

# Hva gjøres for å bedre pasientsikkerheten? Satsinger i sju land

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 17-2013



 kunnskapssenteret

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomfører i 2011-2013 en kampanje for pasientsikkerhet. Kampanjen videreføres som et nasjonalt program fra 2014. Vi har der for sett nærmere på hvordan satsninger på pasientsikkerhet er gjennomført i andre land, avgrenset til Australia, Canada, Danmark, England, Skottland, Sverige og USA. Pasientsikkerhet står høyt på den helsepolitiske agendaen i alle landene. Helsesystemet er noe ulikt organisert. Danmark, England, Skottland og Sverige har offentlig universell helsetjeneste, hvor det offentlige også er den viktigste tilbyderer av tjenester. I Canada og Australia er det offentlig finansiert helseforsikring, med en blanding av et offentlig og privat tilbud av tjenester (herunder sykehus). I USA er helsetjenesten for en stor del finansiert gjennom privat forsikring. Tilbyderne er også private institusjoner. Det offentlige (universelle) tilbudet er, og har i stor grad vært begrenset til noen større programmer (MEDICARE og MEDICAID). • Det har vært gjennomført kampanjer i en rekke land, som Australia, Canada, Danmark, England og USA.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004, St. Olavsplass

N-0130 Oslo

(+47) 23 25 50 00

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

Rapport: ISBN 978-82-8121-637-2 ISSN 1890-1298

nr 17-2013



kunnskapssenteret

Skottland og Sverige har gjennomført program som minner om kampanjer. Alle landene har meldeordninger for uønskede hendelser, men hva som rapporteres offentlig fra meldeordningene varierer i innhold og omfang. Sverige har den eldste meldeordningen, etterfulgt av Australia. I Canada omfatter meldeordningen kun legemidler på nasjonalt nivå. I USA er det lovpålagt konfidensielle meldeordninger på det enkelte sykehus. • Lite informasjon er tilgjengelig om finansiering av pasientsikkerhet i virksomheter, og det er diskusjon om bruk av økonomiske incitamenter til tjenesten. Variasjonen er stor med hensyn til uttalte målsettinger og evaluering. Nullvisjon om pasientskader framholdes i Australia, England og Sverige som overordnet målsetting, og konkretiseres med iverksetting av tiltak innenfor avgrensede områder. Canada og USA startet tidlig med systematisk evaluering av pasientsikkerhet. Evaluering øker i omfang, og Danmark har planlagt å evaluere sin nye satsning fra 2013. Den amerikanske evalueringen identifiserte kunnskapsbehov knyttet til implementering.

<b>Tittel</b>	Hva gjøres for å bedre pasientsikkerheten? Satsinger i sju land
<b>English title</b>	What's done to improve patient safety? Initiatives in seven countries
<b>Institusjon</b>	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
<b>Ansvarlig</b>	Magne Nylenna, direktør
<b>Forfattere</b>	Saunes, Ingrid Sperre <i>seniorrådgiver, Kunnskapssenteret</i> Ringard, Ånen <i>seniorrådgiver, Kunnskapssenteret</i>
<b>ISBN</b>	978-82-8121-637-2
<b>ISSN</b>	1890-1298
<b>Rapport</b>	Nr 16 – 2013
<b>Prosjektnummer</b>	751
<b>Publikasjonstype</b>	Rapport
<b>Antall sider</b>	64 (67 med vedlegg)
<b>Oppdragsgiver</b>	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
<b>Emneord (MeSH)</b>	Pasientsikkerhet
<b>Sitering</b>	Saunes IS, Ringard Å. Hva gjøres for å bedre pasientsikkerheten? Satsinger i sju land. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 16–2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helse- direktoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Kunnskapssenteret vil takke Anne Grimstvedt Kvalvik og Tor Ingebrigtsen for innspill og kommentarer de har gitt til denne rapporten. Kunnskapssenteret tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Oslo, November 2013

---

# Hovedfunn

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomfører i 2011-2013 en kampanje for pasientsikkerhet. Kampanjen videreføres som et nasjonalt program fra 2014. Vi har der for sett nærmere på hvordan satsinger på pasientsikkerhet er gjennomført i andre land, avgrenset til Australia, Canada, Danmark, England, Skottland, Sverige og USA. Pasientsikkerhet står høyt på den helsepolitiske agendaen i alle landene. Helsesystemet er noe ulikt organisert. Danmark, England, Skottland og Sverige har offentlig universell helsetjeneste, hvor det offentlige også er den viktigste tilbyderer av tjenester. I Canada og Australia er det offentlig finansiert helseforsikring, med en blanding av et offentlig og privat tilbud av tjenester (herunder sykehus). I USA er helsetjenesten for en stor del finansiert gjennom privat forsikring. Tilbyderne er også private institusjoner. Det offentlige (universelle) tilbudet er, og har i stor grad vært begrenset til noen større programmer (MEDICARE og MEDICAID).

Det har vært gjennomført kampanjer i en rekke land, som Australia, Canada, Danmark, England og USA. Skottland og Sverige har gjennomført program som minner om kampanjer. Alle landene har meldeordninger for uønskede hendelser, men hva som rapporteres offentlig fra meldeordningene varierer i innhold og omfang. Sverige har den eldste meldeordningen, etterfulgt av Australia. I Canada omfatter meldeordningen kun legemidler på nasjonalt nivå. I USA er det lovpålagt konfidensielle meldeordninger på det enkelte sykehus. Det arbeides med å bygge kapasitet og kompetanse innenfor pasientsikkerhet. I Australia, Canada, England og Skottland integreres pasientsikkerhet i kvalitetsarbeidet, men som en selvstendig komponent. Kompetanse og utdanning i pasientsikkerhet knyttes ofte til nettundervisning og akademiske institusjoner, og det er innført sertifisering av kompetansen i Australia, Canada og USA.

Lite informasjon er tilgjengelig om finansiering av pasientsikkerhet i virksomheter, og det er en pågående diskusjon om bruk av økonomiske incitament til tjenesten.

Det er stor variasjon med hensyn til uttalte offentlige målsettinger og evaluering. Nullvisjon om pasientskader framholdes i Australia, England og Sverige som overordnet målsetting, og konkretiseres med iverksetting av tiltak innenfor avgrensede områder. Både Canada og USA startet tidlig med systematisk evaluering av pasientsikkerhet. Evaluering ser ut til å øke i omfang, og Danmark har planlagt å evaluere sin nye satsing fra 2013. Den amerikanske evalueringen identifiserte kunnskapsbehov knyttet til implementering.

---

# Sammendrag

I 2007 ble Nasjonal enhet for pasientsikkerhet opprettet og lagt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Enheten ble etablert for å støtte opp om helsetjenestens arbeid med å registrere, analysere, lære av og forebygge feil og utilsiktede hendelser. Sentralt i oppbygging av enheten var å kartlegge og sikre at informasjonsinnhenting og innmeldinger til enheten ville gi tilstrekkelig grunnlag for å avdekke risikoområder og årsakene til disse(1). I 2009 fikk enheten i oppdrag å arrangere en nasjonal kampanje for pasientsikkerhet. Pasientsikkerhetskampanjen “ I trygge hender” ble lansert i januar 2011 og varer ut 2013. Kampanjen skal videreføres som et nasjonalt program for pasientsikkerhet. Før kampanje går over til program ønsker Kunnskapssenteret å se nærmere på andre lands arbeid med pasientsikkerhet på nasjonalt nivå. Denne rapporten gir en kort oversikt over noen utvalgte, men samtidig sentrale elementer for hvordan andre land arbeider med pasientsikkerhet.

