

**RAPPORT**

2022

FORSKNINGSKARTLEGGING

Internasjonale anbefalinger  
om nasjonale melde- og  
varselordninger for  
uønskede hendelser i  
helsetjenesten

Et systematisk litteratursøk med  
sortering

- Utgitt av** Folkehelseinstituttet  
Område for helsetjenester
- Tittel** Internasjonale anbefalinger om nasjonale melde- og varselordninger for uønskede hendelser i helsetjenesten: et systematisk litteratursøk med sortering
- English title** International recommendations for national patient safety incident reporting systems: a systematic literature search with categorization
- Ansvarlig** Camilla Stoltenberg, direktør
- Forfattere** Elisabet Hafstad, prosjektleder  
Heather Melanie R Ames
- ISBN** 978-82-8406-334-8
- Publikasjonstype** Forskningskartlegging
- Antall sider** 23 (26 inklusiv vedlegg)
- Oppdragsgiver** Helse- og omsorgsdepartementet ved Varselutvalget
- Emneord(MeSH)** Medical Errors; Patient Safety; Mandatory Reporting; Risk Management
- Sitering** Hafstad E, Ames HMR. Internasjonale anbefalinger om nasjonale melde- og varselordninger for uønskede hendelser i helsetjenesten: et systematisk litteratursøk med sortering. [International recommendations for national patient safety incident reporting systems: a systematic literature search with categorization]. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022.

---

# Innhold

<b>INNHold</b>	<b>2</b>
<b>HOVEDBUDSKAP</b>	<b>3</b>
<b>KEY MESSAGES</b>	<b>4</b>
<b>FORORD</b>	<b>5</b>
<b>INNLEDNING</b>	<b>6</b>
Beskrivelse av problemet/tematikken	6
Hvorfor det er viktig å utføre dette litteratursøket	6
Mål og problemstilling	7
<b>METODE</b>	<b>8</b>
Beskrivelse av systematisk litteratursøk med sortering	8
Prosjektplan	9
Forskningsspørsmål	9
Seleksjonskriterier	9
Litteratursøk	10
Utvelgning av litteratur	11
Uthenting og sortering av data	11
<b>RESULTATER</b>	<b>12</b>
Resultater av litteratursøket og utvelgelse av studier	12
Beskrivelse av de inkluderte publikasjonene	13
<b>DISKUSJON</b>	<b>17</b>
Styrker og begrensninger	17
<b>KONKLUSJON</b>	<b>19</b>
<b>REFERANSER</b>	<b>20</b>
<b>VEDLEGG 1: DOKUMENTASJON AV SØK</b>	<b>23</b>
Søk i databaser	23
Supplerende søk på relevante organisasjoners nettsteder	24

# Hovedbudskap

Formålet med nasjonale melde- og varselordninger for uønskede hendelser er å bidra til forbedring av helsetjenesten. Ordningene skal fremme læring og forebygging av at nye hendelser oppstår ved å utrede hendelsesforløp, årsaksfaktorer og årsakssammenhenger og å avdekke behov for korrigerende tiltak. Mange land har etablert slike nasjonale melde- og varselordninger, og de er innrettet på ulike måter. Men hva er egentlig beste praksis?

I dette systematiske litteratursøket med sortering har vi søkt bibliografiske databaser, gjennomgått referanselister og siteringer, og besøkt relevante organisasjoners nettsteder for å kunne gi en enkel oversikt over hva som finnes av internasjonale anbefalinger om hvordan nasjonale melde- og varselordninger bør innrettes.

Vi inkluderte 18 publikasjoner utgitt 2000-2020. I elleve av publikasjonene er anbefalingene utarbeidet med bakgrunn i forhold i et bestemt land (Canada, Danmark, Irland, Norge, Spania, Storbritannia og USA), men antas å ha relevans utover landegrensene. Øvrige syv er adressert til flere land (EU; OECD) eller hele verden.

Det finnes trolig anbefalinger vårt litteratursøk ikke har identifisert. Med publikasjoner fra blant annet organisasjoner som WHO, EU, OECD og anbefalinger med utgangspunkt i systemer som National Reporting and Learning System i Storbritannia etter femten års drift, mener vi likevel at denne oversikten over internasjonale anbefalinger om nasjonale melde- og varselordninger er et godt utgangspunkt for videre arbeid.

**Tittel:**

Internasjonale anbefalinger om nasjonale melde- og varselordninger for uønskede hendelser i helsetjenesten: et systematisk litteratursøk med sortering

**Hvem står bak denne publikasjonen?**

Folkehelseinstituttet, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet ved Varselutvalget

**Når ble litteratursøket avsluttet?**

oktober 2022

# Key messages

The purpose of national patient safety incident reporting systems is to contribute to improving health services. The reporting systems should promote learning and the prevention of new incidents occurring. This is done by investigating what happened, causal factors and causal relationships as well as uncovering the need for corrective measures. Many countries have established national patient safety incident reporting systems. They are structured in different ways. What is best practice?

In this systematic literature search with categorization, we searched bibliographic databases, reviewed reference lists and citations, and visited relevant organizations' websites to provide a simple overview of what international recommendations are available for how national patient safety incident reporting systems should be set up.

We included 18 publications published between 2000 and 2020. In eleven, the recommendations are based on systems in a specific country (Canada, Denmark, Ireland, Norway, Spain, Great Britain and the USA), but are assumed to have relevance beyond national borders. The other seven cover several countries (EU; OECD) or are global.

It is possible that our literature search has not identified all relevant work on the topic. However, with publications from organizations such as the WHO, EU, OECD and recommendations based on long standing systems such as the National Reporting and Learning System in Great Britain, we believe that this overview of international recommendations on national patient safety incident reporting systems is a good starting point for further investigation.

**Title:**  
International recommendations for national patient safety incident reporting systems: a systematic literature search with categorization  
-----

**Publisher:**  
The Norwegian Institute of Public Health conducted the review based on a commission from Ministry of Health and Care Services in Norway by the Expert group on reporting system for severe adverse events in the health and care services  
-----

**Updated:**  
Last search for studies: October 2022  
-----

---

# Forord

Folkehelseinstituttet (FHI) fikk 20.06.2022 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet ved Varselutvalget å utarbeide utføre et systematisk litteratursøk med sortering for å identifisere anbefalinger/retningslinjer for hvordan nasjonale eller regionale melde- og varselordninger for uønskede hendelser i helsetjenesten bør innrettes. Identifiserte anbefalinger er ment å informere Varselutvalgets utredning av varselordningene til henholdsvis Statens helsetilsyn (Helsetilsynet) og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom).

