserne "håndhygiejne", "perioperative tjeklister", "rationel brug af antibiotika", "patientidentifikationssystemer" og "patientinvolvering" til at have de **laveste omkostninger**.

Generelt er det således især indsatser på nationalt niveau, der vurderes til at have høje omkostninger og lav effekt, mens indsatser på klinisk niveau vurderes til at have de laveste omkostninger og den største effekt. Indsatser på organisatorisk niveau vurderes såvel til høj som lav effekt/høje som lave omkostninger.

## 4.2 Indsatser med mest favorable effekt/omkostningsratios

Tabel 2 vises de ti indsatser, der har den mest favorable effekt/omkostningsratio. En samlet oversigt over effekt/omkostningsratio for alle 41 inkluderede indsatser fremgår af Bilag 3. Jo højere ratioen er, desto mere omkostningseffektiv vurderes indsatsen at være.

Syv ud af ti indsatser med høj effekt/omkostningsratio er indsatser på klinisk niveau: "Tjeklister", "indsatser mod utilsigtede hændelser ved medicinering – involvering af patienter i eget forløb", "patientsikkerhedspakke til forebyggelse af venøse blodpropper", "patientidentifikationssystemer", "perioperative medicineringsprotokoller", "forebyggelse af dehydrering", og "tryksårspakken". Desuden ligger to indsatser på det organisatoriske niveau højt i effekt/omkostningsratio, nemlig: "rationel brug af antibiotika" og "håndhygiejneindsatser".

Kun en enkelt indsats på nationalt niveau, "patientsikkerhed på grunduddannelserne" har en høj effekt/omkostningsratio.



Tabel 2 Indsatser med den **mest** favorable effekt/omkostningsratio (n=50<sup>ii</sup>)

Indsats	Effekt/omkostningsratio
3.9. Klinisk niveau. Perioperativ sikkerhed - Tjeklister i forbindelse med kirurgi og andre procedurer	1,86
2.12. Organisatorisk niveau (sygehus/kommune) - Rationel brug af antibiotika	1,72
3.5. Klinisk niveau. Indsatser imod utilsigtede hændelser ved medicinering - Involvering af patienter i eget forløb	1,67
3.12. Klinisk niveau. Andre indsatser - Patientsikkerhedspakke til forebyggelse af venøse blodpropper	1,66
2.11. Organisatorisk niveau (sygehus/kommune) – Håndhygiejneindsatser	1,63
3.17. Klinisk niveau. Andre indsatser – Patientidentifikationssystemer	1,60
3.11. Klinisk niveau. Perioperativ sikkerhed - Perioperative medicineringsprotokoller	1,58
1.7. Nationalt niveau - Patientsikkerhed på grunduddannelserne	1,57
3.16. Klinisk niveau. Andre indsatser - Forebyggelse af dehydrering	1,55
3.13. Klinisk niveau. Andre indsatser – Tryksårspakken	1,52

Tabel 3 viser en oversigt over de ti indsatser med den laveste effekt/omkostningsratio. Billedet er omvendt i forhold til de højeste ratioer, idet syv ud af ti indsatser er på nationalt niveau ("økonomiske incitamenter", befolkningsrettede kampagner", "akkreditering", en "national elektronisk sundhedsplatform", "læring af klage og erstatningssager", "national rapportering på patientsikkerhedsstandarder" og "nationale lærings- og kvalitetsteams"). På det organisatoriske niveau scorer "beslutningsstøttesystemer" og "opsporings- rapporterings- og overvågningssystemer for infektioner" lavt, og på det kliniske niveau vurderes "intelligente medicinadministrationssystemer" lavt.

Tabel 3 Indsatser med den **mindst** favorable effekt/omkostningsratio (n=50<sup>iii</sup>)

Indsats	Effekt/omkostningsratio
1.6. Nationalt niveau - Økonomiske incitamenter for kvalitet og patientsikkerhed	0,63
1.10. Nationalt niveau - Befolkningsrettede kampagner med det formål at øge borgernes viden og bevidsthed om patientsikkerhed	0,82
1.1. Nationalt niveau - Akkreditering – patientsikkerhedsstandarder	0,87

<sup>ii</sup> N= 50 er det højst mulige antal svar pga. muligheden for "ved- ikke besvarelse" – se fodnote ovenfor

<sup>iii</sup> N=50 er det højst mulige antal respondenter pga. muligheden for "ved ikke" svar", jf. tidligere fodnoter.

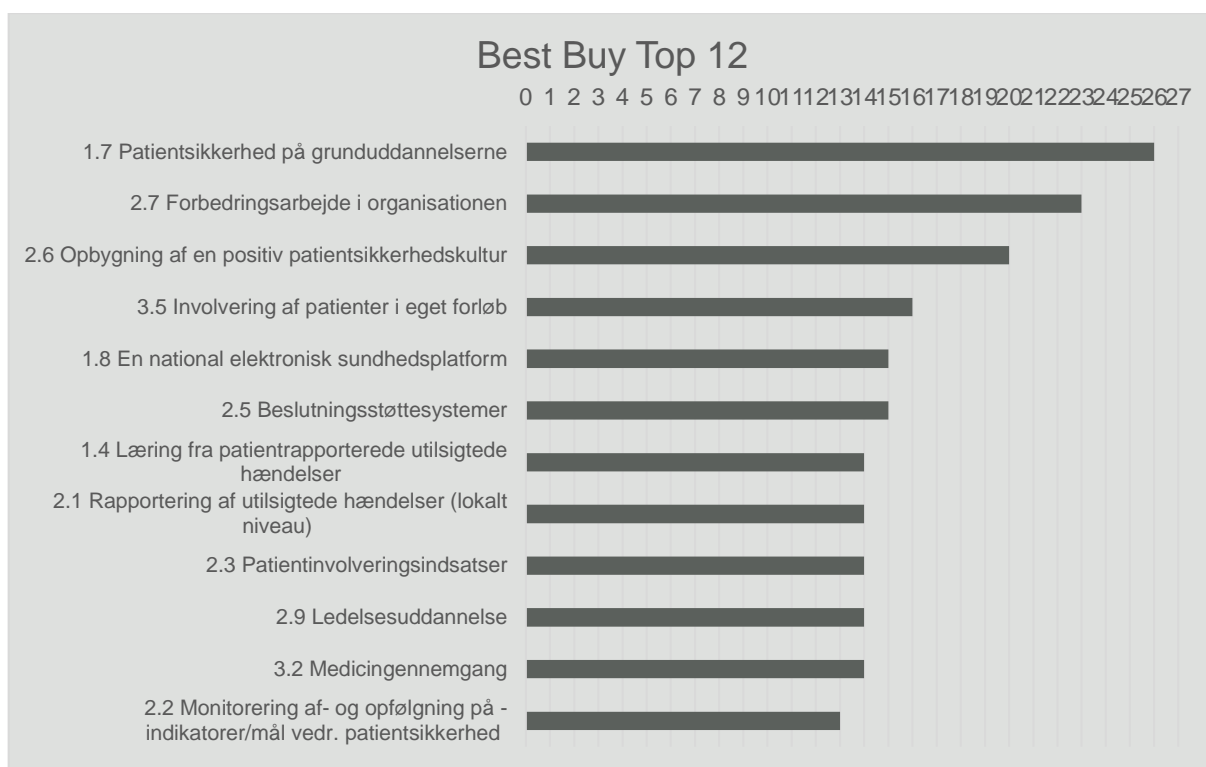
1.8. Nationalt niveau – En national elektronisk sundhedsplatform	0,88
1.9. Nationalt niveau - Læring af klage- og erstatningssager	1,06
1.2. Nationalt niveau - National rapportering på patientsikkerhedsstandarder	1,08
1.5. Nationalt niveau - Nationale lærings- og kvalitets-teams	1,08
2.5. Organisatorisk niveau (sygehus/kommune) – Beslutningsstøttesystemer	1,12
3.4. Klinisk niveau. Indsatser imod utilsigtede hændelser ved medicinering - Intelligente medicinadministrationssystemer	1,13
2.10. Organisatorisk niveau (sygehus/kommune) - Opsporings-, rapporterings- og overvågningssystemer for infektioner, der er opstået i kontakten med hospital eller ifm. pleje/behandling i kommune	1,13

### 4.3 Best Buy indsatser

Respondenterne kunne vælge op til syv indsatser, som de vurderede som mest effektfulde i forhold til omkostningerne i en samlet såkaldt "best-buy" pakke med patientsikkerhedsindsatser.

Figur 1 viser en oversigt over de 12 indsatser, der er valgt flest gange til "best-buy"-pakken. I figuren angives, hvor mange gange den enkelte indsats er valgt af respondenterne.

*Figur 1 Oversigt over hyppigheden af indsatser i respondenternes "best-buy" pakke (top 12) (n=50)*



Det fremgår af figuren, at over halvdelen af respondenterne har valgt "patientsikkerhed på grunduddannelserne" som en indsats, der bør indgå i en "best-buy"-pakke med patientsikkerhedsindsatser. Derudover har mere end en tredjedel valgt "forbedringsarbejde i organisationen" og "opbygning af en positiv patientsikkerhedskultur" til at indgå i deres "best-buy"-pakke. Både "involvering af patienter i eget forløb" og "medicingennemgang" er indsatser på klinisk niveau, der er blandt de 12 hyppigst nævnte indsatser. En række indsatser på organisatorisk niveau "beslutningsstøttesystemer", "rapportering af utilsigtede hændelser lokalt", "patientinvolveringsindsatser", "ledelsesuddannelse" og "monitorering af- og opfølgning på- indikatorer" anses som vigtige i en samlet pakke af indsatser, og endelig er "læring fra patientrapporterede utilsigtede hændelser og "en national elektronisk sundhedsplatform" nævnt som en nationale indsatser, der bør indgå. Det bemærkes, at i vurderingen af effekt/omkostningsratio ved enkeltindsatser scorede "en national elektronisk sundhedsplatform" meget lavt.