---

## Metode

Landene som er inkludert i denne studien er Australia, Canada, Danmark, England, Skottland, Sverige og USA. Landene er valgt ut fordi de alle sammen, men på ulike måter, har gjennomført store satsinger for bedre pasientsikkerhet. Vi har inkludert bakgrunnsinformasjon om organisering av helsetjenesten og pasientsikkerhet i de ulike land, og om ulike satsinger som kampanjer og meldeordninger. Det er også søkt etter nasjonale målsettinger og evalueringer knyttet til pasientsikkerhet. Vi har søkt etter informasjon om utvikling av kompetanse i pasientsikkerhet og om finansiering. Evaluering av enkeltinnsatsområder er ikke inkludert.

Informasjon om landene er i hovedsak hentet fra internettsider til landenes helsedepartementer og de pasientsikkerhetsorganisasjoner som er omtalt. Det er benyttet snøballmetoden, det vil si at det er foretatt supplerende åpne søk for å finne ytterligere informasjon om enkelttiltak/organisasjoner som er omtalt.

For hvert land gis det en kort presentasjon av:

- Hvordan helestjenesten er bygget opp
- Målsetning for pasientsikkerhetsarbeidet
- De sentrale institusjonene innenfor kvalitet og pasientsikkerhet
- Aktiviteter innen pasientsikkerhetsområdet (satsinger/meldeordninger)
- Kompetanse i pasientsikkerhet

- Finansiering
- Resultater fra evalueringer der disse finnes.

---

## Resultat

---

Pasientsikkerhet står høyt på den helsepolitiske agendaen i alle landene som inngår i rapporten. Dette gjelder uavhengig av organisering og finansiering av helsetjenesten. Danmark, Sverige, England og Skottland har i hovedsak en offentlig organisert og finansiert helsetjeneste, mens Australia og Canada har universelle helseforsikringer som sikrer innbyggerne tilgang til helsetjenester. USA er det eneste landet som ikke har universelle helsetjenester, der er en større del av helsetjenestene finansiert gjennom private forsikringsordninger. Helsetjenesten i USA er imidlertid under omstilling ("Obamacare"). Nullvisjon om pasientskader framholdes i de fleste land som overordnet målsetting, og flere land konkretiseres det med tiltak innenfor avgrensede områder.

Arbeid med pasientsikkerhet har ulike former. Flere land har både gjennomført nasjonale kampanjer for pasientsikkerhet og opprettet meldeordninger for uønskede hendelser. Alle landene har dessuten etablert langsiktige satsninger i form av nasjonale program (Tabell 1).

Land	Pasientsikkerhets satsninger	Meldeordning
Australia	Program	Ja
Canada	Program → Kampanje → Program	Ja (legemiddel)
Danmark	Kampanje → Program/kampanje	Ja
England	Program → Kampanje → Program	Ja
Skottland	Program	Ja
Sverige	Program	Ja
USA	Program → Kampanje → Program	Ja

Kun Danmark har en pågående nasjonal kampanje for pasientsikkerhet. Sverige har kampanje i en region, og har nå en nasjonal satsning (2011-2014). Skottland har et pasientsikkerhetsprogram som nå integreres med annet kvalitetsarbeid. I Australia, Canada og USA legges det vekt på pasientsikkerhet, men kampanjeformen er ikke framtreddende. I England varsles en kampanje for økt engasjement og informasjon. I Australia, Canada, England og Skottland er det et målrettet arbeid for å integrere pasientsikkerhet i annet kvalitetsarbeidet.

Kapasitet og kompetanse nevnes som sentrale forutsetninger for å redusere omfanget av pasientskader. For å øke kapasitet iverksettes tiltak for å sikre kompetansen i pasientsikkerhet hos helsepersonell. Det skjer både gjennom grunnutdanningen i

alle helseprofesjoner, men også ved etter- og videreutdanning. Kompetanse og utdanning knyttes til nettundervisning og til akademiske institusjoner. I Australia, Canada og USA er det sertifisering av kompetanse i pasientsikkerhet.

Informasjon om finansiering av pasientsikkerhet er lettest tilgjengelig i Canada, for Australia, England og Skottland er det vanskeligere å finne informasjon. I Sverige er det åpenhet knyttet til bruk av økonomiske incitament knyttet til implementering av den nye pasientsikkerhetsloven. Bruk av økonomiske insentiver knyttet til resultatmåling er delvis innført i England, USA og Sverige. Økonomiske insentiver knyttet til resultatmåling, er delvis innført i England, USA og Sverige.

England har nylig lansert en rekke kvalitetsindikatorer som klarlegger målsetting innenfor enkelte satsingsområder, tilsvarende ser en nå i Sverige. Canada og USA startet tidlig med systematisk evaluering av pasientsikkerhet på overordnet nivå. I England er en kampanje evaluert, og den nye kampanjen i Danmark skal evalueres.

---

## Diskusjon

---

Pasientsikkerhet har vært et satsingsområde internasjonalt i mer enn 10 år. Perioden kjennetegnes av større satsinger i kampanjeform og program blant annet for å få pasientsikkerhet på agendaen. Meldeordningene er fortsatt i en prosess hvor det arbeides med å finne et felles rammeverk og en rapporteringsform på nasjonalt nivå som vinner oppslutning. Danmark, England og Sverige er så vidt vi kan se de landene som har fått etablert systematisk rapportering på nasjonalt nivå. Pasientsikkerhet ser ut til å økende grad bli integrert i lokalt og regionalt kvalitetsarbeid, samtidig som pasientsikkerhetsarbeidets egenart blir ivaretatt. Det ser nå ut som at det satses på å bygge kunnskap og kapasitet lokalt, understøttet av nasjonale program. Et fellestrekk er at meldeordninger og bruken av dem, ikke ser ut til å være koblet til program og kampanjer. Likeledes er målinger delt mellom lokale målinger i tilknytning til implementering av tiltak på den ene side (ofte prosessmål), og på den andre side resultatmålinger og aggregerte målinger.

---

## Konklusjon

---

Det arbeides målrettet med å få på plass god rapportering fra meldeordninger, og systematisk arbeid med analyse og lærdom av uønskede hendelser. Pasientsikkerhetsarbeid er knyttet til ulike miljø som kampanjer, meldeordninger og målinger, det ser ut til at arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet i større grad forenes. Det er fortsatt behov for mer kunnskap om målemetoder, betydningen av kontekst, relasjon til kvalitetsarbeid for øvrig og hvilke metoder som er best egnet for å øke pasientsikkerheten (implementering).

---

## Key messages (English)

The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services is running a national patient safety campaign “In Safe Hands” from 2010-2013. The campaign will be continued as a national program for patient safety from January 2014. As part of the preparation of the program the Knowledge Centre examined how other countries have set patient safety on the agenda by searching websites from Australia, Canada, Denmark, England, Scotland, Sweden and USA. Patient safety is prominent on the health policy agenda in all the countries. The health system varies across the countries. Denmark, England, Scotland and Sweden all have a public universal health-care, where the public also is the main provider of services. Canada and Australia have publicly-funded health insurance, with a mixture of a public and private provision of services (including hospitals). In the United States the health service is for a large part funded through private insurance. Providers are also private institutions. The public (universal) offers are, and have largely been limited to a few larger programs (MEDICARE and MEDICAID).