Område for helsetjenester, FHI, følger en felles framgangsmåte i arbeidet med kunnskapsoppsummeringer, dokumentert i håndboka «Slik oppsummerer vi forskning». Det innebærer blant annet at vi kan bruke standardformuleringer når vi beskriver metode, resultater og i diskusjon av funnene.

## **Finansiering**

Helse- og omsorgsdepartementet ved Varselutvalget finansierte oppsummeringen. Oppdragsgiver bidro i prosessen med å tydeliggjøre problemstillingen og seleksjonskriteriene, men hadde ingen rolle i utarbeidelsen av oppsummeringen.

## **Bidragstyttere**

Prosjektleder: Elisabet Hafstad

Takk til kollega Gyri Hval for bistand med fagfelleevaluering av søk, og Line Holtet Evensen og Ingeborg Beate Lidal for sparring underveis.

## **Oppgitte interessekonflikter**

Forfattere og interne bidragstyttere har fylt ut et skjema som kartlegger mulige interessekonflikter. Ingen oppgir interessekonflikter.

Folkehelseinstituttet tar det fulle ansvaret for innholdet i rapporten.

Hege Kornør  
*avdelingsdirektør*

Elisabet Hafstad  
*prosjektleder*

---

# Innledning

Alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal arbeide systematisk for å redusere risiko for pasientskade som følge av tjenesteytelsen eller mangel på ytelse (1). Likevel oppstår uønskede hendelser av varierende alvorlighetsgrad – fra nesten-uhell hvor pasienten kunne ha blitt, men ikke ble skadet, til betydelig pasientskade eller død. Anslagsvis rammer uønskede hendelser én av ti pasienter i norske sykehus (2).

Begrepet "uønsket hendelse" kan peke på en handling/prosess, for eksempel at et legemiddel ble gitt i en annen dose enn foreskrevet, uavhengig av om hendelsen fikk konsekvenser for pasienten, eller fokus kan være på resultatet for pasienten, for eksempel at pasienten trengte intensivbehandling på grunn av doseringsfeilen.

Formålet med melde- og varselordninger for uønskede hendelser er å bidra til forbedring av helsetjenesten ved at færrest mulig uønskede hendelser oppstår og at de som skjer, rapporteres. Ordningene skal bidra til læring og forebygging av nye hendelser ved å utrede hendelsesforløp, årsaksfaktorer og årsakssammenhenger og å avdekke behov for korrigerende tiltak (1).

---

## Beskrivelse av problemet/tematikken

---

Det er etter hvert mange land som har etablert nasjonale melde- og varselordninger for uønskede hendelser i helsetjenesten. Hvordan de ulike systemene er innrettet varierer imidlertid, for eksempel med hensyn til hvilke hendelser som skal rapporteres – bestemte typer hendelser med alvorlig utfall for pasienten eller også nesten-uhell uten pasientskade; om rapporteringen er obligatorisk eller valgfri; om pasienter og pårørende skal kunne varsle og om hendelser som rapporteres kan få konsekvenser for helsepersonell eller virksomhet i form av sanksjoner eller ikke. Hva er egentlig beste praksis på feltet?

---

## Hvorfor det er viktig å utføre dette litteratursøket

---

Anbefalinger fra sentrale, internasjonale aktører på pasientsikkerhetsfeltet om hvordan nasjonale eller regionale melde- og varselordninger bør innrettes, vil være

nyttig når Varselutvalget skal "vurdere hva som bør være varselordningenes formål og bidrag til det samlede systemet for å forebygge, avdekke og avverge uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten, blant annet forholdet til virksomhetenes interne håndtering av alvorlige hendelser" og "eventuelt legge fram konkrete forslag til tiltak for å forbedre varselsordningene, samt utarbeide forslag til eventuelle endringer i organisering, roller, ansvar og regelverk" (1).

---

## **Mål og problemstilling**

---

Hensikten med dette notatet er å identifisere, samle og kort presentere anbefalinger for hvordan nasjonale eller regionale melde- og varselordninger for uønskede hendelser i helsetjenesten kan og bør innrettes.



---

# Metode

Vi utførte et systematisk litteratursøk med sortering over anbefalinger/retningslinjer for innretning av nasjonale eller regionale melde- og varselordninger for uønskede hendelser i helsetjenesten. Oppsummeringen er et uavhengig arbeid utført av ansatte ved FHI, område for helsetjenester.

For å sikre at oppsummeringen tilfredsstilte oppdragsgivers kunnskapsbehov, konsulterte vi oppdragsgiver og fremtidig bruker av oppsummeringen før oppstart av arbeidet.

---

## Beskrivelse av systematisk litteratursøk med sortering

---

Et systematisk litteratursøk med sortering er en type kunnskapsoppsummering over hva som finnes av litteratur på et spesifikt spørsmål. Prosessen innebærer å identifisere forskningsspørsmålet, bestemme inklusjons- og eksklusjonskriterier, søke etter (identifisere) litteratur, velge ut publikasjoner, hente ut data, sortere og lage liste over de publikasjonene som møter inklusjonskriteriene. Resultatet av en slik oppsummering er dermed en enkel beskrivelse der publikasjonene er sortert i kategorier og presentert i lister. Oppsummeringen er utarbeidet på en vitenskapelig, systematisk og transparent måte, slik at andre kan etterprøve våre funn.

I tillegg til å gi en pålitelig oversikt over hvilke publikasjoner som finnes om forskningsspørsmålet, er resultatet av et litteratursøk med sortering egnet til å avgjøre eventuell videre utredning av problemstillingen. En ytterligere fordel er at oppsummeringen kan utføres og leveres i løpet av relativt kort tid. For nettopp å kunne balansere ønsket om å følge strenge forskningsmetodiske krav med behovet for leveranse til rett tid, er imidlertid en begrensning ved et systematiske litteratursøk med sortering at de inkluderte publikasjonene vanligvis hverken leses i fulltekst eller kvalitetsvurderes. Leveransen inkluderer heller ikke analyser eller synteser av resultater, eller vurdering av tillit til den samlede dokumentasjonen, slik en systematisk oversikt gjør. I dette prosjektet måtte vi innhente fulltekst av enkelte publikasjoner som omhandlet et bredere tema innenfor pasientsikkerhet enn vårt forskningsspørsmål, for å kunne avgjøre om relevante anbefalinger kunne utgjøre en del av innholdet. Artikkene og rapportene er imidlertid ikke lest i sin helhet. Det framgår hvilke av de inkluderte publikasjonene vi ikke har sett på i fulltekst.