Indsatser på klinisk niveau er samlet set blevet valgt 81 gange (24 %), indsats på nationalt niveau er valgt 111 gange (32 %) og indsats på organisatorisk niveau 152 gange (44 %). Denne fordeling skal ses i lyset af, at der var flere indsats på klinisk niveau at vælge fra (17 indsats mod 13 på organisatorisk og 11 på nationalt niveau). Således er det indsats på organisatorisk og nationalt niveau, der dominerer i forhold til indholdet af en "best-buy" pakke.

#### 4.4 Sammenligning med resultaterne fra OECD's rapport

Som det fremgår af afsnittet 2.3.1. om metode er der forskel i, hvilke indsats respondenterne i henholdsvis OECD og vores undersøgelse er blevet bedt om at tage stilling til. Dette skyldes, at denne undersøgelse er

forsøgt tilpasset til danske forhold, mens OECD's undersøgelse er rettet mod respondenter fra flere lande og er dermed mere generisk. Det er især indsatser på nationalt og organisatorisk niveau, der er ændret eller tilføjet i den danske undersøgelse. En sammenligning af resultater mellem de to undersøgelser bør derfor ses i lyset af disse forskelle.

"Opbygning af en positiv patientkultur" er den eneste indsats, som både OECD's og de danske respondenter vurderer at være blandt indsatser med højest effekt på patientsikkerheden. Desuden scorer IT løsninger ("digital technology solutions for safety" og "electronic health record systems"), samt fx 0-fejls lovgivning (der ikke er med i den danske undersøgelse) højt blandt OECD's respondenter. Ligesom IT-løsningerne også er de mest omkostningstunge i OECD's undersøgelse. Med forbehold for nuanceforskelle i oversættelsen fra engelsk til dansk, hvor "pay-for-performance-schemes" er blevet til "økonomiske incitamenter" og "system-level public engagement and health literacy initiatives" er blevet til "involvering af brugere, patienter og pårørende på nationalt niveau" vurderes disse indsatser i begge undersøgelser til at være blandt indsatser med den laveste effekt på patientsikkerheden.

OECD's respondenternes indsatser med de laveste omkostningsrater er alle på klinisk niveau, hvilket svarer til den danske undersøgelse. Det samme billede tegner sig, når effekten sættes i forhold til omkostningerne (effekt/omkostningsratio). Igen er det de kliniske indsatser, der anses for at være favorable i begge undersøgelser. En enkelt indsats på nationalt niveau "patientsikkerhed på grunduddannelsen" har en høj effekt/omkostningsratio i begge undersøgelser.

I den danske undersøgelse var der forskel på, hvilke indsatser der havde høje effekt-/omkostningsscorer og hvilke indsatser, der blev valgt til en samlet pakke af patientsikkerhedsindsatser ("best-buy"), idet indsatser på nationalt og organisatorisk niveau i højere grad blev valgt og de kliniske indsatser nedprioriteret. Det er nogenlunde det samme billede, der ses i OECD-rapporten, hvor indsatser på organisatorisk og nationalt niveau også dominerer "best-buy" pakken med henholdsvis 52 % og 37 %. Klinisk niveau er ikke nævnt så ofte som i den danske undersøgelse med kun 11% af de valgte indsatser, men dette bør ses i lyset af, at der er forskel på, hvor mange indsatser, der i de enkelte undersøgelser har været at vælge fra.

## 5 Resultater fra fokusgruppeinterviewene

I dette kapitel beskrives hovedresultaterne fra de to fokusgruppeinterviews og det efterfølgende telefoninterview. Konkret struktureres beskrivelsen i fem overordnede temaer: "ledelsesfokus", "uddannelse og læring", "tværsektorielt samarbejde", "indsatser omkring medicinering" og "økonomi". Endelig præsenteres nogle pointer fra fokusgruppeinterviewene omkring "indsatser på klinisk versus organisatorisk og nationalt niveau". Citater fra interviewpersoner præsenteres i kursiv.

### 5.1 Ledelsesfokus

Ledelsesfokus vurderes af interviewpersonerne som helt centralt i forhold til muligheden for at opnå forbedringer i patientsikkerheden i Danmark.

Som situationen er nu, har læger fx ikke et karrieremæssigt incitament til at arbejde med patientsikkerhed, og det manglende incitament er der stadig, når de bliver ledere i sundhedsvæsenet, hvor patientsikkerhedsarbejdet ikke får tilstrækkeligt ledelsesfokus.

Ligeledes beretter interviewpersonerne, at kvalitetsarbejde- og uddannelse i høj grad har været forbeholdt de særligt dedikerede og indviede. Der tales ligefrem om, at det er "*en fætter og kusinefest*". Dette bør ifølge interviewpersonerne ændres, så alle de fagpersoner, der er tæt på patienterne, også er de fagpersoner, der arbejder med kvalitet og har uddannelse i patientsikkerhed.

*"Det er jo de, der ser hændelserne der skal arbejde videre med dem – så derfor - ind på de rette borde"*.

Interviewpersonerne påpeger desuden at

*"Det er ikke nok fx at ansætte en kvalitetskonsulent eller have en kvalitetsafdeling på et sygehus og tro, at nu er det problem løst"*.

En kvalitetsmedarbejder eller kvalitetsafdeling, der skal følge op på og rådgive omkring patientsikkerhed på sygehuset kan ikke i sig selv opnå forbedringer. Dette er specielt svært, hvis det personale, den/de skal samarbejde med, ikke oplever patientsikkerhedsarbejdet som en vigtig del af det daglige arbejde, men fx ser det som en unødigt tidsrøver. De medarbejdere, der rent faktisk engagerer sig og gør en stor indsats for patientsikkerhedsarbejdet, kan omvendt opleve, at deres engagement ikke bliver set, anerkendt af ledelsen og synliggjort i organisationen.

For at indsatserne kan "*komme ind på de rette borde*" til de rette medarbejdere, er der derfor behov for, at patientsikkerhedsindsatserne integreres lokalt i det sundhedsfaglige arbejde, og at medarbejderne har reel mulighed for et tæt samarbejde om patientsikkerhed på tværs af sygehusafdelingerne. Denne integration af kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet -og dette samarbejde i og på tværs af afdelingerne faciliteres bedst af ledelsen:

*"Det er en forudsætning for forandringsarbejde og arbejdet med forbedring af patientsikkerheden, at ledelsen på alle organisatoriske niveauer engagerer sig og viser retning"*.

Ledelsen skal således initiere, vise retning, og italesætte såvel vigtigheden af patientsikkerhedsarbejde, som resultaterne af arbejdet, samt engagere sig i opbygning af en positiv patientsikkerhedskultur med åbenhed, der afhjælper organisatorisk læring. Endelig skal ledelsen sikre, at de nødvendige ressourcemæssige rammer (fx personaletid på afdelingerne) for at arbejde med patientsikkerhed er til rådighed:

*"Dette skal ligge fast på et ledelsesbord – for at det er ledelsesforankret".*

Et andet aspekt, der blev nævnt af interviewpersonerne er, at patientsikkerhedsindsatserne skal *"give mening for de der skal bruge dem"*. Hvis personalet ikke kan se meningen med det, de foretager sig, så er der også en risiko for, at patientsikkerhedsindsatserne ikke bliver tilstrækkeligt implementeret. Dette kan ledelsen også være med til at afhjælpe: Hvis medarbejderne kan se visionen for - og de konkrete mål med - patientsikkerhedsarbejdet i deres organisation og af ledelsen bliver bedt om at være med til at specificere, hvordan visionen opfyldes og målene nås, vil det i højere grad give mening og være motiverende for medarbejderne at deltage i arbejdet. Specifikation af, "hvordan" visionen opfyldes og målene nås, skal så ske i form af konkrete tiltag, der giver mening i forhold til medarbejdernes egen kliniske dagligdag og arbejdet med patienterne. Det samme gælder, hvis resultaterne af såvel små som store indsatser af relevans for patientsikkerheden synliggøres i organisationen. Her er ledelsen også en vigtig faktor i at sikre, at patientsikkerhedsindsatser og resultater kommer ind på dagsordenen og får større plads i den interne og eksterne kommunikation i organisationen.

## 5.2 Uddannelse og læring

Uddannelse i patientsikkerhed og læring i sundhedsorganisationerne er iflg. interviewpersonerne nøgleindsatsområder, hvis patientsikkerheden i det danske sundhedsvæsen for alvor skal forbedres.

### Patientsikkerhed som led i grunduddannelserne

"Patientsikkerhed på grunduddannelserne" vurderes som omkostningseffektivt i spørgeskemaundersøgelsen og er også valgt flest gange af respondenterne som en indsats, der indgår i deres samlede pakke af patientsikkerhedsindsatser ("best-buy").

Interviewpersonerne er enige i, at patientsikkerhed som fag bør være en del af alle de sundhedsfaglige grunduddannelser. Udover at være en forudsætning for at arbejde med patientsikkerhedskultur og læring på organisatorisk og klinisk niveau er uddannelse i patientsikkerhed også en forudsætning for at sikre ensartethed landet over i forhold til kvaliteten i sundhedsydelse:

*"Hvis patientsikkerhed ikke bliver integreret i den faglige identitet, får vi ikke en generisk patientsikkerhed, dvs. der bliver for stor variation i kvaliteten"*

Interviewpersonerne er enige om, at patientsikkerhed skal være *et "kulturbærende element på grunduddannelsen"*, og ikke som det er tilfældet nu, hvor der *"først undervises i emnet i få timer på sidste semester af lægeuddannelsen"*. Endvidere har emnet ikke samme status blandt underviserne som fx forskning, og dermed heller ikke blandt de studerende

*"Det eneste er RCT (randomized controlled trial, red.) og forskning – og ve den læge, der ud over forskningsinteresse også har interesse for kvalitetsudviklingen".*

En måde at give patientsikkerhedsarbejde større legitimitet på, er ifølge interviewpersonerne dels at lade patientsikkerhed indgå som et karriereelement i de sundhedsfaglige uddannelser, dels at gøre arbejdet med patientsikkerhed meritgivende i karriereudviklingen blandt læger. Ligeledes bør man stille krav (og nogle af interviewpersonerne nævner "lovkrav") om, at man for at kunne blive ledende overlæge eller anden leder i sundhedsvæsenet skal have en dokumenteret uddannelse/erfaring med kvalitetsudvikling og patientsikkerhed.