There have been running patient safety campaigns in Australia, Canada, Denmark, England and the United States. Scotland and Sweden have programs that are reminiscent of campaigns. All countries have reporting systems for adverse events and Sweden seems to have the oldest one. The Canadian national reporting system is limited to medication incidents. Building competence and capacity in patient safety is a recurrent theme. Australia, Canada, England and Scotland are integrating patient safety and quality, Webinars are provided by academic institutions to build competence and capacity, and in Australia, Canada and the United States there are certification of patient safety education.

Little information is available regarding funding of patient safety in hospitals. There is an ongoing debate regarding use of economic incentives in the services. The zero-vision of patient harm is pronounced in Australia, England and Sweden, but is implemented as a national effort within limited areas. Both Canada and The United States started early with systematic evaluation of patient safety efforts, and it seems to be increasing in scope. Denmark’s latest initiative will be evaluated. The American evaluation identified the knowledge gap regarding implementation of patient safety.



---

# Executive summary (English)

In 2007 the National unit for patient safety were established and located in the Norwegian knowledge centre for the health services. The purpose of the unit was to support the health service's effort to record, analyse, learn from and prevent errors and adverse events. A national patient safety campaign "In Safe Hands" was launched by the Ministry of Health and Care Services in January 2011 and is hosted by the knowledge centre. The campaign will be continued as a national program for patient safety in 2014. In preparation of the program the knowledge centre examined information available on the web about how some countries present their work with patient safety at the national level. This report provides a brief overview of some selected, but at the same time key elements of how other countries are dealing with patient safety.

---

## Methods

---

The countries included in this study are Australia, Canada, Denmark, England, Scotland, Sweden and the United States. These countries have been selected because they all, in different ways have carried out major efforts to improve patient safety. We've included background information on the organization of health care and patient safety in the various countries, and about the different efforts such as campaigns and adverse event reporting systems. It is also sought after national objectives and evaluations related to patient safety, as well as information about the building of competence in patient safety and how patient safety efforts are funded. The evaluation of the single tools and resources are not included. Information about the countries are retrieved from Internet sites to the countries' health ministries and the patient safety organizations that are included. The method used is snow ball sampling combined with mining of websites to obtain additional information about individual initiatives. Each country is described by a brief presentation of:

- How the health care are organised
- The goal for patient safety
- The central institutions in the field of quality and patient safety
- Activities in patient safety (priorities/opt-in arrangements)
- Competence in patient safety
- Funding
- Results from evaluations in which they exist.

---

## Results

---

Patient safety is high on the health policy agenda in all of the countries covered by the report. This is true regardless of how the health care is organised and funded. Denmark, Sweden, England and Scotland have, in essence, a publicly organised and funded health service, while Australia and Canada have universal health insurance policies that ensure citizens access to health care. United States is the only country presented here without universal health care, and a major part of health services are funded through private insurance schemes. However, the health services in the United States is under restructuring (the "Obamacare"). Zero vision of the patient safety is presented in Canada, England and Sweden, as part of goal-setting, but is concretised as measures within limited areas.

Patient safety efforts has various forms. Several countries have both carried out national campaigns for patient safety and established reporting systems for adverse events. All of the countries have established long-term national programs (table 1).

Country	Patient safety initiatives	Reporting systems
Australia	Program	Yes
Canada	Program → Campaign → Program	Yes (medication )
Denmark	Campaign → Program / Campaign	Yes
England	Program → Campaign → Program	Yes
Scotland	Program	Yes
Sweden	Program	Yes
USA	Program → Campaign → Program	Yes

Denmark has an on-going national campaign for patient safety. Sweden's campaign is limited to one region, but has a national effort based on implementation of a new patient safety law (2011-2014). Scotland has a patient safety program that now integrates with other quality work. In Australia, Canada and the United States the patient safety is clearly present, but the campaign form is not prominent. In England a campaign for increased involvement and information about patient safety is announced. In Australia, Canada, England and Scotland patient safety seems to be integrated in quality initiatives.

Building capacity and competence are mentioned as key prerequisites in order to reduce the extent of the patient's harm. In order to increase the capacity measures are taken to ensure competency in patient safety for health personnel. It is through education in all the health professions, but also by continuing professional educa-

tion. Australia, Canada and the United States have certification of competence in patient safety skills.

Information about the funding of patient safety are available in Canada, it is more difficult to find information about Australia, England and Scotland. In Sweden They use financial incentive when implementing the new patient safety law. The use of economic incentives attached to outcomes, has been partly introduced in England, the United States and Sweden (pay for performance).

England has recently launched a number of quality indicators with targets within patient safety, the equivalent of what's happening in Sweden. Canada and the United States started early with systematic evaluation of patient safety. In the United Kingdom one campaign is evaluated, and the new campaign in Denmark will be evaluated.

---

## **Discussion**

---

Patient safety has been a priority area internationally for more than 10 years. The period is characterised by patient safety programs and larger initiatives as patient safety campaigns, in order to get the patient safety on the agenda. The adverse event reporting systems are still in process to find a common framework and a reporting format at the national level. England, Denmark and Sweden is, as far as we can see, the only countries that have managed to established systematic reporting at the national level. Patient safety appears to be increasingly integrated into local and regional quality work, but keeping the distinctive character of patient safety system perspective. An impression is a focus on building the knowledge and capacity locally, supported by the national programs. A common feature is that the reporting and learning systems appears to be a separate entity from other patient safety programs and campaigns. Likewise, local measurements in relation to the implementation of improvements on the one hand (often process measures), and aggregated patient safety measures seems to be detached processes.

---

## **Conclusion**

---

Efforts are taken to establish and run good adverse event reporting system, and systematic work with the analysis and lessons of the adverse events. Patient safety work is related to the different environment such as campaigns, reporting systems and measurements, it appears that the work on quality and patient safety to a greater extent be reconciled. There is a need for more knowledge about measurement methods, the importance of context, relationship to the quality of work in general and which methods that are best suited to increase patient safety (implementation).

---

# Innhold

<b>HOVEDFUNN</b>	<b>2</b>
<b>SAMMENDRAG</b>	<b>3</b>
Metode	3
Resultat	4
Diskusjon	5
Konklusjon	5
<b>KEY MESSAGES (ENGLISH)</b>	<b>6</b>
<b>EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)</b>	<b>7</b>
Methods	7
Results	8
Discussion	9
Conclusion	9
<b>INNHold</b>	<b>10</b>
<b>FORORD</b>	<b>13</b>
<b>PROBLEMSTILLING</b>	<b>14</b>
<b>INNLEDNING</b>	<b>15</b>
Bakgrunn	15
Rapportens oppbygging	16
<b>METODE OG AVGRENSING</b>	<b>18</b>
<b>AUSTRALIA</b>	<b>20</b>
Målsetting for pasientsikkerhetsarbeid	20
Etater / Organisasjoner	20
Meldeordninger	21
Pasientsikkerhetssatsninger	22
Innsatsområder i program	23
Kompetanse	24
Finansiering	24
<b>CANADA</b>	<b>25</b>
Målsetting for pasientsikkerhetsarbeid	25