Et systematisk litteratursøk med sortering er ikke egnet til å gi klart svar på for eksempel spørsmål om effekt av et tiltak eller erfaringer med et tiltak, men gir i stedet

et overblikk over forskningen som finnes. Diskusjon av resultatene og implikasjoner for praksis er følgelig begrenset i et systematisk litteratursøk med sortering.

Trinnene i oppsummeringen er beskrevet i større detalj nedenfor. For ytterligere detaljer om våre metoder og arbeidsform henviser vi til vår metodebok «Slik oppsummerer vi forskning» som finnes på FHIs nettsider (3).

Vi utarbeidet oppsummeringen i følgende trinn:

1. Definere forskningsspørsmålet/problemstillingen
2. Utvikle og tilpasse seleksjonskriterier for litteratur som belyser spørsmålet
3. Utvikle og tilpasse tilnærmingen til litteratursøk; søke etter litteratur
4. Velge ut litteratur i henhold til seleksjonskriterier
5. Hente ut data fra inkluderte studier/publikasjoner
6. Sortere inkluderte studier/publikasjoner og lage lister

---

## Prosjektplan

---

I stedet for fullstendig prosjektplan, som ikke er vanlig for FHIs leveranser av typen systematisk litteratursøk med sortering, fikk oppdragsgiver tilsendt en delvis utfylt versjon av rapportmalen til gjennomsyn og innspill. Dokumentet skisserte delprosessene i prosjektet som om de var utført, selv om arbeidet ikke var påbegynt. "Prosjektplanversjonen" av dette første rapportutkastet er ikke publisert, men tilgjengelig fra førsteforfatter.

---

## Forskningsspørsmål

---

Hva finnes av anbefalinger fra internasjonalt anerkjente aktører om hvordan nasjonale eller regionale melde- og varselordninger for uønskede hendelser i helsetjenesten bør innrettes?

---

## Seleksjonskriterier

---

### Inklusjonskriterier

<b>Dokumenttype</b>	Ingen begrensninger
<b>Tema</b>	Anbefalinger om innretning av melde- og varselordninger for uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten
<b>Publikasjonsår</b>	Ingen avgrensning på publikasjonsår
<b>Land/Kontekst</b>	Ingen geografisk avgrensning
<b>Språk</b>	Ingen avgrensning på språk (publikasjonen må ha sammendrag på engelsk eller skandinavisk språk)

### Eksklusjonskriterier

Vi ekskluderte publikasjoner

- som omhandlet melde- og varselordninger for spesifikke hendelsestyper eller pasientutfall, for eksempel feil knyttet til administrasjon av legemidler eller helsetjenesteassosierte infeksjoner,
- om fagdisiplins spesifikke ordninger, for eksempel anestesi
- om melde- og varslingsordninger på klinikk- eller virksomhetsnivå, dvs. internkontrollsystemer.

---

## Litteratursøk

---

Prosjektleder og bibliotekar (EH) planla, utførte og dokumenterte litteratursøk for prosjektet. Oppdragsgiver var særlig opptatt av anbefalinger fra "anerkjente internasjonale aktører" på feltet, og vi søkte derfor direkte blant publikasjoner på følgende organisasjoners respektive nettsteder:

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (via MEDLINE)
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC)
- Canadian Patient Safety Institute
- EU Health
- European Network for Safer Healthcare
- Healthcare Improvement Scotland
- HSE National Quality Improvement Team (Irland)
- Institute for Healthcare Improvement (IHI)
- International Society for Quality in Health Care (ISQua)
- National Academy of Medicine (tidl. Institute of Medicine; søkt via MEDLINE og Bielefeld Academic Search Engine)
- National Quality Forum
- NHS England
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD; søkt via Bielefeld Academic Search Engine)
- Styrelsen for patientsikkerhed (DK)
- Sveriges kommuner och regioner
- World Health Organization (WHO; søkt via Bielefeld Academic Search Engine)

Vi søkte også databasene MEDLINE (Ovid) og Scopus (Elsevier) samt Bielefeld Academic Search Engine (Bielefeld University Library; avgrenset til dokumenttypene book, book part og report).

En annen bibliotekar, Gyri Hval, fagfellevurderte søkestrategien før vi kjørte søkene.

I forberedende søkefase fant vi noen relevante publikasjoner vi brukte som utgangspunkt for valg av søketermer og planlegging av videre søk. Blant annet gjennomgikk vi referanselistene i Vist 2014 (4), to publikasjoner fra WHO (5;6) og en fra EU (7) manuelt, og brukte Google Scholar for å finne siteringer. Vi så også på referanser og siteringer for Howell 2017 (8) ved hjelp av verktøyet CitationChaser (9).

I søkestrategiene for databasene brukte vi både relevante tekstord (ord tittel, sammendrag og forfatters nøkkelord) og emneord (aktuelt i MEDLINE og i enkel form, i Bielefeld Academic Search Engine).

I nettstedsøkene filtrerte vi på tema pasientsikkerhet hvor det var mulig, og gjennomgikk titlene på skjerm. Hvor det ikke var mulig å navigere seg frem til de relevante dokumentene, søkte vi på sentrale nøkkelbegrep som for eksempel "incident reporting" og "reporting and learning".

Vi samlet søketreffene i referansehåndteringsverktøyet EndNote (10), og fjernet dubletter før vi lastet opp treffene til screeningverktøyet EPPI-Reviewer (11;12). Dokumentasjon av søkeprosessen finnes i vedlegg 1.

---

## Utvelging av litteratur

---

Prosjektleder (EH) gjorde vurderinger («screening») av titler og sammendrag fra litteratursøket opp mot inklusjonskriteriene. Noen av referansene innhentet vi i fulltekst for å kunne gjøre en bedre vurdering av om de var relevante eller ikke. Usikkerhet om vurderinger av titler/sammendrag og fulltekster løste vi ved å konferere med en annen medarbeider (HMRA) i dette prosjektet; eller en medarbeider (LHE, IBL) fra et parallelt prosjekt om effekt av melde- og varselordninger for uønskede hendelser i helsetjenesten.