Det foreslås, at læger, sygeplejersker, psykologer med flere på grunduddannelsen bør have et vist omfang af uddannelsesaktiviteter i patientsikkerhed **sammen**. Dette vil fremme den gensidige forståelse, samarbejdet og motivationen blandt de forskellige faggrupper. Det nævnes, at uddannelse i patientsikkerhed ikke kun er vigtig for læger, da andre faggrupper også i høj grad er involveret i – og har indflydelse på patientsikkerheden. Samtidig vil det fremme kommunikationen om patientsikkerhed mellem læger og de øvrige faggrupper, hvis de har en fælles forståelse af emnet, og i hvilke roller – og ansvar de forskellige faggrupper har i forhold til at forbedre patientsikkerheden. Fx nævnes det, at man kunne fortsætte et tiltag, som PS! står for med opbygning af netværk blandt de unge under uddannelse for på den måde at udbrede forståelsen for patientsikkerhedsarbejdet.

### **Åbenhed omkring fejl og mulige fejlkilder**

For at opnå organisatorisk læring omkring patientsikkerhed, som i spørgeskemaet af mange er angivet som en "best-buy indsats" er det ifølge interviewpersonerne vigtigt, at der er en åbenhed omkring fejl og arbejdsprocesser, der potentielt set kan føre til fejl frem for at for at udpege syndebukke, da fejl er menneskelige og uundgåelige:

*"Der er en grund til at fejlene sker – vi har en almenmenneskelig fejlbarlighed, som vi bærer os med på arbejde.*

*"Mennesket begår fejl. Vi har et unikt system til at indrapportere hændelserne – men det understøtter ikke læring. Vi begrænser rapporteringspligten."*

Hvis fejl og utilsigtede hændelser anses som et organisatorisk eller strukturelt problem i stedet for et spørgsmål om personlig skyld, og bliver bragt frem i lyset og evalueret på organisatorisk niveau, så er muligheden for at opnå organisatorisk læring ifølge interviewpersonerne større.

*"Vi skal have en erkendelse af, at selvom det, der skete for naboen, aldrig er sket for mig, var det ikke, fordi han var en idiot"*

Der peges desuden på, at der er en organisatorisk udfordring i forhold til at videregive viden om mulige patientskader, patientsikkerhed og opnå åbenhed omkring fejl, samtidig med, at der er et konstant og øget mediefokus på utilsigtede hændelser:

*"De unge bliver bange. Det er ikke meningen med sikkerhedskulturen. Hvordan fortæller vi vores medarbejdere, at det er farlige omgivelser uden at de bliver bange. Hvordan får vi den diskussion?"*

Udfordringen består i at informere og italesætte risici for utilsigtede hændelser og patientfejl i det sundhedsfaglige arbejde, og forklare hvor i arbejdsprocesserne, de største risici ligger, uden at det samtidigt virker hæmmende for medarbejdernes udførelse af arbejdet og deres læring fra mulige fejlkilder. Samtidig er der en udfordring i forhold at skærme medarbejderne i forhold til mediernes interesse i patientskader, da medarbejderne kan opleve en angst for at blive hængt ud offentligt.

Det foreslås konkret, at man kunne indføre en årlig (og systematiseret) spørgerunde omkring åbenhed om patientsikkerhed på en sygehusafdeling og i de øvrige sundhedsorganisationer, der har opbakning fra lederne. En sådan spørgerunde vil synliggøre vigtigheden af åbenhed omkring patientsikkerhed, og være et element – blandt mange – i at sætte åbenhed omkring fejl på dagsordenen.



### **Indsatserne skal drives, genopfriskes og læres igen**

Nogle af de inkluderede indsatser i spørgeskemaet er allerede i vid udstrækning implementeret i danske sundhedsorganisationer. Fx vigtige infektionsforebyggelsesindsatser, som "håndhygiejneindsatser" og "kateterpakken på sygehusene" og "vask af borgere i hjemmet (sygeplejen)". Det er imidlertid ikke nok, at indsatserne har været på banen i mange år og "man ikke kan gå på en sygehusgang, uden der står sæbe- og spritautomater over det hele". Der kommer fx konstant nyt personale i sundhedsorganisationerne, der undertiden har en ændret kultur- og uddannelsesmæssig baggrund. Eller efteruddannelses tilbuddet til personalet ændrer sig.

Der gives af interviewpersonerne et konkret eksempel med en prøve blandt kommunalt ansatte social- og sundhedsassistenter i personlig hygiejne. Prøven, "vaskeprøven", var blevet afskaffet som et krav til social- og sundhedsassistenternes uddannelse. Dette blev et problem, da nye, yngre medarbejdere evt. med en anden kulturbaggrund end dansk ikke havde tilstrækkelig erfaring med at hjælpe borgere i hjemmeplejen/hjemmesygeplejen med deres personlige hygiejne, og derfor blev borgerne ikke hjulpet tilstrækkeligt. Dette indebar en risiko for at antallet af utilsigtede hændelser, fx urinvejsinfektioner steg.

Desuden er der tendens til, at personalets tidsforbrug til hygiejneindsatserne falder over tid. Der nævnes et eksempel med kirurgen, der i dag bruger "mindre tid ved håndvasken", end da han i sin tid lærte om, hvordan håndvask skulle foregå. Derfor er den kontinuerlige uddannelsesindsats vigtig:

*"Indsatserne skal drives, genopfriskes og læres igen"*

Ligeledes påpeger nogle af interviewpersonerne, at det ikke er nok med patientsikkerhed på grunduddannelsen, for der sker en *socialisering af medarbejdere*, når de starter i en ny organisation, der fx har en anden kultur, hvor der ikke er åbenhed omkring fejl og mulige kilder og årsager til fejl. Der er derfor behov for, at det løbende sikres, at den enkelte medarbejder og afdelingen har fokus på patientsikkerhed, og at indsatser genopfriskes og læres igen. Dette er endnu et argument for, hvorfor ledelsesengagement er en forudsætning for bedre patientsikkerhed.

### **Patienten som lærende medspiller**

Interviewpersonerne anser også patienten for en vigtig aktør i forhold til at forbedre patientsikkerheden. Hvis patienter fx opnår en større viden om eget forløb, behandlingsmuligheder, risici, og en større anerkendelse af denne viden fra læger og sygeplejerskers side, kan de blive medspillere i forløbet og være med til selv at opsnappe eventuelt fejlkilder og fejl i patientforløbet. Dette kunne fx være ved, at patienten gør sygehuslægen opmærksom på, at den praktiserende læge har udskrevet en bestemt medicin, eller fået gennemført bestemte undersøgelser, som sygehuslægen ikke har journaladgang til at se. Det kan også være ved, at patienten selv søger information fra internettet og fra patientnetværk omkring patientforløb, symptomer og behandling, og kan spørge ind til disse ved hjælp af sin egen viden, når han/hun sidder foran lægen. Der gives i den forbindelse et eksempel med et projekt "Hej Sundhedsvæsen" – *godt du spørger – godt du forbereder dig*, der er et samarbejde mellem PS! og Trygfonden. Projektet samler og deler gode råd, viden, redskaber og inspiration til, hvordan man som patient eller pårørende kan være med til at sikre, at man får den bedst mulige behandling ved kontakten med sundhedsvæsenet (18).

Lægen og sygeplejersken spiller ifølge interviewpersonerne en væsentlig rolle i arbejdet med at inddrage patienterne i beslutninger omkring behandling, idet det er dem, der lægger informationen om valgene frem for

patienten. Det påpeges af interviewpersonerne, at *"det er vigtigt at man hjælper patienterne til at skabe et refleksionsrum"*, så de bliver bedre til at overveje og beslutte omkring deres forløb og behandling. Dette fx ved hjælp af patientrettet information, og systematiske tilgange til de konkrete valg, som patienterne stilles overfor i deres behandling.

En udfordring i forhold til at lade patienten være medspiller eller beslutningstager omkring behandling er dog ifølge interviewpersonerne, at patienter ikke tillægger risici og potentielle behandlingsresultater samme betydning som lægerne:

*"Patienterne vægter ikke altid outcomes på samme måde som deres læger – der er andre ting på spil for dem"*

Der gives konkret et eksempel fra USA med patienter med blærehalskræft, der fravalgte en potentielt set livreddende operation pga. en mulig bivirkning - inkontinens, som de tilsyneladende tillagde større betydning for deres livskvalitet end den mulige gevinst ved operationen:

*"de ville ikke opereres, fordi de var bange for at blive inkontinente".*

For at forstå patienternes behov bedre og fremme muligheden for øget patientinddragelse, og mulighed for mere patientrelevante outcomes bør kommunikation med patienter ifølge interviewpersonerne være en større del af grunduddannelserne.

Desuden skal sundhedspersonalet lære at blive bedre til patientkommunikation gennem evaluering af deres egne erfaringer:

*"Værktøjer til læring af bedre kommunikation skal ind i klinikken".*

For at blive bedre i patientkommunikationen, bør man fx på sygehusafdelingerne have en *"systematisk evaluering af, hvordan lægerne med flere. agerer i deres kommunikation med patienterne"*. Som det er nu, så findes der fx oftest på en sygehusafdeling en uformel og ikke-systematiseret viden om, *"hvem der er gode til at tale med patienterne og hvem der ikke er"*. Den systematiske evaluering kan fx ske ved, at lægen/sygeplejersken ser sig selv på video og på den måde evaluere sin præstation. Interviewpersonerne anfører at systematisk evaluering ved hjælp af fx video, ikke nødvendigvis er billigt og muligvis mere komplekst, end antaget af mange respondenter i spørgeskemaundersøgelsen.

Der afholdes desuden på nogle sygehuse feedbackmøder mellem læger og deres overordnede, hvor formålet er at evaluere på fx patientkommunikationen. Interviewpersonerne påpeger dog, at evalueringen af kommunikationen med patienter er yderst vigtigt, men at den skal ske afbalanceret, således at læger og sygeplejersker har reelle muligheder for at lære af evalueringen og forbedre deres kommunikation.

