Tanker om et nyt UTH system

Henning Boje Andersen

Professor emeritus (DTU)

IDA Risk og DSKS -Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren

---

Konference om Hændelsesrapportering og Læring, 2.12.2025, Kbh.

Formålet med rapportering har jo **aldrig** været måling - men at styrke læring / forbedring af sikkerhedskultur.

Derimod er måling af sikkerhed relevant og nødvendig.

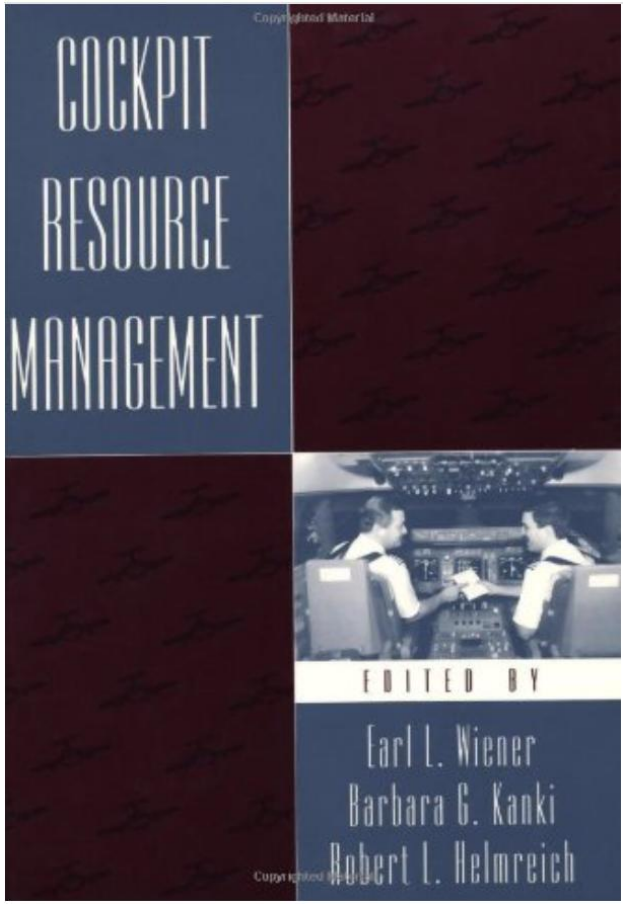
Se fx: Eldridge N, et al. Trends in Adverse Event Rates in Hospitalized Patients, 2010-2019. JAMA. 2022 Jul 12;328(2):173-183.

(Conclusion ” between 2010 and 2019 …. a significant decrease in the rates of adverse events ….acute myocardial infarction, heart failure, pneumonia, and major surgical procedures and there was a significant decrease in the adjusted rates of adverse events between 2012 and 2019 for all other conditions” – based on 244 542 adult patients hospitalized in 3156 US acute care hospitals)

Ureksemplet – den oprindelige og stadig gyldige tilskyndelse bag ethvert centralt incident-rapporteringssystemr

I 1974 bragede **TWA 514** ind i Mt Weather pga misforståelser mellem piloter og flyveleder