Vi brukte maskinlæringsfunksjoner for å hjelpe oss med å vurdere titler og sammendrag mer effektivt. Enkelt sagt betyr maskinlæring at vi tar i bruk algoritmer som gjør at datamaskinen er i stand å lære fra og utvikle sin beslutningsstøtte basert på empiriske data.

I arbeidet med å vurdere titler og sammendrag benyttet vi rangeringsalgoritmen «priority screening» (11;12). Algoritmen lærer opp av avgjørelser om inklusjon og eksklusjon av referanser på tittel- og sammendragsnivå. Referanser algoritmen regner som mer relevante, blir skjøvet frem i «køen». Ved en tydelig utflating av inklusjonskurven i programvaren og deretter screening av drøyt 300 referanser uten å finne en eneste relevant, avbrøt vi screeningen, basert på antakelsen om at de resterende referansene høyst sannsynlig var irrelevante.

---

## Uthenting og sortering av data

---

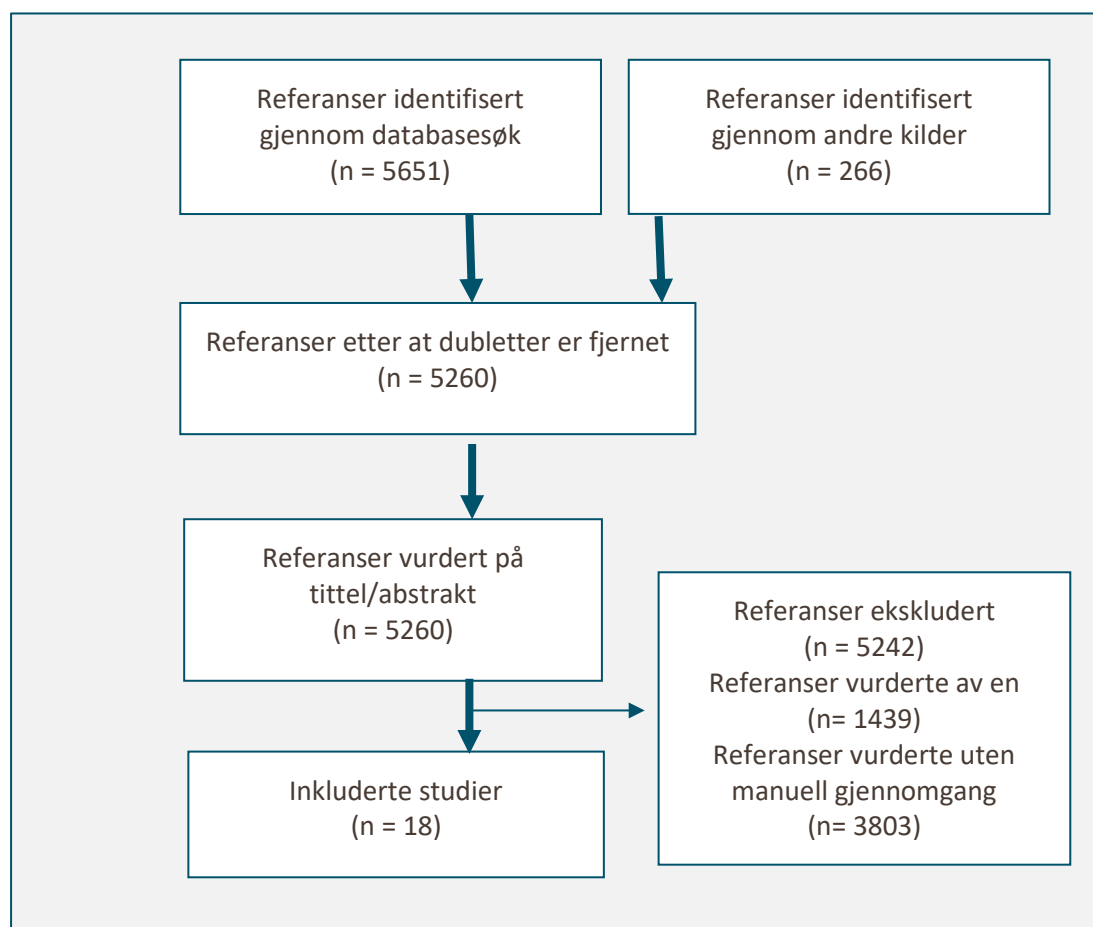
Vi kopierte relevante referanser til Microsoft Excel (13). Én medarbeider (EH) registrerte for hver publikasjon følgende informasjon:

- publikasjonsår,
- geografisk fokus,
- om publikasjonen har metodebeskrivelse
- henvisning til hvor i publikasjonen leseren finner en oversikt over anbefalingene.

# Resultater

## Resultater av litteratursøket og utvelgelse av studier

Databasesøkene ga 5651 treff (figur 1). Vi vurderte også 266 referanser fra supplerende søk i andre kilder. Etter fjerning av dubletter satt vi igjen med 5260 referanser som vi vurderte opp mot inklusjonskriteriene. Av disse ekskluderte vi 1439 referanser som ikke oppfylte inklusjonskriteriene våre basert på én medarbeideres vurdering. Som beskrevet under avsnittet utvelgelse av litteratur, avbrøt vi screeningen når inklusjonskurven var flat og vi vurderte at ingen av de siste 300 referansene var relevant. Det betyr at 3803 referanser bare er "vurdert" uten manuell gjennomgang. Vi inkluderte til slutt 18 publikasjoner (5-8;14-27).



**Figur 1:** Flytdiagram over utvelgelse av studier

---

## Beskrivelse av de inkluderte publikasjonene

---

Alle inngangene til litteraturen, dvs. bibliografiske databaser, søk direkte på organisasjoners nettsteder (avtalt med oppdragsgiver) og gjennomgang av referanselister, identifiserte relevante publikasjoner.

Vi inkluderte 18 publikasjoner - fem tidsskriftsartikler, resten rapporter eller policydokumenter (5-8;14-27). Publikasjonsår spenner fra år 2000 til 2020.

I tabell 1 nedenfor er referansene sortert etter publikasjonsår med de nyeste øverst.

Sist publisert og dermed øverst i tabellen er Verdens helseorganisasjons anbefalinger for melde- og varselordninger for uønskede hendelser. Et utkast ble utarbeidet og publisert i 2005, og de endelige anbefalingene ferdigstilt og utgitt 2020 (5;6). Det finnes også anbefalinger for land i OECD 2019 (14) og EU/EØS 2006 og 2014 (7;21).