### 5.3 Tværsektorielt samarbejde

#### Udfordringer for patientsikkerheden i overgangene

Patientovergange og tværsektorielt samarbejde er ikke nævnt i OECD's rapport, men såvel de åbne svar i spørgeskemaundersøgelsen, som fokusgruppeinterviewene peger på, at det er et vigtigt område at sætte ind på, hvis patientsikkerheden i Danmark skal blive bedre. Det fremføres, at

*"Generelt så ligger de store udfordringer i patientovergangene, hvor der er enkle forhold, der kommunikeres og alligevel er der barrierer – det et stort problem, der burde være nemt at løse".*

Der gives flere forklaringer på de kommunikative udfordringer i patientovergangene:

For det første har de enkelte sundhedsfaglige medarbejdere naturligt nok størst fokus på deres egen organisation og de styringsredskaber og incitament, denne organisation er underlagt.

*"Vi tænker generelt meget fragmenteret og er for dårlige til at sætte tingene i system i organisationen og på tværs af organisationer".*

For det andet besværliggøres den ellers så nødvendige kommunikation mellem fagpersoner i de tværgående patientforløb undertiden af manglende relationer og forståelse for hinandens fagligheder, organisatoriske udgangspunkt og informationsbehov i forhold til den sundhedsfaglige opgave.

For det tredje påpeger interviewpersonerne også, at de kommunikationsværktøjer, herunder IT-værktøjer og standarder, der er til rådighed i det tværgående samarbejde ofte opleves som utilstrækkelige,

*"Kommunikation er den bedste beskyttelse mod fejl, men værktøjerne til kommunikationsunderstøttelse er elendige (medcom-standarder)"*

*"Vi har behov for at give information videre, men man kan ikke vedhæfte en fil"*

De standarder, der kommunikerer fra den ene part i det tværgående patientforløb, rummer ofte den information, den anden part skal bruge. Det betyder, at man reelt ofte – trods tilstedeværelsen af IT-værktøjer og standarder - alligevel er nødt til at finde på ad hoc løsninger på informationsbehovet:

*"de data, vi skal levere opad til, er vi gode til, men vi må lave ekstra skemaer mv. for at sikre at patienten får den rigtige dokumentation med på vejen, fx når en borger bliver indlagt".*

*"Oftentimes må man "bypasse systemerne og sende papirerne med posten".*

For det fjerde er der udfordringer i forhold timing og omfang af den information, der skal sendes videre med patienten til næste led i forløbet. Fx nævnes, at der ved de elektroniske overgangsmeddelelser, der følger patienten og sundhedsaftalerne er en udfordring: Beskederne skal skrives og sendes videre til næste led i patientens behandlingsforløb, ligesom sundhedsaftaler, genoptræningsaftaler mv. skal udfyldes, og sendes med videre. Disse skriftlige beskeder og dokumenter er til tider omfattende at udfylde i og med, at patienterne indlægges og udskrives relativt hurtigt – dvs. den enkelte afdeling har en høj patientomsætning - så er der en

risiko for, at de sundhedsfaglige ikke kan nå at udfylde de skriftlige dokumenter for hver enkelt patient ved udskrivelsen.

Problemet er ifølge interviewpersoner, at hvis tilstrækkelig – og tidstro - information vedrørende patienten /borgeren ikke gives med videre i forløbet, så sker fejlene. Der peges konkret på en række indsatser, der kan fremme patientsikkerheden i de tværgående patientforløb. Disse beskrives i det følgende:

### **Aktiv overlevering af patienten**

Interviewpersonerne understreger, at det i forhold til at bedre patientsikkerheden i det tværsektorielle arbejde må være et vigtigt mål, at det næste led i patientforløbet og organisationen kender patientens plan. Hvordan dette mål nås med konkrete tiltag og værktøjer er der forskellige bud på - blandt andet i de åbne svar i spørgeskemaundersøgelsen. Her foreslås fx at anvende forløbskoordinatorer, der har ansvar for at koordinere og sikre udvekslingen af informationer om patienten på tværs af organisationen.

Et andet åbent svar peger på en lidt anden form for overlevering: nemlig *"sikring af næste niveaus aktive involvering i opgaveløsningen"*. Dette betyder, at den enkelte visitator (læge /sygeplejerske) først må videre-sende patienten til næste behandlingssted/niveau, når han/hun har sikret på forsvarlig vis, at næste sundheds-person i behandlingsforløbet er tilstrækkeligt informeret og har påtaget sig det videre ansvar for patienten. Endelig foreslår interviewpersonerne at bedre – og stærkere relationer mellem de individuelle medarbejdere, der skal arbejde sammen om patientforløb på tværs af organisationer, formentlig kan medvirke til et bedre "kendskab til patientens plan", bedre koordinering og dermed mindske risikoen for utilsigtede hændelser i de tværgående forløb:

### **Indsatser til fremme af opbygning af relationer på tværs**

Interviewpersonerne i fokusgruppeinterviewene angiver, at indsatser, der forbedrer muligheden for opbygning af relationer i mellem personalerne, der indgår i de tværgående patientforløb, er yderst vigtige. Dette skyldes, at større forståelse for hinandens organisationers mål og opgaveløsning, de enkelte aktørers individuelle mål, roller og ansvar samt rent menneskelige faktorer, kan øge den gensidige forståelse og opmærksomhed på hinandens behov, roller og ansvar. Samtidig gør det, at man får sat et ansigt og en stemme på den person, der skal overtage patienten, at man oplever et større ansvar over for det næste led i forløbet.

Hvordan relationerne opbygges, er der forskellige bud på. Det bliver fx anført, at en telefonisk kontakt kan give en bedre relation og koordination af patientforløbet, end e-mails, sms og andre elektroniske kommunikations-former

*"fx så er der ikke noget, der slår telefonen".*

Der er i nogle regioner indført tiltag til fremme af relationsopbygning og arbejdet med utilsigtede hændelser på tværs af sektorerne. Et eksempel er fx fælles face-to-face *"klynagemøder"* et par gange om året med det formål at diskutere/analysere utilsigtede hændelser og *"lære hinanden at kende"*.

Et andet eksempel er, at ansatte i kommunal hjemmesygepleje og på sygehuse mødes på "Fælles Skolebænk" om et vigtigt emne af fælles interesse. "Fælles Skolebænk" er et kompetenceudviklingstilbud til sundhedspersonale, der arbejder i kommunerne og almen praksis med tværgående patientforløb. "Fælles Skolebænk" afholdes flere forskellige steder i landet. Eksempelvis samarbejder Sygehus Lillebælt, Fredericia, Kolding,

Middelfart og Vejle kommuner om at tilbyde "Fælles skolebænk" undervisning i fx "IV adgang og parental ernæring" og "forebyggelse af amputationer" (19).

I nogle regioner er størrelsen, fx antallet af praktiserende læger og sygehusematrikler dog en udfordring i forhold til at kunne gennemføre relationsopbyggende indsatser, og derfor er man meget optaget af IT-værktøjer, idet man håber, at de kan hjælpe med at løse problemet.

Imidlertid er relationsopbygning yderst vigtigt, og det angives, at man i store regioner/kommuner, bliver nødt til at nedskalere tiltagene til mindre grupper. Fx både mødes på højt ledelsesniveau og i særdeleshed blandt de personer, der udfører arbejdet. Der peges på, at der i nogle regioner/kommuner holdes "*gruppemøder om indlæggelse/udskrivning*".

Der gives desuden et eksempel med et fælles analyseforum i en kommune med repræsentanter for alle relevante sundhedsprofessionelle (læger, apoteker, mv. dvs. en klynge af professionelle, der samlet tager sig af max. 30.000 borgere). Interviewpersonerne giver udtryk for, at sådanne tiltag på lokalt og tværgående niveau er yderst vigtige:

*"vi skal skabe decentrale kommunikationsfora og platforme, det er her vi skal lægge pengene".*

Endelig foreslås en ordning, hvor sundhedsprofessionelle på sygehuse kan – eller eventuelt forpligtes til at "følge patienten/borgeren hjem", og på den måde erfare, hvilket behov patienten har i hjemmet, og hvilken situation, de eventuelt udskriver patienten til. En sådan ordning vil øge den tværsektorielle forståelse.

## 5.4 Indsatser omkring medicinering

Forkert medicinhandling vurderes af interviewpersonerne som årsagen til 80-90 % af de utilsigtede hændelser, hvorfor der er et stort forbedringspotentiale i forhold til korrekt medicinhandling og medicinafstemning. Patienterne får mange forskellige medicinske præparater og den enkelte patient får ofte flere forskellige præparater samtidig. Desuden skifter rigtigt meget medicin ofte navne, der kommer nye præparater, og behandlingerne bliver mere komplekse. Dette gør det sværere for lægerne at holde sig informeret om alle nye behandlingsmuligheder, bivirkninger, samt om interaktion mellem de medicinske behandlinger.

Samtidig sker der også en stigende fagspecialisering mellem læger, så læger i stigende grad udelukkende er eksperter i behandling indenfor deres eget speciale, og dermed har begrænset viden om medicinsk behandling indenfor andre specialer. Dette indebærer en risiko for, at der overses væsentlige bivirkninger eller interaktioner mellem de lægemidler, den enkelte patient får.

Det fremføres, at lægerne mangler uddannelse i medicinhandling og medicinafstemning, og at de derfor ikke udfører det:

*"Sundhedsplatformen kræver medicinafstemning inden patienten udskrives, og nogle læger fremfører, at de ikke er uddannet til det."*

Det fremføres ligeledes, at der alt for ofte sker medicineringsfejl i patientovergangene, og at der ikke er overblik over, hvilke præparater de enkelte patienter får.