Etater / Organisasjoner	26
Meldeordninger	26
Pasientsikkerhetssatsninger	27
Innsatsområder i kampanje	28
Kompetanse	28
Finansiering	29
Evaluering	29
<b>DANMARK</b>	<b>30</b>
Målsetting for pasientsikkerhetsarbeid	30
Etater / Organisasjoner	30
Meldeordninger	31
Pasientsikkerhetssatsninger	32
Innsatsområder i kampanje	33
Kompetanse	33
Finansiering	33
Evaluering	34
<b>ENGLAND</b>	<b>35</b>
Målsetting for pasientsikkerhetsarbeid	36
Etater / Organisasjoner	37
Meldeordninger	37
Pasientsikkerhetssatsninger	38
Innsatsområder i kampanje	39
Kompetanse	39
Finansiering	40
Evaluering	40
<b>SKOTTLAND</b>	<b>41</b>
Målsetting for pasientsikkerhetsarbeid	41
Etater / Organisasjoner	41
Meldeordninger	42
Pasientsikkerhetssatsninger	42
Innsatsområder i programmet	42
Kompetanse	43
Finansiering	44
Evaluering	44
<b>SVERIGE</b>	<b>45</b>
Målsetting for pasientsikkerhetsarbeid	45
Etater / Organisasjoner	46
Meldeordninger	46
Pasientsikkerhetssatsninger	47
Innsatsområder i program og kampanje	47
Kompetanse	48
Finansiering	48

<b>USA</b>	<b>50</b>
Målsetting for pasientsikkerhetsarbeid	50
Etater / Organisasjoner	50
Meldeordninger	52
Pasientsikkerhetssatsninger	52
Innsatsområder i kampanjer	54
Kompetanse	54
Finansiering	55
Evaluering	55
<b>SAMMENFATNING</b>	<b>57</b>
<b>REFERANSER</b>	<b>61</b>
<b>VEDLEGG NETTSTEDER</b>	<b>66</b>

---

# Forord

Denne rapporten fra Nasjonal enhet for pasientsikkerhet i Kunnskapssenteret er laget til informasjon og som kunnskapsgrunnlag i diskusjonene rundt overgangen fra pasientsikkerhetskampanje til et nasjonalt program for pasientsikkerhet i Norge. Denne oversikten kan også brukes av beslutningstakere på ulike nivåer i helsetjenesten til å fatte velinformerte beslutninger som kan forbedre pasientsikkerheten.

Prosjektgruppen har bestått av:

- Prosjektleder: seniorrådgiver Ingrid Sperre Saunes
- Seniorrådgiver Ånen Ringard

Anne Karin Lindahl  
*Avdelingsdirektør*

Ingrid Sperre Saunes  
*Prosjektleder*

---

# Problemstilling

Før overgangen fra kampanje til program ønsker Kunnskapssenteret å se nærmere på andre lands arbeid med pasientsikkerhet på et nasjonalt/regional nivå. Rapporten gir en kort oversikt over hvordan arbeidet er organisert i enkelte andre land.

Det overordnede spørsmålet er hvordan kan et land på en best mulig måte organisere sine tjenester for å få bedre pasientsikkerhet? Det er et omfattende og komplisert spørsmål som vi ikke tar mål av oss til å besvare i denne rapporten. Istedenfor har vi forsøkt å besvare det mer avgrensede spørsmålet om hvordan pasientsikkerhetsarbeidet i ulike land er organisert og hvilke elementer det består av.

Vi har avgrenset problemstillingen ytterligere til bare å omfatte informasjon om ulike satsinger og meldeordninger. For å få fram aspekter ved iverksetting har vi søkt etter informasjon om utvikling av kompetanse i pasientsikkerhet og finansiering. Det er sett etter nasjonale målsettinger og evalueringer knyttet til satsinger. Rapporten her forsøker å svare på hvordan dette arbeidet har vært i Australia, Canada, Danmark, England, Skottland, Sverige og USA, og søker å sammenfatte noen fellestrekk.



---

# Innledning

To rapporter om uønskede hendelser ble publisert i 2000 og bidro til å sette pasientsikkerhet på agendaen(2, 3). “To err is human” og “An organisation with a memory”, henholdsvis fra USA og England, fokuserte på hvordan kan man måle skade på pasienter og lære av feil. Felles for rapportene var at systemperspektivet ble løftet frem for å forstå pasientsikkerhet. I kjølvannet av rapportene ble det iverksatt en rekke tiltak for å sikre pasienter mot unødig skade som en følge av behandling. I 2001 opprettet England en nasjonal enhet for pasientsikkerhet, National Patient Safety Agency, og i USA påbegynte Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) et arbeid med meldeordninger for uønskede hendelser. Den første amerikanske kampanjen for pasientsikkerhet ble lansert i 2005.

I Norge ble Nasjonal enhet for pasientsikkerhet opprettet i februar 2007 som en enhet i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Enheten ble opprettet for å støtte opp om helsetjenestens arbeid med å registrere, analysere, lære av og forebygge feil og utilsiktede hendelser. Sentralt i oppbygging av enheten var å kartlegge og sikre at informasjonsinnhenting og innmeldinger til enheten ville gi tilstrekkelig grunnlag for å avdekke risikoområder og årsakene til disse(1). Kunnskapssenteret fikk i 2009 i tillegg et oppdrag om å arrangere en nasjonal kampanje for pasientsikkerhet(4). Pasientsikkerhetskampanjen “ I trygge hender” ble lansert i januar 2011 og skal vare ut 2013. Helsedirektøren er leder av kampanjens eksterne styringsgruppe, som også støttes av et eget fagråd. Det er besluttet at kampanjen skal videreføres som en del av i et nasjonalt program for pasientsikkerhet (5).

---

## Bakgrunn

---

Nasjonalt kunnskapssenter for pasientsikkerhet har i sitt mandat en rolle som pådriver av pasientsikkerhet i helsetjenesten. Enheten har også oppgaven med å synliggjøre risikoområder innen pasientsikkerhet overfor myndighetene og helsetjenesten. I oppstartsfasen, 2007-2008, arrangerte enheten en rekke rundebordskonferanser. På disse deltok representanter fra Helse- og omsorgsdepartementet, Helsetilsynet, Pasientombudet, Pasientskadenemnda, Norsk pasientforening, Norsk pasientskadeerstatning, Folkehelseinstituttet, de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet, Legemiddelverket, Legeforeningen, Sykepleieforbundet, Helsetjenesteforskningstilj-

et ved AHUS (HØKH) og Universitetet i Oslo, i tillegg til enkeltpersoner fra sykehus og universitetssektoren. Hovedspørsmålet for konferansene var hvordan en sammen best kunne sette pasientsikkerhet på agendaen(6).

I 2007 publiserte Kunnskapssenteret en gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget for tiltakene i den amerikanske pasientsikkerhetskampanjen(7). Det ble også laget en oversikt over hvordan andre land på det tidspunktet hadde organisert sine kampanjer. I tillegg ble det gjennomført en kartlegging med telefonintervju av pasientsikkerhetsansvarlig i samtlige norske helseforetak om organisering av pasientsikkerhetsarbeidet(8). En arbeidsgruppe utredet i 2008 mulighetene og forutsetningene for gjennomføringen av en norsk pasientsikkerhetskampanje. Å etablere en kampanje for pasientsikkerhet ble vurdert som et av flere virkemidler for å få til en koordinert nasjonal satsing. Kunnskapssenteret og Nasjonal enhet for pasientsikkerhet anbefalte på bakgrunn av dette arbeidet å gjennomføre en kampanje for å øke oppmerksomheten om pasientsikkerheten i Norge<sup>1</sup>.