Basert på en systematisk litteraturgjennomgang og en konsensusprosess beskriver Klemp og medarbeidere anbefalinger for meldeordninger spesielt for kommunehelsetjenesten (23). Tilsvarende gjennomførte Howell og medarbeidere i 2017 en Delphi-konsensusprosess med eksperter for å gi internasjonale anbefalinger om nasjonale melde- og varselordninger (8).

Anbefalinger i øvrige artikler og rapporter er utformet med tanke på ett land, henholdsvis Canada, Danmark, Irland, Norge, Spania, Storbritannia og USA. De er enten utarbeidet i planleggingsfasen, før etablering av en ordning, for eksempel Storbritannia og Danmark (22;27), eller i forbindelse med evaluering eller videreutvikling av eget system – blant annet Wallace 2009 (Storbritannia) (24), Lippestad 2014 (Norge) (25) og Vallejo-Gutierrez 2014 (Spania) (19).

I noen tilfeller er anbefalingene del av en mer omfattende strategi for pasientsikkerhet, for eksempel kapittel 11 i rapporten fra OECD 2019 "Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies" (14). Det samme gjelder anbefalingene i den nederste rapporten i tabellen, "To Err is Human: Building a Safer Health System", utgitt av Institute of Medicine (USA) i år 2000 (18). Over halvparten, ti av 18 publikasjoner, har sitert sistnevnte, som dermed må antas å ha hatt stor betydning for utviklingen på feltet.

For halvparten av publikasjonene, fremgår det ikke av sammendraget hvilke metoder som er brukt for å utarbeide anbefalingene. Informasjon om hvorvidt forfatterne har beskrevet prosessen med å utforme anbefalingene kan gi en viss indikasjon på metodisk kvalitet, i mangel på formell kvalitetsvurdering som vi ville gjennomført i en systematisk oversikt.

**Tabell 1 Inkluderte publikasjoner**

<b>Internasjonale anbefalinger</b>				
<b>Referanser</b>	<b>Publ.år ↓</b>	<b>Geogr. fokus</b>	<b>Metode- beskr.*</b>	<b>Raskt overblikk</b>
(6) World Health Organization. Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: Technical report and guidance. Geneva: World Health Organization; 2020. Tilgjengelig fra: <a href="https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338">https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338</a>	2020	Globalt		s. 34 ff - 5 Guidance
(14) Wagner C, Kristensen S, Sousa P, Panteli D. Chapter 11 Patient safety culture as a quality strategy I: Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W, red. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. Paris: OECD Publishing; 2019. s. 287-308. Tilgjengelig fra: <a href="https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/improving-healthcare-quality-in-europe_b11a6e8f-en">https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/improving-healthcare-quality-in-europe_b11a6e8f-en</a>	2019	OECD		s. 289 Conclusions for policy-makers s. 298 - Box 11.2 Incident reporting systems and analysis
(8) Howell AM, Burns EM, Hull L, Mayer E, Sevdalis N, Darzi A. International recommendations for national patient safety incident reporting systems: an expert Delphi consensus-building process. <i>BMJ Qual Saf</i> 2017;26(2):150-63. DOI: 10.1136/bmjqs-2015-004456	2017	Globalt	Ja	s. 155 - Table 2 Recommendations for national patient safety incident reporting systems
(23) Klemp K, Zwart D, Hansen J, Hellebek T, Luettel D, Verstappen W, et al. A safety incident reporting system for primary care: A systematic literature review and consensus procedure by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. <i>Eur J Gen Pract</i> 2015;21 Suppl(sup1):39-44. DOI: 10.3109/13814788.2015.1043728	2015	Globalt	Ja	s. 42 - Box 1. Recommendations on the necessary features of an Independent Reporting System for primary care
(7) Reporting and learning subgroup of the European Commission. Key findings and recommendations on Reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe. European Commission; 2014. Tilgjengelig fra: <a href="http://buonepratiche.agenas.it/documents/More/8.pdf">http://buonepratiche.agenas.it/documents/More/8.pdf</a>	2014	EU	Ja	s. 10 - 3. Recommendation on reporting and learning systems
(21) Council of Europe. Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. Tilgjengelig fra: <a href="https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805ae8b5">https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805ae8b5</a>	2006	EU		D.1. Patient-safety incident reporting

(5) World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: From information to action. Geneva: World Health Organization; 2005. Tilgjengelig fra: <a href="https://apps.who.int/iris/handle/10665/69797">https://apps.who.int/iris/handle/10665/69797</a>	2005	Globalt		s. 58 - 8. Recommendations to WHO member states
<b>Nasjonale anbefalinger av mulig internasjonal interesse</b>				
<b>Referanser</b>	<b>Publ.år ↓</b>	<b>Geogr. fokus</b>	<b>Metode-beskr.*</b>	<b>Raskt overblikk</b>
(16) Mayer E, Flott K, Callahan R, Darzi A. National Reporting and Learning System Research and Development. London: Imperial College London; 2016. Tilgjengelig fra: <a href="https://www.imperial.ac.uk/patient-safety-translational-research-centre/publications/reports/">https://www.imperial.ac.uk/patient-safety-translational-research-centre/publications/reports/</a>	2016	Storbritannia		s. 28 - Summary list of recommendations for NHS improvement
(25) Lippestad J, Melby L, Kilskar S, Øren A. Evaluering av meldeordning om uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten: Rapport. Trondheim: SINTEF Trondheim; 2014. SINTEF A26547. Tilgjengelig fra: <a href="https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/2499892">https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/2499892</a>	2014	Norge	Ja	s. 7 - 2 Sammendrag av SINTEFs anbefalinger
(26) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Patientombuddet. Rapport om serviceeftersyn af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelse. København: Sundhedsministeriet; 2014. Tilgjengelig fra: <a href="https://sum.dk/publikationer/2014/juli/rapport-om-serviceeftersyn-af-rapporteringssystemet-for-utilsigtede-haendelse">https://sum.dk/publikationer/2014/juli/rapport-om-serviceeftersyn-af-rapporteringssystemet-for-utilsigtede-haendelse</a>	2014	Danmark		s. 6 - Kapitel 2: Konklusjoner og anbefalinger
(19) Vallejo-Gutierrez P, Baneres-Amella J, Sierra E, Casal J, Agra Y. Lessons learnt from the development of the Patient Safety Incidents Reporting and Learning System for the Spanish National Health System: SiNASP. Rev 2014;29(2):69-77. DOI: 10.1016/j.cali.2013.09.007	2014	Spania	Ja	s. 72 - Table 1 Main requirements and recommendations identified by stakeholders involved in the development of SiNASP
(24) Wallace LM, Spurgeon P, Benn J, Koutantji M, Vincent C. Improving patient safety incident reporting systems by focusing upon feedback - lessons from English and Welsh trusts. Health Serv Manage Res 2009;22(3):129-35. DOI: 10.1258/hsmr.2008.008019	2009	Storbritannia	Ja	Ikke sett i fulltekst
(15) Commission on Patient Safety and Quality Assurance. Building a Culture of Patient Safety: Report of the Commission on Patient Safety and Quality Assurance. Dublin: Department of Health and Children; 2008. Tilgjengelig fra: <a href="https://www.gov.ie/en/publication/5d9570-building-a-culture-of-patient-safety-report-of-the-commission-on-pat/">https://www.gov.ie/en/publication/5d9570-building-a-culture-of-patient-safety-report-of-the-commission-on-pat/</a>	2008	Irland	Ja	s. 32 ff - Recommendations 7.19-36 on Reporting, managing and learning from adverse events