*"der er som regel rod i deres medicin".*

Der efterlyses derfor redskaber og incitamentter til at få lægerne til følge op på den medicinske behandling, de har ordineret. Dette gælder især for de patienter, der er i berøring med flere forskellige sundhedsorganisationer og ofte er i poly-farmakologisk behandling

*"5 % af alle patienter er i polyfarmaci, men intet sted kan vi slå det op. Vi kan lave en 5-årig indsats, hvor vi virkelig kigger på dette område.*

Et andet aspekt af medicin håndtering- og afstemning er, at læger også ifølge interviewpersonerne også har pligt til at sikre, at der bliver fulgt op på de præparater, de udskriver til patienterne

*"har man ordineringsret, har man også seponeringspligt".*

Dette betyder, at ligesom de kan igangsætte medicinsk behandling så må lægerne også sørge for at stoppe de behandlinger, der har for mange generende bivirkninger, der ikke har nogen virkning, eller hvor der er manglende compliance, dvs. patienterne tager ikke deres medicin som foreskrevet. For at lægerne reelt kan sikre at medicineringen i tilstrækkeligt omfang seponeres, kræver det imidlertid blandt andet, at de er uddannet i, hvordan det bedst gøres, eller at de er uddannet i, hvordan de skal følge op på de risici, der er, og evt. samarbejde med fagpersoner, der er eksperter i det. Nogle sygehusafdelinger har fx ansat en farmaceut til at arbejde med medicingennemgang. En sådan indsats kan komplementeres ved at uddanne lægerne i netop medicingennemgang, -håndtering og -afstemning.

## 5.5 Økonomi

"Økonomi" herunder "økonomiske incitamentter" diskuteres på flere forskellige plan i løbet af fokusgruppe-interviewene.

Interviewpersonerne er enige med OECD-rapporten i, at det økonomiske potentiale ved en bedre patientsikkerhed er stort. Dette skyldes, at omkostningerne ved patientskader er omfattende. Dels fører udredning, behandling og rehabilitering af skader til øget ressourceforbrug i såvel det regionale som det kommunale sundhedsvæsen, dels for patienterne og deres pårørende. Samtidigt taber samfundet som helhed på, at skadede patienter fx får nedsat erhvervsevne, slet ikke kan arbejde eller ligefrem dør som følge af en patientskade. Derfor ligger der et stort økonomisk potentiale i at investere i patientsikkerhedsindsatser, der potentielt set kan minimere fejlene.

Interviewpersonerne er også enige med OECD-rapporten i, at når man fremadrettet overvejer omkostningseffektiviteten – eller "business-casen" - ved indsatser til bedring af patientsikkerhed, så bør de potentielle besparelser på behandling, rehabilitering og produktivitetstab som følge af patientskader regnes med og vejes op mod investeringen i patientsikkerhedsindsatserne. Dette såvel i den enkelte organisation, hvor behandling sker, men også på tværs af alle de organisationer, der tager sig af- og skal koordinere patientforløbene på

tværs. Samtidig kunne en synliggørelse af det økonomiske aspekt ved indsatser til bedring af patientsikkerhed, fx de potentielle besparelser ved færre patientskader, også med rette være en del af den førnævnte synliggørelse af resultater af patientsikkerhedsarbejdet på klinisk og organisatorisk niveau.

Studier om omkostningerne ved patientskader og effekten af patientsikkerhedsindsatser fra andre lande kan ikke umiddelbart overføres til danske forhold pga. forskelle i omkostningsstrukturer, organisering, lovgivning, epidemiologi mv. Selvom interviewpersonerne er enige med OECD, at de samfundsøkonomiske omkostninger ved patientskader er omfattende, så kan de ikke give et præcist tal for omkostningerne ved patientskader i Danmark. Det påpeges derfor, at studier af omkostninger ved patientskader og af omkostningseffektivitet ved patientsikkerhedsindsatser i Danmark udføres lokalt og tæt på den kliniske situation:

*"beregningerne skal laves mere klinisknære".*

I OECD-rapporten spørges ind til, om "pay-for-performance schemes", dvs. betaling for opnåelse af konkrete kvalitetsmål ville give en bedre patientsikkerhed. Det er i den danske spørgeskemaundersøgelse blevet til det noget bredere "økonomiske incitamenter". Respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen har formentligt her tænkt på ordninger, hvor sundhedsorganisationer og læger aflønnes for præstation af et bestemt output eller outcome, når de har svaret på spørgsmålet. Såvel "pay-for-performance schemes" i OECD's undersøgelse, som "økonomiske incitamenter" i den danske spørgeskemaundersøgelse anses ikke for at være omkostnings-effektivt som indsats i forhold til at forbedre patientsikkerheden (scorer meget lavt i effekt/omkostningsratio).

Når der spørges ind til, hvorfor økonomiske incitamenter scorer lavt, svarer interviewpersonerne, at anvendelse af økonomiske incitamenter er et meget stærkt styringsredskab, der virker adfærdsendrende på dem, de er rettet i mod:

*"forskning viser, at økonomiske incitamenter virker".*

Imidlertid virker økonomiske incitamenter ifølge interviewpersonerne ofte også utilsigtet, fordi aktiviteten fx søger derhen, hvor belønningen er, og væk fra områder, hvor der ikke er nogen belønning

*"økonomiske incitamenter kan være skævvridende", og "føre til snyd, især hvis man ligger dårligt".*

Nogle af interviewpersonerne peger på, at økonomiske incitamenter fortjener mere opmærksomhed, og skal forstås bredere end "pay-for-performance schemes", der er angivet i OECD-rapporten. Økonomiske incitamenter kan nemlig også være konkrete budgetter eller investeringer, fx i indsatser til bedring af patientsikkerhed. Der nævnes nogle konkrete forslag:

*"fx en pulje – sygehuse kan frikøbe folk til et IV team, der kigger på kateteranlæggelser, det har nedbragt antallet af infektioner. Her blev skabt en lille organisation - nogen som kunne være innovative og sprede budskabet".*

Eller et incitament ved hjælp af konkrete budgetter, der,

*fx "anvendes til at ansætte farmakologer som "gennemgår medicin hos svage patienter og får ryddet op".*



Eller der kan – som det foreslås – gives et honorar til de praktiserende læger for medicingennemgang og dermed et økonomisk incitament til at udføre opgaven.

## 5.6 Indsatser på klinisk versus organisatorisk og nationalt niveau

Når vurderingerne af effekt og omkostninger i spørgeskemaundersøgelsen blev sat i forhold til hinanden i en effekt-omkostningsratio, var syv ud af de ti mest favorable indsatser på det kliniske niveau. Det drejer sig om "perioperativ sikkerhed - tjeklister i forbindelse med kirurgi og andre procedurer", "perioperative medicineringsprotokoller", "involvering af patienter i eget forløb", "patientsikkerhedspakke til forebyggelse af venøse blodpropper", "patientidentifikationssystemer", "forebyggelse af dehydrering" og "Tryksårspakken". Kun to af de ti mest favorable indsatser var på organisatorisk niveau, "rationel brug af antibiotika" og "håndhygiejneindsatser, og kun en indsats var på nationalt niveau ("patientsikkerhed på grunduddannelserne"). Interviewpersonerne forklarer dette med at,

*"Det kliniske niveau er den daglige realitet. Alt andet er i helikopteren. Det adresserer det valg, man træffer, når man står med patienten. Det er de valg, I træffer i det daglige, der afgør, hvad vi kan med de penge vi får".*

Når respondenterne dernæst blev bedt om at vælge de syv indsatser blandt de 41 mulige indsatser i spørgeskemaet, som de mente samlet set ville give mest patientsikkerhed for pengene i en "best-buy"-pakke, sås imidlertid et anderledes billede. Her blev mange indsatser på det organisatoriske niveau nævnt hyppigst ("forbedringsarbejde i organisationen", "patientinvolveringsindsatser på organisationsniveau", "beslutnings-støttesystemer", "rapportering fra utilsigtede hændelser", "ledelsesuddannelse og monitorering" og "opfølgning på indikatorer og mål") sammen med nationale indsatser ("patientsikkerhed på grunduddannelsen", og "investering i en national sundhedsplatform").

At en "national elektronisk sundhedsplatform" scorer meget lavt i vurderingen af effekt og højt i vurderingen af omkostninger, men samtidig er blandt topscorerne i "best-buy"-pakken forklarer interviewpersonerne med, at et scenarie, hvor den information, som alle sundhedspersoner har behov for i deres opgaveløsning er fuldt tilgængelig på landsplan, og kan udveksles til rette tid og med passende indhold på tværs af geografiske, organisatoriske og faglige skel – selvfølgelig er ønskværdigt i teorien. I praksis mener interviewpersonerne dog ikke, at det er realistisk med en landsdækkende elektronisk platform, dels blandt andet pga. fagpersonernes og organisationers forskelle i informationsbehov, dels pga. en implementeringsproces, der bliver for langvarig og for tidskrævende.

Der peges på, at vi i dag i Danmark har fire sundhedsplatforme og et stort problem med at udveksle data. Fx kan man ikke i dag elektronisk udveksle patientjournaler fra et sygehus i én region til et sygehus i en anden region, så ved henvisning af en patient fra et sygehus til behandling på sygehus i en anden region, er der ikke automatisk adgang til information om, hvad der er sket med patienten på det første sygehus. Eller hvis patienten udredes på et sygehus i én region (fordi han/ hun fx er på ferie der), og skal behandles på et sygehus i en anden region (fx hvor han/hun bor), gives der ikke automatisk information om undersøgelser og resultater på det udredende sygehus.



Sygehusafdelingen har ofte heller ikke adgang til journaldata om patienten fra den praktiserende læge, og det giver nogle udfordringer i forhold til at få det fulde billede over patientens forløb. I disse situationer er der øget risiko for, at helt afgørende informationer om patienthistorien, det diagnostiske forløb eller behandlingsforløbet overses, og dermed også en risiko for at der sker fejl og utilsigtede hændelser.

Kun tre indsatser på klinisk niveau ("involvering af patienter i eget forløb", "læring fra patientrapporterede utilsigtede hændelser" og "medicingennemgang") indgår blandt de 12 hyppigst nævnte indsatser, som en del af respondenternes "best-buy"-pakke.