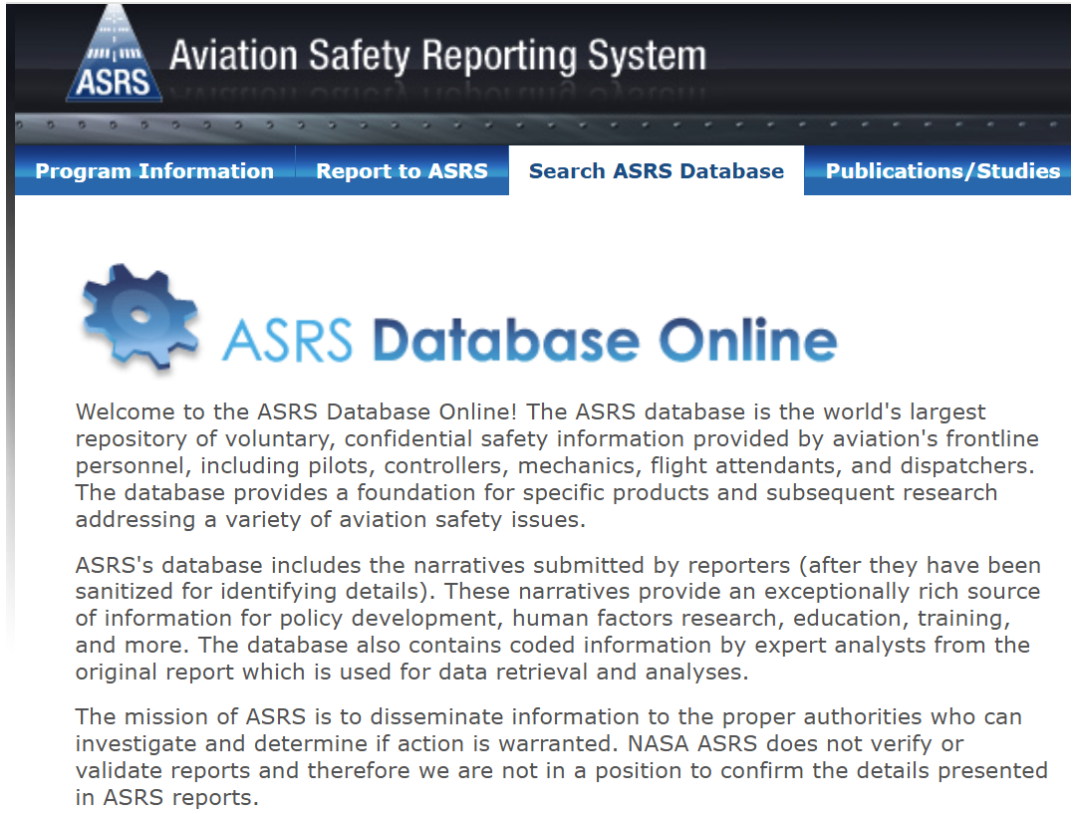
Samme misforståelse, samme sted, samme tårn, indtraf 6 uger tidligere med United Airlines – og piloterne indberettede det til United Airlines **interne sikkerhedssystem –** så selskabets egne piloter kunne tage sig i agt



Cockpit Resource Management (1st Ed) B G. Kanki, RL Helmreich, Earl L. Wiener. 1993

TWA 514 ulykken affødte det første centrale system, nationalt/internationalt og på tværs af selskaber:

NASA's Aviation Safety Reporting System (ASRS)



Værdifulde roller for et centralt system
(i anerkendelse af lokal læring er mest effektivt):

- Enkelt(e) tilfælde
- Mønstre på tværs – hjulpet af AI
- Trusseltrends
- Facilitering / ….

- Enkelt(e) tilfælde (taktisk alert)

  fx utilgængelig ”drift”/”ude af drift” lampe

- Mønstre på tværs (strategisk alert)

  fx gentagne forvekslinger af let-at-forveksle emballering / designfejl/ indkøbspoliti

Anbefalinger udarbejdet for Sundhedsstyrelsen INDEN og til forberedelse af loven om patientsikkerhed blev udarbejdet

RISØ

Risø-R-1369(DA)

Rekommandationer for rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse

Hovedrapport fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse

Niels Hermann, Henning Boje Andersen, Thomas Schiøler, Marlene Dyrløv Madsen, Doris Østergaard

DSI Institut for Sundhedsvæsen
Forskningscenter Risø
Dansk Institut for Medicinsk Simulation

Forskningscenter Risø, Roskilde
September 2002

Abstract

Denne publikation udgør hovedrapporten fra et **projekt udført 2001-02 for Indenrigs- og Sundhedsministeriet** om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse og indeholder anbefalinger for hvorledes et system til rapportering af oglæring fra utilsigtede hændelser på sygehuse kan tilrettelægges. Anbefalingerne er udarbejdet på grundlag af en gennemgang af internationale erfaringer med registreringssystemer, interviews med og en omfattende spørgeskemaundersøgelse blandtsygeplejersker og læger.