I 2009 fikk Kunnskapssenteret i oppdrag å arrangere en nasjonal kampanje for pasientsikkerhet. Sekretariatet for pasientsikkerhetskampanjen ble etablert januar 2010, og pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender" startet januar 2011 og skal vare ut 2013. Et annet viktig pasientsikkerhetstiltak kom i 2011 gjennom en endring av spesialisthelsetjenestelovens § 3-3. Endringen ble gjort i samband med vedtagelsen av ny helse- og omsorgstjenestelov og samhandlingsreformen. Lovendringen medførte at meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten ble flyttet fra Helsetilsynet i fylket/Statens Helsetilsyn til Kunnskapssenteret. Samtidig ble det satt et lovbestemt krav til all helse- og omsorgstjeneste å drive systematisk pasientsikkerhetsarbeid(9). Stortingsmeldingen *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten* ble oversendt Stortinget i desember 2012(5). Helse- og omsorgskomiteen ga sin tilslutning til meldingen i mars 2013. Meldingen anbefalte blant annet å videreføre pasientsikkerhetskampanjen i et fem-årig pasientsikkerhetsprogram og at meldeordningen for uønskede hendelser skal videreføres og inkludere meldeordninger for kommunehelsetjenesten og for pasienter og pårørende.

---

## Rapportens oppbygging

---

Det er tatt utgangspunkt i offentlige satsinger for å bedre pasientsikkerhet, men sentrale institusjoner/organisasjoner som arbeider med pasientsikkerhet i de ulike land er også inkludert. Denne rapporten tar sikte på å gi en kort framstilling av de

---

<sup>1</sup> Brev fra Kunnskapssenteret oversendt Helsedirektoratet 28.okt 2009: Forberedelsesprosess til nasjonal pasientsikkerhetskampanje

enkelte land, med en beskrivelse av helsevesenets organisering, sentrale aktører og satsinger innenfor pasientsikkerhet. Vi har her særlig sett etter kampanjer, program og meldeordninger. Hva som er målsetting med satsinger, hvorvidt de er evaluert og hvordan de er finansiert.

---

# Metode og avgrensning

Vi har sett nærmere på Australia, Canada, Danmark, England, Skottland, Sverige og USA. Det er altså kun inkludert engelsk- og nordisktalende land. Alle de ovennevnte landene har gjennomført og presentert internasjonalt sine satsingsområder for pasientsikkerhet, det er derfor viktig å se nærmere på hvordan arbeidet er organisert og hvilken kontekst det står i. Frankrike, Tyskland og Spania har hatt store satsinger på pasientsikkerhet, men er av språklige hensyn ikke inkludert.

Informasjon om det enkelte land er i hovedsak hentet fra internettsider til de ulike helsedepartementene og pasientsikkerhetsorganisasjonene som er inkludert. I denne rapporten er det benyttet snøballmetoden, det vil si at det er foretatt supplerende, åpne søk for å finne ytterligere informasjon om enkelttiltak innenfor pasientsikkerhet som er beskrevet på ett nettsted. Beskrivelsen av helsevesenet i de ulike land er basert på informasjon fra rapportserien Health Systems in Transition (HiT)(10), samt de ulike departements hjemmesider. Ettersom USA foreløpig ikke inngår i rapportserien til HiT er informasjon derfor hentet fra det amerikanske helsedepartementet sine nettsider. Det er søkt etter informasjon om satsinger innen pasientsikkerhet, kampanjer, program og meldeordninger. Det er søkt etter “ Patient safety / Patient safety campaign / Patient safety program(me) / Patient safety initiatives ” det er videre søkt etter “adverse events” og “reporting and learning systems”. Dette er ikke systematisk litteratursøk, men målrettede søk for å finne den informasjon vi var ute etter. Det er også sett etter om ulike kvalitetstiltak omfattet pasientsikkerhet.

Vi benytter her betegnelsen pasientsikkerhetssatsinger som en fellesbetegnelse for alle større initiativ, satsninger og tiltak innenfor pasientsikkerhetsområdet. Meldeordninger eller system for rapportering og læring av uønskede hendelser er også en type pasientsikkerhetssatsning, her har vi imidlertid valgt å presentere dem som en egen kategori.

*Kampanjebetegnelsen* benyttes ofte om et sett av aktiviteter som gjennomføres i et avgrenset tidsrom, i den hensikt å oppnå noe, som sosial eller politisk endring og kan forstås som et tidsavgrenset prosjekt. Program brukes ofte om et organisert sett av rutiner, og kan referer til flere relaterte prosjekt som skal benyttes for å iverksette strategien til en organisasjon(11). I offentlig sektor i Europa er det ofte benyttet om en serie av endringsprosjekter. Det som skiller program fra prosjekt er at program

ikke er tidsavgrenset, men etableres for å oppnå målsettinger til en organisasjon. Det er imidlertid ikke et klart og entydig skille mellom store prosjekt og programsatsinger.

Det er flere satsninger på pasientsikkerhet som ikke er inkludert her. Regionale og lokale satsinger som er omfattende, men likevel ikke kan betegnes som nasjonale tiltak, er i hovedsak ikke inkludert. Det er gjort noen unntak for å vise eksempel på slike satsinger. Det ville bli for omfattende å lage en fullstendig oversikt innenfor rammene til denne rapporten.

Det er også en satsning på kompetanse og kapasitet innen pasientsikkerhet i de forskjellige land. Å bygge kompetanse i pasientsikkerhet skjer blant annet gjennom undervisning av studenter på universitet og høyskoler som utdanner helsepersonell, og ved å øke kompetansen til helsepersonell som arbeider i helsetjenesten. Kompetanse og kapasitet er viktige elementer for implementering av pasientsikkerhetstiltak. For å bidra til å belyse eventuelle forskjeller mellom landene har vi søkt etter informasjon om utvikling av kompetanse i pasientsikkerhet. Vi har også søkt informasjon om finansiering. Vi har valgt å se etter nasjonale målsettinger og evalueringer knyttet til satsinger. Evaluering av enkelt innsatsområder er ikke inkludert.

Vi har her valgt å presentere de enkelte land for seg, og deretter gir vi en kort sammenfatning av det vi har funnet. For hvert land gis det en kort presentasjon av:

- Hvordan helsetjenesten er bygget opp
- Målsetting for pasientsikkerhetsarbeidet
- De sentrale institusjonene innenfor kvalitet og pasientsikkerhet
- Aktiviteter innen pasientsikkerhetsområdet (kampanjer/meldeordninger)
- Kompetanse i pasientsikkerhet
- Finansiering
- Eventuelle resultater fra evalueringer der de finnes

---

# Australia

Australia er et konstitusjonelt monarki (som medlem av Commonwealth of Nations) og en føderasjon bestående av seks delstater og to territorier, totalt er det om lag 23 millioner innbyggere i landet. Helsevesenet er offentlig finansiert og er etablert for å sikre alle innbyggere lik tilgang til helsetjenester gjennom en felles forsikringsordning: Medicare. Det føderale nivå, bidrar med finansiering, og helsedepartementet (Department of Health and Aging) er den sentrale aktør med hensyn til helsepolitikk, forskning og informasjonsstyring. Delstatene står for med finansiering, administrasjon og som tilbyder av helsetjenester. En stor del av helsetjenesten er privat drevet i Australia, og særlig gjelder dette for legetjenester i kommunesektoren(12).

---

## Målsetting for pasientsikkerhetsarbeid

---

The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care har som hovedmålsetting en nullvisjon: pasienten som mottar helsetjenester skal ikke oppleve skader som kan forebygges/forhindres. De har også fra 2011 fått et ansvar for utvikle retningslinjer og standarder, samt bidra til monitorering av kvalitet i forhold til standardene. På hjemmesidene presenteres anbefalinger for målstyring (audit) og akkreditering for spesifikke områder.