Forklaringen på hvorfor de nationale og organisatoriske indsatser får en langt større plads end de kliniske indsatser i valget af "best-buy"-pakken, er ifølge interviewpersonerne, at når de bliver bedt om at tage stilling overordnet set, så bliver de bedre i stand til at se det brede perspektiv ("helikopterperspektivet") og tænke ud over sin egen kliniske eller organisatoriske hverdag. Dette perspektiv er der netop behov for, hvis der for alvor skal gøres en forskel for patientsikkerheden i Danmark:

*"Vi tænker generelt meget fragmenteret og er for dårlige til at sætte tingene i system i organisationen og på tværs af organisationer. Det er sværere at se meningen med nationale og organisatoriske indsatser og dokumentere deres effekt, men hvis du ikke gør det, får du variation i kvalitet på tværs".*

Interviewpersonerne er således enige med OECD-rapporten i, at der behov for **en flerstrengt indsats** bestående af patientsikkerhedsindsatser på såvel nationalt som organisatorisk og klinisk niveau.

## 6 Diskussion og perspektivering

Formålet med denne rapport er at give et bud på det fremtidige arbejde med patientsikkerhed på klinisk, organisatorisk og nationalt niveau i det danske sundhedsvæsen set i et samfundsøkonomisk perspektiv.

Hvis vi ud fra tankegangen om, at de samfundsøkonomiske omkostninger ved patientskader potentielt set udligner investeringerne i effektive patientsikkerhedsstrategier, hvilke strategier og konkrete indsatser vil så give mest værdi for pengene i en dansk sammenhæng? Konkret har en lang række nøglepersoner i en spørgeskemaundersøgelse og to efterfølgende fokusgruppeinterviews taget stilling til - og diskuteret - hvilke strategier og konkrete indsatser til forbedring af patientsikkerheden i Danmark, der er mest omkostningseffektive.

### 6.1 Mest omkostningseffektive indsatser

Fremgangsmåden og metoden i den danske *spørgeskemaundersøgelse* er hentet fra OECD's spørgeskemaundersøgelse fra 2017 (1). Her i indgår 42 indsatser. I den danske undersøgelse har vi valgt 41 patientsikkerhedsindsatser, der er delvist overlappende med og inspireret af OECD's indsatsbeskrivelser, men tilpasset danske forhold.

I OECD's spørgeskemaundersøgelse bestod respondenterne af "academics" and "policymakers" fra en lang række OECD-lande. I den danske undersøgelse var respondenterne rekrutteret bredt geografisk og organisatorisk set fra hele sundhedsvæsenet med deltagelse af såvel nationale som regionale og kommunale repræsentanter, forskere, samt repræsentanter fra sygehuse og almen praksis. Vi supplerede desuden spørgeskemaundersøgelsen med to fokusgruppeinterviews – et i København og et i Århus – med nøglepersoner indenfor patientsikkerhed i Danmark. Fokusgruppeinterviewpersonerne har kvalificeret resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen og givet bud på en fremtidig omkostningseffektiv strategi for patientsikkerhedsarbejdet i Danmark.

I den danske spørgeskemaundersøgelse blev en række konkrete indsatser på det kliniske niveau vurderet som de mest omkostningseffektive enkeltstående indsatser. Det drejer sig om "perioperativ sikkerhed - tjeklister i forbindelse med kirurgi og andre procedurer", "involvering af patienter i eget forløb", "patientsikkerhedspakke til forebyggelse af venøse blodpropper", "patientidentifikationssystemer", "perioperative medicineringsprotokoller", "forebyggelse af dehydrering" og "Tryksårspakken". Kun to af de ti mest favorable indsatser var på organisatorisk niveau: "Rationel brug af antibiotika" og "håndhygiejneindsatser", og kun en indsats var på nationalt niveau: "Patientsikkerhed på grunduddannelsen".

Når respondenterne derefter imidlertid blev bedt om sætte sig op i helikopterperspektivet og vælge de syv indsatser, der samlet set vil give mest patientsikkerhed for penge i en dansk sammenhæng, pegede de på en kombination af indsatser på nationalt niveau, organisatorisk niveau og klinisk niveau. Dette svarer fuldstændigt til det billede, der sås i OECD's spørgeskemaundersøgelse.

I den danske undersøgelse var de hyppigst nævnte indsatser til en "samlet pakke" af indsatser: "Patientsikkerhed på grunduddannelserne", "forbedringsarbejde i organisationen", "opbygning af en positiv patientsikkerhedskultur", "involvering af patienter i eget forløb", "en national elektronisk sundhedsplatform", "beslutningsstøttesystemer", "læring fra rapporterede utilsigtede hændelser", og "rapportering af utilsigtede hændelser (lokalt)", "ledelsesuddannelse", "medicingennemgang" og "monitorering af- og opfølgning på indikatorer og mål".

OECD (1) peger på baggrund af sin undersøgelse på, at der er behov for en flerstrengt strategi for at forbedre patientsikkerheden. Dels må der investeres i helt basale indsatser og initiativer på systemniveau, fx uddannelse af læger og andet sundhedspersonale, sikkerhedsstandarder og informationsinfrastruktur. Dels er det nødvendigt med et aktivt engagement fra såvel udbydere af sundhedsydelser som fra patienternes side. Desuden er der behov for innovation på klinisk niveau til udvikling og implementering af indsatser, der forbedrer patientsikkerheden. Evnen til innovation i en sundhedsorganisation forstærkes ifølge OECD, hvis der er opbakning til det på nationalt niveau.

## 6.2 Flerstrengt indsats og fem fokusområder

Det bekræftes af de personer, der deltog i *fokusgruppeinterviews*, at flere samtidige indsatser på forskellige organisatoriske niveauer er en forudsætning for en bedre patientsikkerhed også i Danmark. Indsatser rettet mod at informere og uddanne de nationale beslutningstagere og interessenter kan sikre større national opmærksomhed på vigtigheden af at bruge ressourcer på at forebygge utilsigtede hændelser. Yderligere sikre indsatser, der er udstukket fra nationalt hold for at der er mindre variation i kvalitet af sundhedsydelser og arbejdsprocesser på tværs af landet. Indsatser i den enkelte sundhedsorganisationer skal fremme organisatorisk læring af utilsigtede hændelser og integration af patientsikkerhedsarbejdet lokalt. Endelig skal indsatser på klinisk niveau rettes mod de konkrete kliniske områder, fx hygiejneforbedringer og medicinbehandling, hvor der er et stort forbedringspotentiale.

Ledelsesfokus, uddannelse og læring, tværsektorielt samarbejde, indsatser omkring medicinering og økonomi er fem helt centrale fokusområder for det fremtidige arbejde med patientsikkerhed ifølge interviewpersonerne.

### *Ledelsesfokus*

Ledelsesfokus og engagement er en forudsætning for, at patientsikkerhedsindsatsen overhovedet kan lykkes. Ledelsen på alle organisatoriske niveauer har en opgave i, at: initiere og vise retning for arbejdet med patientsikkerhed, implementere og følge op på indsatser, medvirke til at arbejdet med patientsikkerhed bliver mere synligt, bliver italesat i deres organisationer og kommer ind på dagsordenen. Ledelsen sikrer desuden, at de økonomiske og ressourcemæssige rammer og incitamenter for patientsikkerhedsarbejde og -innovation er tilstede. Derfor er der behov for at ledere i det danske sundhedsvæsen i stigende grad gøres bevidste om deres rolle og ansvar i forhold til patientsikkerhed.

OECD (1) skriver, at et øget fokus på organisationskultur, defineret som fælles værdier, underliggende overbevisninger og principper eller uskrevne regler, der understøtter arbejdet med patientsikkerhed er vigtig. Vigtige elementer i en patientsikkerhedskultur er organisatorisk åbenhed, gennemsigtighed, refleksion, læring, ærlighed, respekt, nedbrydning af siloer, og hierarkier og at skyldspacering erstattes af delt ansvar. Ligeledes kan den "forkerte" kultur øge risikoen for fejl. Den "rigtige" organisationskultur skabes ifølge OECD ikke gennem en enkelt indsats, men er produkt af mange initiativer, der tilsammen kan understøtte et miljø, hvor antallet af - og alvorligheden ved - fejl for alvor reduceres. De danske interviewpersoner er enige med OECD i, at for at opbygge den positive patientsikkerhedskultur, der efterlyses i spørgeskemaundersøgelsen, kræves der lederskab og ledelsesengagement - ikke kun i de enkelte sundhedsorganisationer men i hele sundhedsvæsenet.

### *Uddannelse og læring*

Uddannelse i patientsikkerhed på alle sundhedsfaglige grunduddannelser efterlyses af interviewpersonerne. Eventuelt kunne patientsikkerhed blive et meritgivende karriereelement, og dokumenteret uddannelse og erfaring med patientsikkerhedsarbejde kunne være en forudsætning for at blive leder i sundhedsvæsenet. Et netværk af studerende, der blev nævnt under fokusgruppeinterviewene, er fx Studerende for Sikre Patienter. De fandt i en gennemgang af de danske sundhedsuddannelsers studieordninger, at der på en lang række uddannelser ikke eksplicit indgår undervisning i patientsikkerhed (20). Derfor vurderer de, at der er en risiko for, at de nyuddannede i sundhedsvæsenet ikke har en forståelse for, hvordan de kan være med til at bidrage til et sikkert patientforløb. De studerende efterlyser som følge heraf mere uddannelse i patientsikkerhed på grunduddannelserne.

En anden målgruppe, der nævnes i forbindelse med uddannelse i fokusgruppeinterviewene er patienter. Der efterlyses uddannelsesaktiviteter rettet mod patienter, da de er vigtige aktører i forhold til deres egen patientsikkerhed. Ligeledes efterlyses uddannelse i patientsikkerhed rettet mod beslutningstagere på nationalt niveau.

I sundhedsvæsenet er organisatorisk læring af de utilsigtede hændelser en forudsætning for at forbedre patientsikkerheden. Organisatorisk læring opnås ifølge interviewpersonerne bedst, hvis der i organisationerne er en erkendelse af, at fejl er menneskelige, og at det er i åbenhed om utilsigtede hændelser og evaluering af disse, at strategierne til undgåelse af utilsigtede hændelser formes på systematisk vis. Endelig er der behov for, at de mange patientsikkerhedsindsatser, der allerede er implementeret i sundhedsorganisationerne til stadsighed opfriskes og læres igen.