(20) Riley W, Liang BA, Rutherford W, Hamman W. The patient safety and quality improvement act of 2005: Developing an error reporting system to improve patient safety. J Patient Saf 2008;4(1):13-7. DOI: 10.1097/PTS.0b013e31816154b5	2008	USA		s. 14 - Essential features of a national error reporting system
(17) The National Steering Committee on Patient Safety. Building a Safer System: A National Integrated Strategy for Improving Patient Safety in Canadian Health Care. Ottawa, ON National Steering Committee on Patient Safety; 2002. Tilgjengelig fra: <a href="https://era.library.ualberta.ca/items/eda9644a-1f91-4ec9-880a-7b69c651bf0c">https://era.library.ualberta.ca/items/eda9644a-1f91-4ec9-880a-7b69c651bf0c</a>	2002	Canada		s. 15 - 6. Adopt non-punitive reporting policies within a quality improvement framework across the health-care system
(27) Hermann N, Boje Andersen H, Schiøler T, Dyrlov Madsen M, Østergaard D. Rekommandationer for rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse: Hovedrapport fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse. Roskilde: Forskningscenter Risø; 2002. Risø-R-1369(DA). Tilgjengelig fra: <a href="https://core.ac.uk/download/pdf/13786263.pdf">https://core.ac.uk/download/pdf/13786263.pdf</a>	2002	Danmark	Ja	s. 8 – Resume: Samlede rekommandationer
(15) Department of Health. An organisation with a memory: Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer. Norwich: The Stationery Office; 2000. Tilgjengelig fra: <a href="https://qi.eft.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/08/r_02-an-organisation-with-a-memory-l-donaldson.pdf">https://qi.eft.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/08/r_02-an-organisation-with-a-memory-l-donaldson.pdf</a>	2000	Storbritannia		s. 80 - Chapter 5: The need for action: conclusions and recommendations (5.12)
(18) Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington DC: National Academies Press; 2000. Tilgjengelig fra: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/</a>	2000	USA	Ja	s. 87 ff. - Recommendations 5.1 + 5.2

\* "Ja" i kolonnen for metodebeskrivelse hvis metode er nevnt i sammendrag eller eget kapittel. Vi har ikke gjennomgått hele fullteksten.

---

# Diskusjon

Vi søkte bredt og systematisk etter relevante internasjonale aktørers anbefalinger om hvordan nasjonale eller regionale melde- og varselordninger bør innrettes med tre ulike tilnærminger: bibliografiske databaser, gjennomgang av referanselister/siteringssøk og søk på navngitte organisasjoners nettsteder.

Av totalt 5260 referanser inkluderte vi til slutt 18 publikasjoner, alle publisert i perioden 2000-2020. I syv av publikasjonene, er anbefalingene utarbeidet med tanke på flere land, mens øvrige elleve primært er rettet mot evaluering eller videreutvikling av ett bestemt nasjonalt system .

---

## Styrker og begrensninger

---

Det var god overlapp mellom referansene identifisert med de ulike fremgangsmåtene, men hver av dem identifiserte også unike referanser. Det er derfor beklagelig at det ikke var ressurser til å gjennomgå referanselistene i mer enn fire av de 18 inkluderte publikasjonene. En slik gjennomgang kunne eventuelt ha identifisert rapporter fra andre organisasjoner enn dem vi hadde definert på forhånd, eller tidsskriftsartikler indeksert i andre databaser enn dem vi søkte i eller med andre søketermer enn vi har brukt.

Enkelte publikasjoner inkluderte vi selv om det var noe uklart om anbefalingene faktisk var gitt spesielt med tanke på nasjonale eller regionale systemer. Dette tenker vi er uproblematisk, siden for eksempel WHO 2020 viser til at de midlertidige anbefalingene deres om meldeordninger for uønskede hendelser utgitt i 2005, har blitt brukt både nasjonalt, lokalt og endog på klinikknivå (5;6).

Flere av publikasjonene hadde som hovedformål å gi anbefalinger om melde- og varselordninger, i andre inngikk anbefalinger om melde- og varselordninger som en del av en mer omfattende strategi for pasientsikkerhet. Hvis melde- og varselordninger ikke er nevnt i en publikasjons sammendrag, vil den ikke fanges opp av et databasesøk med vår søkestrategi. Å gjennomgå alle større rapporter og utredninger om pasientsikkerhet, selv avgrenset til avtalte organisasjoner, lar seg vanskelig gjennomføre innenfor rammen av et litteratursøk med sortering.

Når det gjelder nettdokumenter, er det alltid en risiko for at dokumenter arkiveres eller avpubliseres etter noen år, eller blir borte ved omorganisering/fusjoner av

organisasjoner eller oppgradering av nettsteder. Det kan bety at det finnes relevante publikasjoner som ikke lenger er tilgjengelig der hvor de opprinnelig var å finne.

Vi minner igjen om at vi kun har søkt systematisk etter litteratur, vurdert referansene opp mot seleksjonskriteriene, og sortert inkluderte publikasjoner. Vurdering av metodiske begrensninger og analyse/sammenstilling av resultater ligger utenfor rammene av et systematisk litteratursøk med sortering. Produkttypen systematisk litteratursøk med sortering er dermed ikke egnet til å gi klart svar på for eksempel spørsmål om effekt av et tiltak eller erfaringer med et tiltak, men er ment å gi et overblikk over hva som finnes av forskning på et definert spørsmål.