Kilde: https://findit.dtu.dk/en/catalog/537f104e74bed2fd2100b2de

Risø-R-1367(DA)

Spørgeskemaundersøgelse af lægers og sygeplejerskers holdninger til rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse

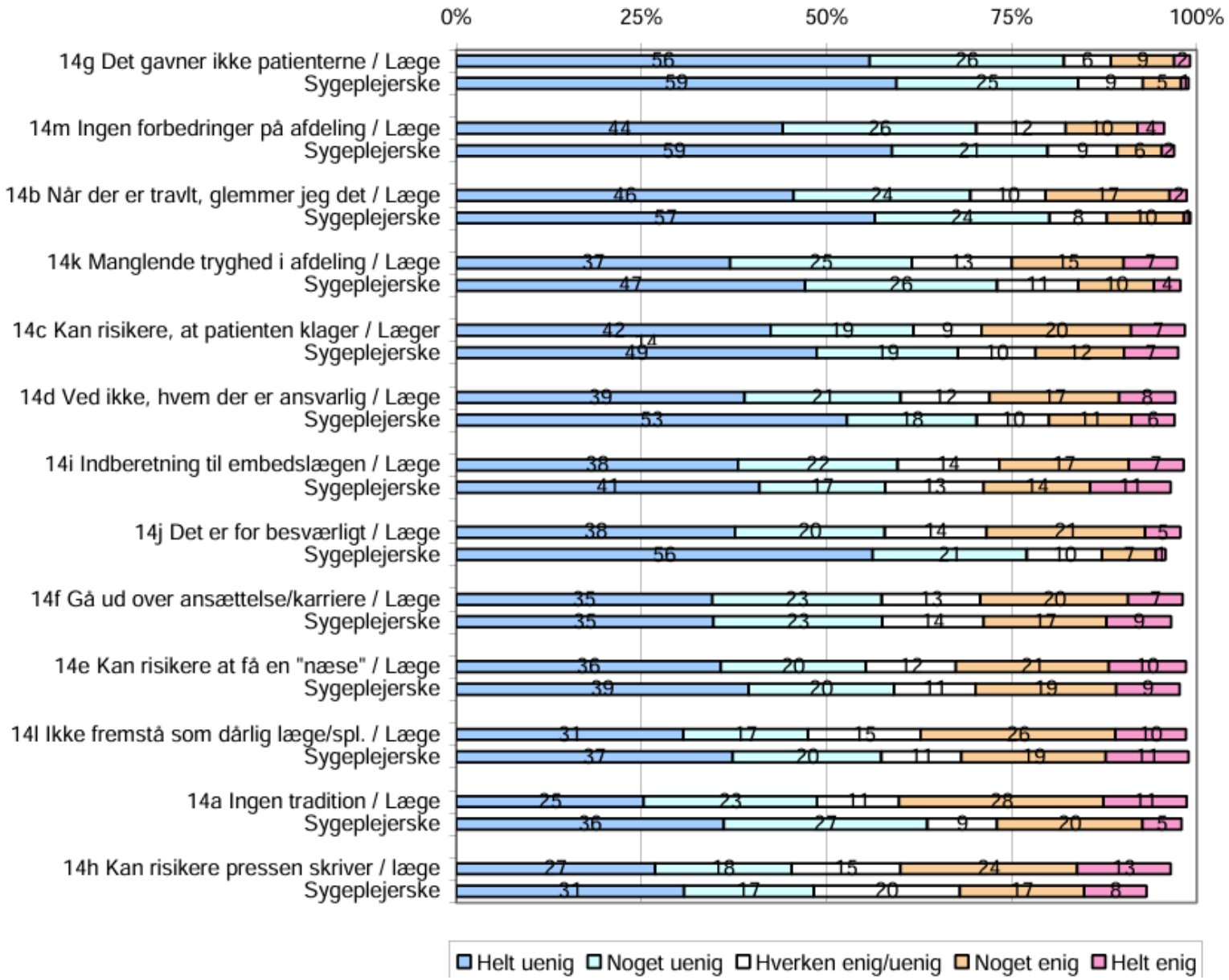
Delrapport II fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse

Marlene Dyrløv Madsen, Henning Boje Andersen, Niels Hermann, Doris Østergaard, Thomas Schiøler