OECD (1) anfører desuden, at det traditionelle fokus på at måle utilsigtede hændelser, og lære af dem, samt forebygge, at de sker igen, er aktiviteter, der bør fortsætte. Dette fokus kan imidlertid med fordel komplementeres af en mere proaktiv tilgang, hvor der også fokuseres på og læres af det, der går godt i sundhedsorganisationerne.

*... "promotes learning from what goes right, from examples of resilience, and from positive deviance or innovative safety-creating behaviours"*

Dette kunne svare til "opbygning af en positiv patientsikkerhedskultur", der af de danske respondenter blev nævnt som en vigtig del af den samlede pakke af indsatser i Danmark.

En uddannelses- samt lærings- og netværksindsats, der er iværksat som led i Det Nationale Kvalitetsprogram er "lærings- og kvalitetsteams". Et lærings- og kvalitetsteam er et nationalt netværk af klinikere og ledere fra relevante afdelinger og enheder, samt en ekspertgruppe, der arbejder med kvalitetsforbedringer med afsæt i kliniske kvalitetsdatabaser på udvalgte områder, pt. det specialiserede palliative område, apopleksi, rationelt brug af antibiotika og hoftenære lårbensbrud. Målet med disse teams er at forbedre såvel den kliniske kvalitet som patient- og pårørende oplevelser (21).

### *Det tværsektorielle samarbejde*

Ifølge OECD kan de fleste årsager til skader på patienter spores tilbage til fejl og mangler i kommunikationen mellem de involverede aktører, som følge af at kritisk og vigtig information ikke er overleveret til de rette aktører (inklusive patienterne selv) på de rigtige tidspunkter. Dette aspekt af patientsikkerhed understøtter de danske interviewpersoner. De peger på, at patientsikkerheden i det tværsektorielle samarbejde kan forbedres, hvis

mulighederne for at videregive korrekt, tidstro og fyldestgørende information om patienten, når han/hun skal videre til næste led i patientforløbet, forbedres. Ligeledes skal forståelsen for, hvilket informationsbehov, der er nødvendigt for næste led, øges. IT-værktøjer har her en rolle, men kan ikke stå alene. Der peges således på, at indsatser, der opbygger de personlige og faglige relationer mellem de personer, der er involveret i forløbene på tværs af organisationer, kan øge mulighederne for forståelsen for, hvilke opgaver og hvilket informationsbehov det næste led i kæden har. Ligeledes kan kommunikationen understøttes af IT værktøjer, men disse ikke kan stå alene. Et eksempel på et relevant IT-værktøj, er "Korrespondancemodulet" i Region Syddanmark, der er udviklet specifikt med henblik på at understøtte kommunikationen mellem sygehuspersonale, plejepersonale og de praktiserende læger i de tværgående patientforløb. Der er i beskrivelsen af modulet defineret en række konkrete situationer, der ligger udover den formaliserede kontakt med henvisninger, epikriser og undersøgelsesvar, og for hvilke korrespondancemodulet kan være med til at sikre information og opfølgning mellem sygehus, almen praksis, kommunernes hjemmepleje og øvrige samarbejdspartner (22).

#### *Indsatser omkring medicinering*

Forkert medicinhåndtering vurderes af interviewpersonerne som årsagen til 80-90 % af de utilsigtede hændelser, hvorfor der er et stort forbedringspotentiale i forhold til korrekt medicinhåndtering og medicinafstemning.

I OECD-rapporten (1) peges der på at medicinfejl traditionelt set anses for at være den hyppigste årsag til patientskader i primærsektoren, hvilket svarer til det billede der gives af de danske interviewpersoner. Det foreslås, at der sættes stort ind på dette område med uddannelse, værktøjer, økonomiske incitament, ansvarsplacering og rollefordeling i hvert enkelt patientforløb.

Fx angives det, at læger i stigende grad også efter deres grunduddannelse bør uddannes i medicinafstemning og håndtering, da der her er et stort forbedringspotentiale. Uddannelse i medicinhåndtering forbedrer lægers mulighed for ikke kun at bruge deres ordinationsret, men også for at sikre at patienter ophøre med medicinsk behandling, der enten ikke virker, har for store bivirkninger eller interagerer med anden medicinsk behandling. Endvidere kan læger i højere grad end i dag samarbejde om korrekt medicinering med andre faggrupper, fx farmaceuter ligesom prioriteringen af området kan øges via målrettet honorering i fx almen praksis. Hvilken løsning, der er mest hensigtsmæssig, afhænger blandt andet af, hvor specialiseret det kliniske område er, og hvordan området i dag er organiseret.

#### *Økonomi*

Hverken i OECD's eller den danske undersøgelse vurderes anvendelse af økonomiske incitament forstået som en betaling for opnåelse af konkrete kvalitetsmål ("pay-for-performance") som en omkostningseffektiv indsats.

Til gengæld vurderes tilstedeværelsen af økonomiske rammer, fx i form af konkrete budgetter og investeringer som nødvendige for at drive patientsikkerhedsarbejdet og for at give mulighed for innovation på området.

Interviewpersonerne er enige med OECD-rapporten i, at de samfundsøkonomiske omkostninger ved patientskader er betydelige, og i at investeringer i patientsikkerhedsindsatser potentielt set nedbringe disse samfundsøkonomiske omkostninger.

En udfordring i forhold til synliggørelsen af omkostningerne for samfundet, og dermed den organisatoriske forståelse for omfanget af omkostninger og for de gevinster, der eventuelt kan realiseres ved en øget patientsikkerhedsindsats, kan imidlertid være, at det ikke altid er den organisation, hvor fejlen sker, der bærer omkostningerne ved at udrede, behandle og rehabiliterer patientskaden. Ej heller er den organisation, der investerer i en indsats til bedre patientsikkerhed altid den organisation, der "høster" gevinsten ved investeringen. Det er derfor vigtigt at få synliggjort omkostningerne ved patientfejl, som de bæres af de enkelte organisationer. Det samme gælder gevinsterne ved at implementere patientsikkerhedsindsatserne. Her skriver OECD, at indsatser, der kan forbedre patientsikkerheden måske belaster budgettet på kort sigt, og derfor er de lokale ledelser ikke så begejstrede for at investere i indsatserne. Det understreger yderligere behovet for synliggørelse af de gevinster der er ved investeringerne – i – og uden for afdelingerne.

En forudsætning for at de omkostningseffektive investeringer i patientsikkerhedsindsatser kan komme til at give det forventede afkast i form af en bedre patientsikkerhed er, at ledelsen engagerer sig. Ledelsen er en vigtig aktør i synliggørelsen af de økonomiske konsekvenser af arbejdet med patientsikkerhedsindsatserne og kan samtidigt tilvejebringe de økonomiske og ressourcemæssige rammer, der er nødvendige for at kunne udføre arbejdet.

Det er også væsentligt at holde sig for øje, at der løbende er ændringer i de udfordringer, der er for kvalitet og patientsikkerhed, og dermed også for økonomien i sundhedsorganisationerne og for samfundet som helhed. Behandling flytter i stigende grad hjem i folks eget hjem, og foregår dermed ikke i institutioner, der er indrettet til sygdomsbehandling og pleje, samtidig med at digitaliseringen betyder nye muligheder, men også nye faldgruber. Dette giver og vil give implikationer for patientsikkerheden, som også den canadiske undersøgelse (10) viser. Samtidig kommer der ny eller dybere viden om patientsikkerheds- og kvalitetsbrister. Fx viser en amerikansk undersøgelse fra når patienter klager og får udbetalt erstatning, er det i 22 % af tilfældene sker med baggrund i diagnosefejl (23). Danske opgørelser over patienterstatninger viser samme billede. Ny international viden, kombineret med danske undersøgelser kan derfor danne udgangspunkt for indsatser, der markant kan øge kvalitet og patientsikkerhed og reducere omkostningerne. Endelig er og bliver medicinrådet et vigtigt fokusområde for patientsikkerhedsarbejdet, og på det område vil ændringer i populationen betyde nye eller ændrede udfordringer. I takt med, at antallet af ældre øges, bliver der også flere personer med multisygdom og med flere samtidige sygdomme stiger anvendelsen af flere samtidige lægemidler og dermed kompleksiteten.

Denne rapport peger på, at der i sær er potentiale i indsatser på systemniveau, hvor forbedringsmetoder implementeres systematisk, hvor uddannelsesniveaue og dermed kompetencerne er på plads, og hvor der er en udbredt, ledelsesdrevet patientsikkerhedskultur.

### 6.3 Afsluttende bemærkninger

De samfundsøkonomiske omkostninger ved patientskader er betydelige, men samtidigt kan indsatser, der er rettet mod forbedring af patientsikkerheden potentielt set mere end udligne disse omkostninger, samtidig med, at kvaliteten af sundhedsydelse forbedres. Derfor er der såvel et samfundsøkonomisk som et kvalitetsmæssigt rationale i at investere i patientsikkerhedsindsatser.

Denne rapport er baseret på en spørgeskemaundersøgelse og to efterfølgende fokusgruppeinterviews om indsatser til forbedring af patientsikkerheden i Danmark. Spørgeskemaundersøgelsen peger på, at følgende enkeltindsatser er de ti mest omkostningseffektive:

På klinisk niveau er det indsatser for "perioperativ sikkerhed" (tjeklister i forbindelse med kirurgi og andre procedurer), "involvering af patienter i eget forløb", "patientsikkerhedspakke til forebyggelse af venøse blodpropper", "patientidentifikationssystemer", "perioperative medicineringsprotokoller", "forebyggelse af dehydrering" og "tryksårspakken". På organisatorisk niveau er det "rationel brug af antibiotika" og "håndhygiejneindsatser", og på nationalt niveau er "patientsikkerhed på grunduddannelsen" blandt de ti mest omkostningseffektive enkeltindsatser.