Selv om vi innhentet mange av publikasjonene i fulltekst, har vi ikke gjennomgått dem i detalj. Det er derfor mulig at vi har inkludert publikasjoner som ville vist seg ikke å være relevante ved nøyere gjennomlesning.

---

# Konklusjon

Til tross for et bredt litteratursøk og den grunnleggende systematikken som ligger i metodene vi har brukt, finnes trolig relevante anbefalinger vi ikke har klart å identifisere med våre søk. Med publikasjoner fra blant annet organisasjoner som WHO, EU, OECD og anbefalinger med utgangspunkt i systemer som National Reporting and Learning System i Storbritannia etter femten års drift, antar vi likevel at denne oversikten over internasjonale anbefalinger om nasjonale melde- og varselordninger er et godt utgangspunkt for videre arbeid.

---

## Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Mandat for utvalg: Evaluering av varselordningene for helse- og omsorgstjenestene [nettdokument]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet [oppdatert 03.05.2022; lest 03.10.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/varselutvalet/varselutvalgets-mandat/id2911302/>
2. Med åpne kort: Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon; 2015. NOU 2015:11. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-11/id2459861/>
3. Folkehelseinstituttet. Slik oppsummerer vi forskning: Metodeboka [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 22.04.2022; lest 07.10.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/metodeboka/>
4. Vist G, Holte H, Mathisen M, Lidal I, Nøstberg A, Lindahl A. Nasjonale elektroniske meldeordninger i spesialisthelsetjenesten: Hvilke finnes, hvilke effekter har de, og hvordan evalueres meldeordningene? Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2014/nasjonale-elektroniske-meldeordninger-i-spesialisthelsetjenesten-hvilke-fin/>
5. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: From information to action. Geneva: World Health Organization; 2005. Tilgjengelig fra: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69797>
6. World Health Organization. Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: Technical report and guidance. Geneva: World Health Organization; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>
7. Reporting and learning subgroup of the European Commission. Key findings and recommendations on Reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe. European Commission; 2014. Tilgjengelig fra: <http://buonepratiche.agenas.it/documents/More/8.pdf>
8. Howell AM, Burns EM, Hull L, Mayer E, Sevdalis N, Darzi A. International recommendations for national patient safety incident reporting systems: an expert Delphi consensus-building process. *BMJ Qual Saf* 2017;26(2):150-63. DOI: 10.1136/bmjqs-2015-004456
9. Haddaway NR, Grainger MJ, Gray CT. citationchaser: An R package and Shiny app for forward and backward citations chasing in academic searching. 2021. DOI: 10.5281/zenodo.4543513
10. The EndNote Team. EndNote. EndNote 20.2.1 utg. Philadelphia, PA: Clarivate Analytics; 2013.

11. Thomas J, Brunton J, Graziosi S. EPPI-Reviewer 4: software for research synthesis. EPPI-Centre Software. London: Social Science Research Unit, UCL Institute of Education; 2010.
12. Thomas J, Graziosi S, Brunton J, Ghouze Z, O'Driscoll P, Bond M, et al. EPPI-Reviewer: advanced software for systematic reviews, maps and evidence synthesis [nettdokument]. London: EPPI-Centre, UCL Social Research Institute, University College London [lest]. Tilgjengelig fra: <https://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=2967>
13. Microsoft Corporation. Excel for Microsoft 365. Redmond, WA: Microsoft Corporation; 2022.
14. Wagner C, Kristensen S, Sousa P, Panteli D. Chapter 11 Patient safety culture as a quality strategy I: Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W, red. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. Paris: OECD Publishing; 2019. s. 287-308. Tilgjengelig fra: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/improving-healthcare-quality-in-europe\\_b11a6e8f-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/improving-healthcare-quality-in-europe_b11a6e8f-en)
15. Commission on Patient Safety and Quality Assurance. Building a Culture of Patient Safety: Report of the Commission on Patient Safety and Quality Assurance. Dublin: Department of Health and Children; 2008. Tilgjengelig fra: <https://www.gov.ie/en/publication/5d9570-building-a-culture-of-patient-safety-report-of-the-commission-on-pat/>
16. Mayer E, Flott K, Callahan R, Darzi A. National Reporting and Learning System Research and Development. London: Imperial College London; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.imperial.ac.uk/patient-safety-translational-research-centre/publications/reports/>
17. The National Steering Committee on Patient Safety. Building a Safer System: A National Integrated Strategy for Improving Patient Safety in Canadian Health Care. Ottawa, ON National Steering Committee on Patient Safety; 2002. Tilgjengelig fra: <https://era.library.ualberta.ca/items/eda9644a-1f91-4ec9-880a-7b69c651bf0c>
18. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington DC: National Academies Press; 2000. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
19. Vallejo-Gutierrez P, Baneres-Amella J, Sierra E, Casal J, Agra Y. Lessons learnt from the development of the Patient Safety Incidents Reporting and Learning System for the Spanish National Health System: SiNASP. Rev 2014;29(2):69-77. DOI: 10.1016/j.cali.2013.09.007
20. Riley W, Liang BA, Rutherford W, Hamman W. The patient safety and quality improvement act of 2005: Developing an error reporting system to improve patient safety. J Patient Saf 2008;4(1):13-7. . DOI: 10.1097/PTS.0b013e31816154b5
21. Council of Europe. Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. 2006.
22. Department of Health. An organisation with a memory: Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer. Norwich: The Stationery Office; 2000. Tilgjengelig fra: <https://qi.elft.nhs.uk/resource/an-organisation-with-a-memory/>
23. Klemp K, Zwart D, Hansen J, Hellebek T, Luettel D, Verstappen W, et al. A safety incident reporting system for primary care: A systematic literature review and consensus procedure by the LINNEAUS collaboration on patient safety in