---

## Etater / Organisasjoner

---

*The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* er et statlig uavhengig organ som ble opprettet i 2006(13). Organisasjonen er nylig blitt hjemlet i en ny lov: National Health Reform Act 2011. Den er finansiert av delstatene, og leder og koordinerer kvalitet og pasientsikkerhetsarbeidet i hele Australia.

*The National Health Performance Authority* er en nyopprettet organisasjon som rapporterer på kvalitet og pasientsikkerhet for sykehus og helsestatus for lokalsamfunn i Australia(14). Organisasjonen er hjemlet i National Health Reform Act 2011.

(*AIHW*) er et nasjonalt institutt som har ansvar for å framskaffe informasjon og statistikk om helse og helserelaterte forhold i Australia.

## **Regionale organisasjoner**

I New South Wales er det to store organisasjoner som jobber med pasientsikkerhet. Det første, *Australia Patient Safety Foundation*, er særlig kjent for sitt arbeid med meldeordninger og klassifikasjon av pasientsikkerhet både nasjonalt i Australia og internasjonalt. Det andre, *Australian Institute of Health Innovation's*, er relativt nytt, og representerer en mer akademisk tilnærming til pasientsikkerhet.

*Australia Patient Safety Foundation* (APSF) er en ideell uavhengig organisasjon som ble opprettet i 1989 for å administrere en meldeordning for anestesifaget (<http://www.apsf.net.au/>). I tillegg til meldeordningen arbeider APSF med:

- Forskning og rådgiving innenfor pasientsikkerhet
- Samarbeidsprosjekt om kunnskapsbasert praksis
- Utdanning og veiledning av helsepersonell i pasientsikkerhet
- Organisere, fremme og koordinere analyser av meldeordninger
- Legge til rette for forelesninger og symposier for pasientsikkerhet
- Clearinghouse (kunnskapsbank) for pasientsikkerhetslitteratur og analyse.

*Australian Institute of Health Innovation's* (AIHI) ble opprettet i 2007 og er et forskningsinstitutt ved Det medisinske fakultet, University of New South Wales. De har etablert et program for pasientsikkerhet som deles inn i fire prosjekt. De framstår som rene forskningsprogram, og ikke program for implementering av tiltak slik som kampanjer/program(15).

---

## **Meldeordninger**

---

Australian Patient Safety Foundation ble opprettet i 1989 for å administrere en meldeordning innenfor anestesilogi. Meldeordningen har utviklet seg og er fra år 2000 en nasjonalt meldeordning for uønskede hendelser uavhengig av spesialitet.

“Australian Incident Monitoring System “(AIMS) bygger på lokale papirbaserte meldinger. Data blir deretter kodet og lagt inn i et dataprogram for videre analyse. Det inneholder personsensitiv informasjon om involverte i hendelser og er beskyttet mot innsyn ved lov. Analyse av data skjer lokalt og skal støtte lokalt pasientsikkerhetsarbeid.

Det betyr at hendelser blir rapportert per sykehus og ikke fra spesialitet. Anonymiserte data overføres til en aggregert database for læring og sammenligning. Ved hjelp av analyse av aggregerte data kan sykehus sammenlikne sine meldinger med meldinger fra andre tilsvarende sykehus. Resultater fra meldeordninger et offentliggjøres blant annet i nyhetsbrev(16). Flere stater har etter hvert innført AIMS, men det er ikke meldeplikt i Australia(12).

---

## Pasientsikkerhetssatsninger

---

På føderalt nivå leder *The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC)* kvalitet og pasientsikkerhetsarbeidet gjennom et utvalg programmer, publikasjoner og ressurser til støtte for helsepersonell, helsetjenesteorganisasjoner og policymakers. Organisasjonene samarbeider med pasienter og helsepersonell for å sikre god og trygge tjenester over hele landet. På hjemmesiden presenteres hele 17 program. Programmene inneholder svært ulike tiltak, fra akkreditering og e-helse, til pasientsikkerhet i primærhelsetjenesten, kvalitet - og pasientsikkerhetsindikatorer og legemiddelforvaltning(13).

Det er utviklet et rammeverk som er anbefalt av helsedepartementet i Australia: *Australian Safety and Quality Framework for Health Care*. Rammeverket spesifiserer tre grunnleggende prinsipper for sikker og god helsetjeneste, tjenestene må være brukerorientert, informasjonsbaserte og organisert for å fremme sikkerhet. Rammeverket inneholder videre 23 innsatsområder og har ulike tiltakspakker og ressurser knyttet til seg. Rammeverket kan minne om pasientsikkerhetskampanjer i innhold.

ACSQHC har i tillegg satt seg et par overordnede målsettinger, hvor den første er knyttet direkte til pasientsikkerhet: pasienten som mottar helsetjenester skal ikke oppleve skader som kan forebygges/forhindres. For å nå dette målet skal det prioriteres innsats på tre områder: legemiddelsikkerhet, sykehusinfeksjoner og det å gjenkjenne forverring i pasientenes kliniske tilstand og iverksette adekvate tiltak.

Det er ikke nasjonale kampanjer for pasientsikkerhet i Australia, men en rekke tiltak eller program for pasientsikkerhet. I New South Wales ble "Patient Safety and Clinical Quality Program" vedtatt av det lokale/statlige helsedepartementet i 2005. Det er et helsepolitisk dokument med retningslinjer for en rekke ulike tiltak: meldeordninger, pasientklagerordninger, journalgjennomgang, kvalitetsforbedring og kvalitetssikring.

The Clinical Excellence Commission (CEC) har en sentral rolle i kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid i New South Wales. De har en rekke prosjekter som dekker ulike aspekter ved pasientsikkerhet og kvalitet. Pasientsentrerte tiltak er blant annet behandling knyttet til sykehusinfeksjoner, pasientidentitet, ti råd til pasienter for tryggere behandling. "Between the flags" er et relativt nytt program fra 2010. Det skal forbedre helsepersonells evne til å gjenkjenne forverring i pasienters kliniske tilstand, og raskt iverksette adekvate tiltak. Programmet benytter et revidert skjema for observasjon av vitale tegn, og oppfølgende prosedyrer.

De eksisterer også regionale pasientsikkerhetsdirektorater som administrerer tilsvarende pasientsikkerhetsprogram som i New South Wales. En nærmere beskrivelse av



satsinger innen pasientsikkerhet i Western Australia finnes på departementets hjemmesider(17).

---

## **Innsatsområder i program**

---

### **The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care**

Presenterer 17 programområder på sin hjemmeside (regionalt i New South Wales):

<http://www.safetyandquality.gov.au/our-work/>

1. Accreditation
2. Clinical Care Standards
3. Clinical Communications
4. Clinical Quality Registries (Information Strategy)
5. Credentialling for Health Professionals
6. Falls Prevention
7. Healthcare Associated Infection
8. Indicators of Safety and Quality (Information Strategy)
9. Information Strategy
10. Medication Safety
11. National Safety and Quality Health Service Standards
12. Open Disclosure
13. Patient and Consumer Centered Care
14. Patient Identification
15. Patient Safety in Primary Health Care
16. Recognising and Responding to Clinical Deterioration
17. Safety in E-Health

### **Australian Institute of Health Innovation's Patient Safety Program**

Instituttet har fått et forskningsprogram i pasientsikkerhet fra National Health and Medical Research Council (NHMRC) fra 2009-2014. En kort oversikt over programmets målsetting finnes på deres hjemmeside, her presenteres de fire overordnede spørsmålene som ligger til grunn for programmene:

1. Hvilke planer for pasientforløp benyttes i behandlingen, og hvordan velges de?
2. Hvilke systemproblem er gjentakende ved svikt i behandlingsplan og mangler ved iverksetting?
3. Hvilke nyvinninger i informasjonsteknologi vil trolig bidra til å velge riktige planer for behandlingsforløp og en effektiv iverksetting av behandlingsplanen?
4. Kan en teoretisk syntese av sikkerhetsforskning modellere en sikkerhetsmodell som benyttes til å predikere så dynamiske og komplekse samhandlinger som eksisterer i helsetjenesten?