Rapporten peger desuden på en række indsatser, der som en samlet pakke af indsatser vil give mere patientsikkerhed for pengene i Danmark: det drejer sig om "patientsikkerhed på grunduddannelserne", "forbedringsarbejde i organisationen", "opbygning af en positiv patientsikkerhedskultur", "involvering af patienter i eget forløb", "en national elektronisk sundhedsplatform", "beslutningsstøttesystemer", "læring fra rapporterede utilsigtede hændelser" og "rapportering af utilsigtede hændelser (lokalt)", "ledelsesuddannelse", "medicingennemgang" og "monitorering af- og opfølgning på indikatorer og mål".

En forudsætning for en bedre patientsikkerhed er, at ledelsen på alle organisatoriske niveauer engagerer sig. Dels i opbygningen af en positiv patientsikkerhedskultur med åbenhed, der afhjælper organisatorisk læring, dels skal ledelsen initiere og sikre retning i forhold til implementering og opfølgning på konkrete patientsikkerhedsindsatser.

Grunduddannelse i patientsikkerhed bør være rettet mod alle faggrupper. Der bør ses på meritgivning, og det bør diskuteres, om en uddannelse i patientsikkerhed fx skal være en forudsætning for at blive leder i sundhedsvæsenet.

Selvom mange patientsikkerhedsindsatser allerede er implementeret på klinisk niveau, fx hygiejneindsatser så skal de kontinuerligt drives, genopfriskes og læres igen, når der kommer nye – og andre typer af medarbejdere osv.

Patientfejl sker ofte i det tværsektorielt samarbejde. Kommunikationen omkring patienterne i overgangene mellem sektorer kan bedres ved et samspil mellem bedre IT-værktøjer og mere tidstro data, en øget bevidsthed om, hvordan de forskellige sektorer og faggrupper bruger værktøjerne, og hvad deres informationsbehov er, samt et øget fokus på opbygning af relationer mellem faggrupper på tværs af organisationer.

Forbedringspotentialer i forhold til medicin håndtering og -afstemning er stort, men der mangler værktøjer og uddannelse, aflønning og konkret placering og udmønning af seponeringsansvar.

Når man overvejer omkostningseffektiviteten – eller "business-casen" ved indsatser til bedring af patientsikkerhed, bør de potentielle besparelser på behandling, rehabilitering og produktivitetstab som følge af patientskader regnes med og vejes op mod investeringen i patientsikkerhedsindsatserne. Dette såvel på kort, som på længere sigt. Dette såvel i den enkelte organisation, hvor behandling sker, men også på tværs af alle de organisationer, der tager sig af- og skal koordinere patientforløbene på tværs.

Det er i den forbindelse vigtigt at synliggøre omkostningseffektiviteten ved indsatserne for beslutningstagerne samt for de, der skal implementere indsatserne. Dette vil støtte skabelsen af et økonomisk og ressourcemæssigt frirum for at få en bedre kvalitet i sundhedsvæsenet, og vil samtidig hjælpe de sundhedsfaglige medarbejdere med at se resultatet af deres arbejde med patientsikkerhed, og dermed opnå større motivation for arbejdet.



## 7 Referencer

- (1) Slawomirski L, Auræen A, Klazinga N. The Economics of Patient Safety - strengthening a value-based approach to reducing patient harm at a national level. : OECD; 2017.
- (2) The National Academies of Sciences, Engineering, Medicine. To Err is Human: Building A Safer Health System. Australia; 1999.
- (3) The National Academies of Sciences, Engineering, Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Australia: The National Academies of Sciences, Engineering, Medicine; 2001.
- (4) Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Et kvalitetsprogram Fra Patientsikkert Sygehus til forbedringsarbejde på sundhedsområdet . København; 2015.
- (5) patientsikkerhed.dk. Projekt "I sikre hænder". 2017; Available at: <http://www.isikrehaender.dk/om-projektet/>. Accessed 03/12, 2018.
- (6) Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Projekt "Sikker psykiatri". 2017; Available at: <https://patientsikkerhed.dk/projekter/sikkersammenhaeng/>. Accessed 03/12, 2018.
- (7) Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Projekt "sikker sammenhæng". 2017; Available at: <https://patientsikkerhed.dk/projekter/sikkersammenhaeng/>. Accessed 03/12, 2018.
- (8) Hollnagel E, Wears RLB, J. From Safety I - to Safety II: A White Paper. The Resilient Health Net. Denmark, USA, Australia (simultaneous publication): University of Southern Denmark, University of Florida USA, Macquarie University Australia; 2015.
- (9) Kvale S, Brinkmand S. Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3. udgave ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2015.
- (10) RiskAnalytica. The Case for Investing in Patient Safety in Canada. Canada: RiskAnalytica; 2017.
- (11) Schiøler T. Utilsigtede hændelser på sygehusene. Pilotundersøgelse udført i et samarbejde mellem Hovedstadens Sygehusfællesskab Sønderjyllands Amt Viborg Amt Århus Amt Sundhedsministeriet og DSI Institut for Sundhedsvæsen. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2001.
- (12) Schiøler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A. Forekomst af utilsigtede hændelser på sygehusene. Ugeskrift for Læger 2001;163(39):5370-5378.
- (13) Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Årsberetning for Dansk Patientsikkerhedsdatabase 2016. 1st ed. København: Styrelse for Patientsikkerhed; 2017.



- (14) Tchijevitch OA, Nielsen LP, Lisby M. Life-threatening and Fatal Adverse Drug Events in a Danish University Hospital. *Journal of Patient Safety* 2017;E-pub ahead of publication(27 Jul).
- (15) Makary MA, Daniel M. Medical error - the third leading cause of death in the US. *British Medical Journal* 2016;353(2139).
- (16) Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Forebyggelige dødsfald under hospitalsindlæggelse. København; 2015.
- (17) Kjellberg J, Wolf RT, Kruse M, Nielsen KJ, Rasmussen K. Cost associated with adverse events among acute patients. *BMD Health Services Research* 2017;17(651).
- (18) Trygfonden. Beskrivelse af projekt "Hej Sundhedsvæsen" – godt du spørger – godt du spørger – godt du forbereder dig". 2018; . Accessed 03/12, 2018.
- (19) Sygehus Lillebælt RS. Fælles Skolebænk 2018. 2018; Available at: <http://www.sygehuslillebaelt.dk/wm486717>. Accessed 03/27, 2018.
- (20) Studerende for Sikre Patienter. Patientsikker uddannelse. 1st ed. København: Dansk Selskab for Patientsikkerhed; 2015.
- (21) Danske Regioner. Det Nationale Kvalitetsprogram. 2018; Available at: [www.regioner.dk/sundhed/kvalitet-og-styring/det](http://www.regioner.dk/sundhed/kvalitet-og-styring/det) Nationale Kvalitetsprogram. Accessed 03/22, 2018.
- (22) Region Syddanmark P. Elektronisk korrespondance. 2013; Available at: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/syddanmark/almen-praksis/it/elektronisk-kommunikation-tvaersektoriel/laegepraksis/aftaler-elektronisk-kommunikation/elektronisk-korrespondance/>. Accessed 03/26, 2018.
- (23) Gupta A, Snyder A, Kachalia A, Flanders S, Saint S, Chopra V. Malpractice claims related to diagnostic errors in the hospital. *BMJ Quality & Safety* 2017.

## 8 Oversigt over inkluderede indsatser

### Indsatser på nationalt niveau

- 1.1 Akkreditering – patientsikkerhedsstandarder
- 1.2 National rapportering på patientsikkerhedsstandarder
- 1.3 Obligatorisk rapportering af utilsigtede hændelser (nationalt niveau)
- 1.4 Læring fra patientrapporterede utilsigtede hændelser
- 1.5 Nationale lærings- og kvalitets-team
- 1.6 Økonomiske incitamenter for kvalitet og patientsikkerhed
- 1.7 Patientsikkerhed på grunduddannelserne
- 1.8 En national elektronisk sundhedsplatform
- 1.9 Læring af klage- og erstatningssager
- 1.10 Befolkningsrettede kampagner med det formål at øge borgernes viden og bevidsthed om patient-sikkerhed
- 1.11 Involvering af brugere/patienter og pårørende på nationalt niveau

### Indsatser på organisatorisk niveau

- 2.1 Rapportering af utilsigtede hændelser (lokalt niveau)
- 2.2 Monitorering af- og opfølgning på -indikatorer/mål vedr. patientsikkerhed
- 2.3 Patientinvolveringsindsatser
- 2.4 Kommunikation og træning heri
- 2.5 Beslutningsstøttesystemer
- 2.6 Opbygning af en positiv patientsikkerhedskultur
- 2.7 Forbedringsarbejde i organisationen
- 2.8 Opbygge og vedligeholde infrastruktur til arbejde med patientsikkerhed
- 2.9 Ledelsesuddannelse
- 2.10 Opsporings-, rapporterings- og overvågningssystemer for infektioner, der er opstået i kontak-ten med hospital eller ifm. pleje/behandling i kommune
- 2.11 Håndhygiejneindsatser
- 2.12 Rationel brug af antibiotika
- 2.13 Mobilt akutsystem

### Indsatser på klinisk niveau

- 3.1 Medicinafstemning
- 3.2 Medicingennemgang
- 3.3 Systemer til forebyggelse af fejl i forbindelse med mærkning af lægemidler
- 3.4 Intelligente medicinadministrationssystemer
- 3.5 Involvering af patienter i eget forløb
- 3.6 Blærekateterpakken
- 3.7 CVK-pakken
- 3.8 Respiratorpakken
- 3.9 Tjeklister i forbindelse med kirurgi og andre procedurer
- 3.10 Patientsikker indretning af operationsstuer
- 3.11 Perioperative medicineringsprotokoller
- 3.12 Patientsikkerhedspakke til forebyggelse af venøse blodpropper
- 3.13 Tryksårspakken
- 3.14 Faldforebyggelsesindsatser
- 3.15 Forebyggelse af fejlnæring
- 3.16 Forebyggelse af dehydrering
- 3.17 Patientidentifikationssystemer



## **Mere patientsikkerhed for pengene – hvordan?**

Danske eksperter vurderer af, hvilke patientsikkerhedsindsatser, der bedst kan betale sig.  
Inspireret af en OECD-rapport om økonomien i patientsikkerhed.

Udgivet af:

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd  
og Dansk Selskab for Patientsikkerhed  
April 2018