- primary care. Eur J Gen Pract 2015;21 Suppl(sup1):39-44. DOI: 10.3109/13814788.2015.1043728
24. Wallace LM, Spurgeon P, Benn J, Koutantji M, Vincent C. Improving patient safety incident reporting systems by focusing upon feedback - lessons from English and Welsh trusts. Health Serv Manage Res 2009;22(3):129-35. DOI: 10.1258/hsmr.2008.008019
  25. Lippestad J, Melby L, Kilskar S, Øren A. Evaluering av meldeordning om uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten: Rapport. Trondheim: SINTEF Trondheim; 2014. SINTEF A26547. Tilgjengelig fra: <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/2499892>
  26. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Patientombuddet. Rapport om serviceeftersyn af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelse. København: Sundhedsministeriet; 2014. Tilgjengelig fra: <https://sum.dk/publikationer/2014/juli/rapport-om-serviceeftersyn-af-rapporteringssystemet-for-utilsigtede-haendelse>
  27. Hermann N, Boje Andersen H, Schiøler T, Dyrlov Madsen M, Østergaard D. Rekommandationer for rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse: Hovedrapport fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse. Roskilde: Forskningscenter Risø; 2002. Risø-R-1369(DA). Tilgjengelig fra: <https://core.ac.uk/download/pdf/13786263.pdf>

# Vedlegg 1: Dokumentasjon av søk

## Søk i databaser

<b>Ovid MEDLINE(R) ALL &lt;1946 to October 21, 2022&gt;</b>		
Søkegrensesnitt: Advanced search		
Søkedato: 2022-10-24		
1	Consensus/ or exp Consensus Development Conference/ or Guideline/ or Guidelines as Topic/ or Policy/ or (advice or best practice? or direction? or directive? or framework? or instruction? or guidance or guideline* or guiding or policy or policies or position statement? or practice parameter? or recommendation? or requirement?).ti,bt,ab,kf. or (consensus* or guideline* or recommendat* or standards).au.	2206268
2	((exp Medical Errors/ or Patient Safety/) and Mandatory Reporting/) or (((close-call? or error? or event? or incident? or near-miss* or patient harm or safety) adj3 (learning or reporting)) or (reporting adj2 learning) or (patient safety and ((incident management or learning or reporting) adj system?))).ti,bt,ab,kf.	14297
3	1 and 2	3152

<b>Scopus (Elsevier)</b>		
Søkegrensesnitt: Advanced search		
Søkedato: 2022-10-24		
#1	TITLE-ABS-KEY(advice OR "best practice*" or direction* OR directive* OR framework* OR instruction* OR guidance OR guideline* OR guiding OR policy OR policies OR "position statement*" OR "practice parameter*" OR recommendation* OR requirement*) AND NOT INDEX(medline)	6907814
#2	TITLE-ABS-KEY(("close call*" OR "close-call*" OR error* OR event* OR incident* OR "near miss*" OR "near-miss*" OR "patient harm" OR safety) W/2 (learning OR reporting)) OR (reporting W/1 learning) OR ("patient safety" and (("incident management" OR learning OR reporting) W/0 system*)) AND NOT INDEX(medline)	18832



#3	TITLE-ABS-KEY(care OR health* OR hospital* OR medical OR medicine OR patient*) AND NOT INDEX(medline)	5788749
#4	#1 AND #2 AND #3	1328

<b>Bielefeld Academic Search Engine</b>		
Søkegrensesnitt: Advanced search		
Søkedato: 2022-10-24		
(Subject = emneord fra EuroVoc)		
1	Subject: ("medical error" "patient safety") Document types: book & book part; report	426
2	Entire document: ("error reporting" "event reporting" "incident management system" "incident reporting" "patient safety reporting" "reporting and learning" "reporting system") AND (care health* hospital* patient*) Document types: book & book part; report	745

---

### Supplerende søk på relevante organisasjoners nettsteder

---

Organisasjon	Søkedato	Navigering/filtrering/søkeord
<a href="#">Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)</a>		AHRQ-rapporter indekseres i MEDLINE -> ikke søkt separat
<a href="#">Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC)</a>	19.10.2022	Our work > Indicators, measurement and reporting > Patient safety reporting / Incident management and sentinel events
<a href="#">Canadian Patient Safety Institute</a>	19.10.2022	Tools and Resources > Browse All > Filter Results By Topic > Patient Safety Incident / Policy
<a href="#">EU Health</a>	21.10.2022	- EU Health Policy > Key documents; Publications - Health Systems Performance Assessment > Key documents; Publications - Risk assessment > Scientific Committees > Key documents; Publications - Google søk: "patient safety" "incident reporting" "reporting and learning" site:europa.eu - <a href="https://op.europa.eu/en/browse-by-subject">https://op.europa.eu/en/browse-by-subject</a> Social questions > health > organization of health care > health policy > patient safety
<a href="#">European Network for Safer Healthcare</a>	19.10.2022	Publications (Ingen egne utgivelser)

<a href="#">Healthcare Improvement Scotland</a>	28.10.2022	Resources > Improvement
<a href="#">HSE National Quality Improvement Team</a> (Irland)	28.10.2022	National Quality Improvement Team > National QI Team Publications > Patient safety
<a href="#">Institute for Healthcare Improvement</a> (IHI)	19.10.2022	Topics > Patient Safety > Overview / Resources > IHI White Papers (41)
<a href="#">International Society for Quality in Health Care</a> (ISQua)	19.10.2022	Resources > Type: Publication / Whitepaper / Report / Guidelines / Opinion Paper / ISQua Statement > Topic: Patient Safety
<a href="#">National Academy of Medicine</a> (tidl. Institute of Medicine)		Rapporter indeksert i MEDLINE og kilde i Bielefeld Academic Search Engine -> ikke søkt separat
<a href="#">National Quality Forum</a>	19.10.2022	Topics > Patient Safety Vurdert publikasjoner knyttet til prosjekter listet under Related NQF Work.
<a href="#">NHS England</a>	19.10.2022	Publications > Patient Safety > Publication type: Consultation/ Directions / Guidance / Independent report / Policy or strategy / Report / Research / Statement
<a href="#">Organisation for Economic Co-operation and Development</a> (OECD)		Kilde i Bielefeld Academic Search Engine -> ikke søkt separat
<a href="#">Styrelsen for patientsikkerhed</a> (DK)	20.10.2022	Udgivelser > Ansvar og retningslinjer / Læring
<a href="#">Sveriges kommuner och regioner</a>	20.10.2022	Rapporter och skrifter > filtrert på Verksamhetsområde: Hälsa, sjukvård > Ämne: Patientsäkerhet
<a href="#">World Health Organization</a> (WHO)		Kilde i Bielefeld Academic Search Engine -> ikke søkt separat

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Desember 2022

Postboks 4404 Nydalen

NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra

Folkehelseinstituttets nettsider

[www.fhi.no](http://www.fhi.no)