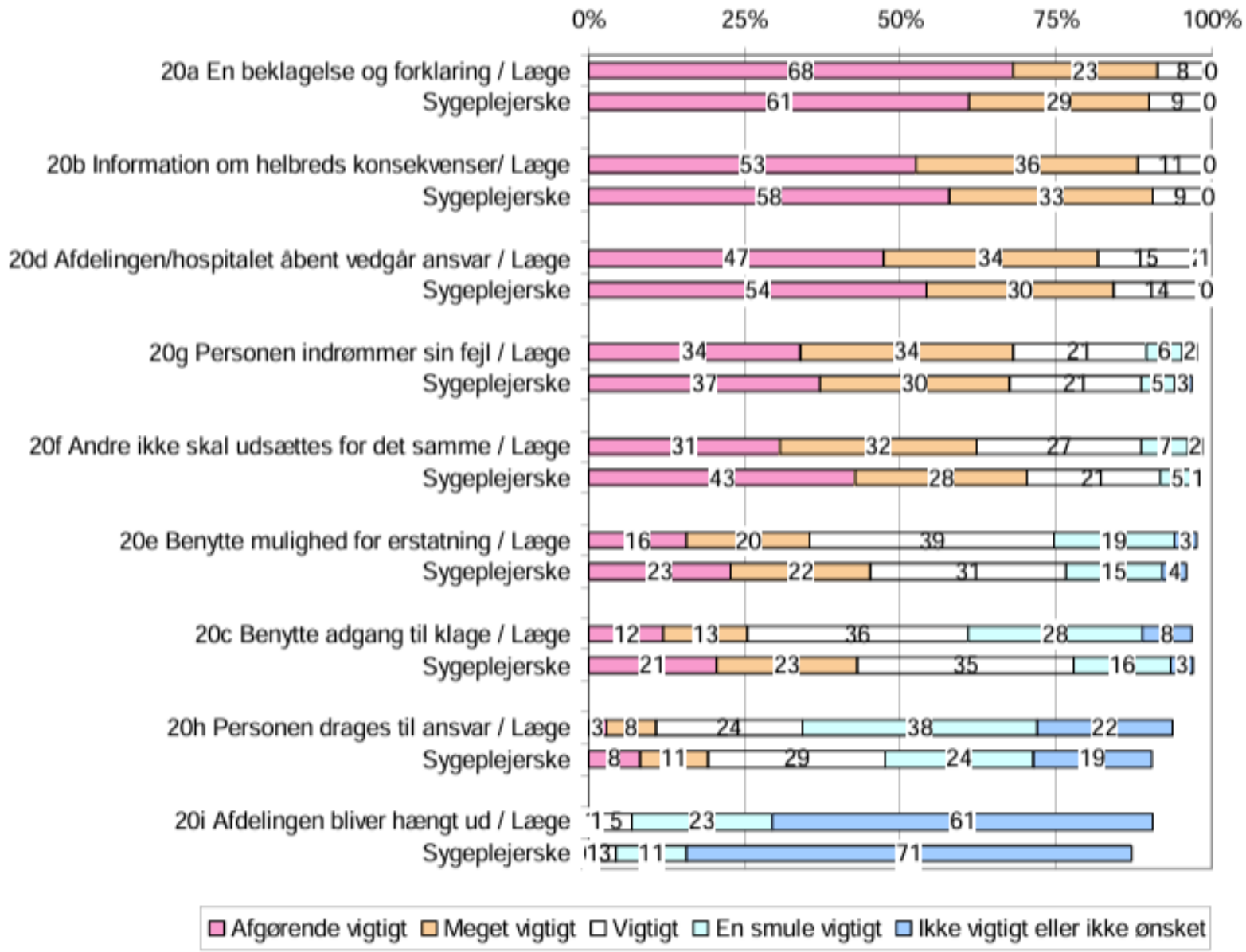
DSI Institut for Sundhedsvæsen
Forskningscenter Risø
Dansk Institut for Medicinsk Simulation

		Antal udsendte	Antal "adres-sat ukendt"	Antal besvarelser modtaget	Svar-Procent	Antal indskannet
Alle 4 amter	**Læger**	1607	70	711	46%	703
	Spl.	2501	19	1320	53%	1305
	Total	4108	89	2031	51%	2008

Spm. 14: Grunde til at holde tilbage med at rapportere eller omtale hændelse



Spm. 20: Hvad ønsker patienten v. utilsigtet skadevoldende hændelse?



Spm. 24: Tanken om at begå en fejl, som kan få alvorlige konsekvenser for en patient...