---

## Kompetanse

---

Australia publiserte i 2005 «A national patient safety education framework». Rammeverket ble utformet for å støtte høyskoler og universitet i utvikling av pensum, samt som pensum for et videreutdanningsprogram i pasientsikkerhet. Grunnprinsippet for videreutdanning var opplæring av lokale ledere som deretter underviste i sin egen organisasjon, et såkalt «train the trainer»opplegg (18).

Videre er det gjennomført en kartleggingsstudie blant studenter og lærere ved medisinutdanningen(19). Studien er en spørreskjemastudie som undersøkte hvorvidt sentrale elementer i pasientsikkerhet var inkludert på pensum, og i hvilken grad det var oppslutning om å inkludere pasientsikkerhet på pensum. Resultatene viste blant annet at det var stor variasjon med hensyn til hva som ble inkludert på pensum: det var størst oppslutning om å inkludere kommunikasjon, og minst oppslutning om undervisning om uønskede hendelser.

---

## Finansiering

---

Det har ikke vært mulig å identifisere særskilte finansieringsordninger for satsingene på pasientsikkerhet. I statsbudsjettet framgår rammefinansieringen av de tre føderale institusjonene.

Finansiering av The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care skjer i hovedsak over det føderale statsbudsjettet, og støtte fra de enkelt stater og andre inntektskilder. Estimert budsjett for 2013-14 er tilnærmet 147 millioner NOK, hvorav 88,5 kommer fra statsbudsjettet. Finansiering av *The National Health Performance Authority* skjer over det føderale statsbudsjettet. Estimert budsjett for 2013-14 er tilnærmet 186 millioner NOK. Finansiering av *Australian Institute of Health and Welfare* skjer dels over det føderale statsbudsjettet, og dels ved inntekter fra salg av varer og tjenester. Estimert budsjett for 2013-14 er i underkant av 355 mill NOK, hvorav vel 80 millioner NOK kommer fra statsbudsjettet.

Det er vanskelig å si noe klart om finansieringen ellers fordi arbeidet med å bedre pasientsikkerhet til dels er styrt av ulike institutt med ulike oppgaver.

Det er ikke funnet en generell evaluering av pasientsikkerhetsarbeidet i Australia.

---

# Canada

Canada er et konstitusjonelt monarki (som medlem av Commonwealth of Nations) og en føderasjon bestående av ti provinser og tre territorier, og om lag 33,5 millioner innbyggere. Helsevesenet kan beskrives som et offentlig finansiert universelt helseforsikringssystem. Ansvar for helsevesenet er delt mellom det føderale nivå og provinsene. Provinsene har en stor grad av selvstyre, og er ansvarlige for helseforsikring, helseplaner og administrering av helsetjenester i sin provins. Provinsenes autonomi er regulert av Canada Health Act (CHA), en nasjonal helselovgivning som legger premisser for finansiering og organisering av helsetjenesten i provinsene og territoriene(20). Health Canada er helsedepartementet i Canada.

Finansiering av helsevesenet er delt mellom sentrale overføringer fra føderalt nivå og den enkelte provins. Det føderale nivået har pålagt alle provinser å ha forsikringer som dekker nødvendig helsehjelp, men hva som inngår i nødvendig helsehjelp er ikke definert fra sentralt hold. Det som av den enkelte provins defineres som nødvendig helsehjelp skal fullfinansieres av offentlig forsikring. Canada har en nasjonal enhet for pasientsikkerhet, har pasientsikkerhetskampanjer, ulike pasientsikkerhetsprogram og en nasjonalt meldeordning. Akkreditering av helsetjenesten er obligatorisk i to provinser, Alberta og Quebec, og er i utstrakt bruk i flere andre provinser.

---

## Målsetting for pasientsikkerhetsarbeid

---

Canadian Patient Safety Institute (CPSI) har utviklet en ny strategisk plan(21). Instituttet har identifisert fire målsettinger for sitt arbeid som skal bidra til den overordnede målsettingen: å bedre pasientsikkerheten. De skal lede arbeidet med å utvikle en nasjonal strategi for pasientsikkerhet, bidra og vedlikeholde kunnskap om pasientsikkerhet, bygge og påvirke kapasitet for pasientsikkerhet på organisasjon og systemnivå, samt engasjere interessentene på tvers i systemet for pasientsikkerhetsarbeidet. Formålet er at organisasjonen skal bidra til samhandling og synergi mellom de ulike aktørene, for å få en raskere forbedring av pasientsikkerheten i Canada.

Accreditation Canada har utviklet ni målsettinger for pasientsikkerhet som organisasjoner skal ha. Det er generiske målsettinger, ikke tallfestede mål. For eksempel

skal organisasjonene skape en pasientsikkerhetskultur, identifisere risikofaktorer ved pasientpopulasjonen og redusere risiko for sykehusinfeksjoner. Områdene som er identifisert er kultur, kommunikasjon, legemiddelbruk, arbeidsmiljø, infeksjonskontroll og risikostyring.

---

## **Etater / Organisasjoner**

---

I 2003 opprettet Health Canada *Canadian Patient Safety Institute* (CPSI)(22). CPSI har ansvar for å lede og koordinere arbeid med pasientsikkerhet i Canada. Målsetting er å inspirere til en ekstraordinær innsats for å bedre pasientsikkerheten. Det skjer gjennom å bygge kapasitet og kunnskap om pasientsikkerhet, gjøre ressurser og ulike tiltak tilgjengelig, satse på nettverksbygging og forskning.

Canadian Institute of Healthcare Information (CIHI) er en non-profit organisasjon som er hjemlet i lovs form og har som mandat å offentliggjøre informasjon om helse/helsesystemet i Canada(23). Formål er å bidra til kvalitetsforbedring gjennom informasjon om helsetjenestens ytelser. Informasjon om pasientsikkerhet er knyttet til meldeordning, analyse av data og utvikling av standarder for helsetjenesten.

I syv av provinsene er det opprettet organisasjoner som arbeider med kvalitet og pasientsikkerhet. Kvalitetsrådet i Alberta (*Health Quality Council of Alberta* (HQCA)) er et eksempel på en slik organisasjon(24). Det har med mandat til å informere innbyggerne om kvalitet og pasientsikkerhet i helsevesenet. Organisasjonen måler, monitorer og rapporterer på pasientsikkerhet og kvalitet i henhold til et valgt rammeverk.

*Atlantic Health Quality and Patient Safety Collaborative* (AHQPSC) er et samarbeidsråd mellom for atlantehavsprovinsene, altså østkysten i Canada. Samarbeidsrådet er opprettet som et treårig prosjekt som skal bidra til felles strategier og anbefalinger innenfor pasientsikkerhets og kvalitet. Det er en virtuell organisasjon som møtes en gang i året, ellers opprettholdes kontakt via nett. Rådet er en avlegger av den kanadiske pasientsikkerhetskampanjen.

*Accreditation Canada* er en non-profit organisasjon og har akkreditert sykehus i hele Canada i 60 år. Akkrediteringen omfatter alt fra hele helsevesen i enkelte provinser, til sykehus og legekontor i andre provinser.

---

## **Meldeordninger**

---

The National System for Incident Reporting (NSIR) er en frivilling meldeordning lokalisert hos CIHI. Det ble utviklet for å dele og lære av uønskede legemiddelhendelser. NSIR kan nå benyttes til en rekke kvalitetsforbedringstiltak som å identifisere

re pasientsikkerhetstiltak på lokalt nivå, sammenfatte data for intern rapportering og understøtte utviklingen av varsler og anbefalte tiltak på systemnivå.

På nasjonalt nivå er det utarbeidet et rammeverk for meldeordninger og analyse av uønskede hendelser. Rammeverket er publisert av CPSI.

---

## **Pasientsikkerhetssatsninger**

---

Canada har en pågående kampanje for pasientsikkerhet *Safer Healthcare Now!* (21). Kampanjen ble startet av CPSI i 2005 med de samme innsatsområdene som i den amerikanske 100K Lives Campaign. Fire nye områder ble inkludert i 2007 og kampanjens andre fase hadde 10 innsatsområder. *Safer Healthcare Now!* arrangerte nasjonale læringsnettverk fra 2005-2010. De regionale nettverksgrupper er fortsatt aktive, men kontakt og formidling er mer nettbasert. Kampanjen har ikke annonsert nye program eller samarbeidsprosjekt etter 2011.

Fra 2005 har CPSI årlig arrangert en minikampanje i form av en pasientsikkerhetsuke. Der satses det på en rekke lokale sykehusarrangement som skal sette fokus på pasientsikkerhet. Det er utviklet en rekke verktøy, eller promoteringsartikler, som skal bidra til å sette pasientsikkerhet på agendaen.

<http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/news/cpsw/Pages/default.aspx>

CPSI startet i 2010 en egen satsing for håndhygiene etter mønster fra Verdens Helseorganisasjon. Det består i hovedsak av et evalueringsskjema som kan benyttes for å vurdere hvordan tiltakene for å bedre håndhygiene er på post/avdeling eller sykehusnivå. Nettsted: <https://shn.med.utoronto.ca/hh/>. CPSI har markert seg på felerområder, deriblant med nasjonale retningslinjer for Open disclosure (å være åpen om uheldige hendelser ovenfor pasienter), hendelsesanalyse, rammeverk for pasientsikkerhet, teamwork, kommunikasjon og forebygging av selvmord med mere.

CPSI har gjennom ekstern evaluering og dialog med styringsgruppe lagt en ny virksomhetsplan for pasientsikkerhet for 2013-2018. Initiativet betegnes: «Patient Safety Forward With Four». Det er fire strategier med følgende målsetting:

1. CPSI vil lede etableringen av en nasjonal felles pasientsikkerhetsstrategi.
2. CPSI vil inspirere og sørge for kunnskap om pasientsikkerhet i systemet, og gjennom innovasjon bidra til grunnleggende endringer.
3. CPSI vil bygge og påvirke pasientsikkerhetsevnen (kunnskap og ferdigheter) på organisasjons og systemnivå.
4. CPSI vil engasjere alle tilhørere på tvers av helsesystemet i den nasjonale pasientsikkerhetsagendaen.

Hensikten er å bidra til et overordnet rammeverk for å identifisere prioriteringer og samordne CPSI og de andre pasientsikkerhetssatsningene i Canada. Klinisk priori-

terte områder er legemiddelsikkerhet, trygg kirurgi, infeksjonsforebygging og kontroll og sikkerhet i hjemmetjenestene.

Accreditation Canada har fokus på pasientsikkerhet som en integrert del av kvalitetsarbeidet. De har egne strategier for hvordan arbeidet med pasientsikkerhet best kan integreres og implementeres i helsetjenesten. Den første pasientsikkerhetsstrategien (2003-2007) etablerte et verktøy "Required Organizational Practice" (ROP) som er krav til rutiner for pasientsikkerhetsarbeid i sykehusene. ROP ble integrert del av akkrediteringen i 2006. ROP omfatter sikkerhetskultur, kommunikasjon, legemiddelhåndtering/bruk, arbeidsmiljø, infeksjonskontroll og risikovurdering(25).

Den nåværende strategien, 2012-2014, vektlegger kapasitetsbygging, å gjøre ressurser tilgjengelig for helsetjenesten, og kunnskapsdeling og samarbeidsprosjekt. Accreditation Canada samarbeider med CPSI og har stor grad av overlappende aktiviteter. De arrangerer en årlig konferanse om kvalitetsforbedring som også støttes av CPSI.

---

## **Innsatsområder i kampanje**

---

1. Gjennomføre evidensbaserte behandlingstiltak for alle hjerteinfarktpasienter(AMI)
2. Infeksjonsforebygging og kontroll (IPAC)
3. Forebygge sepsis i forbindelse med sentralt venekateter (CLABSI)
4. Forebygge fall og fallskader
5. Forebygge legemiddelrelaterte pasientskader for akutt, langtid og hjemme pasienter
6. Etablere 'Rapid response team' (ekspertgruppe som tilkalles ved forverret tilstand hos pasienter) (RRT)
7. Forebygge postoperative sårinfeksjoner (SSI)
8. Forebygge respiratorassosiert pneumoni (VAP)
9. Dyp venetrombose (VTE)
10. Trygg kirurgi (SSL)

---

## **Kompetanse**

---

CPSI har utviklet flere program for å heve kunnskapen og kompetansen ift pasientsikkerhet. De har et program for turnuskandidater, ASPIRE, som også gir sertifisering og videreutdanningspoeng, fra 2013 er det opprettet et kurs for helsepersonell og ledere som har ansvar for pasientsikkerhet i organisasjonen, Patient Safety Officer Course, ett kurs i kvalitet og pasientsikkerhet for styremedlemmer og ledergrupper i sykehus og et omfattende Patient Safety Education Program – Canada (PSEP – Canada).

PSEP – Canada er et kurs hvor en utdanner ledere/veiledere i pasientsikkerhet. Målsettingen er å utdanne ledere/veiledere som kan stå for internopplæring i pasientsikkerhet i sine egne organisasjoner. Pasientsikkerhetsarbeidet skal være tverrfaglig, de skal kunne planlegge utdanning i pasientsikkerhet lokalt, og samordne Pasientsikkerhetssatsninger med kvalitetsforbedring i organisasjonen. De har også utviklet en egen modul for pasientsikkerhet innenfor psykisk helse(26).

Accreditation Canada har i sin pasientsikkerhetsprosedyre at det årlig skal være et utdanningstilbud i pasientsikkerhet i organisasjonen. De deltar også som undervisere og ressurspersoner på CPSI sine kurs.

---

## **Finansiering**

---

Canadian Institute of Healthcare Information er en transparent organisasjon i den betydning at strategiske dokumenter er lett tilgjengelig på organisasjonens nettsidene. CPSI er finansiert over statsbudsjettet med 46,4 mill NOK i 2013-2014(27). Instituttet har om lag 5,8 million kroner i andre inntekter. Utgiftene til de ulike pasientsikkerhetsprogrammene (kampanje, utdanning, kompetanseutvikling og ledelse) utgjør om lag en tredjedel av budsjettet. Knappt to tredjedeler er driftsutgifter, hvor lønnsmidler utgjør knapt 20 million kroner.

Accreditation Canada har som nevnt en sentral rolle i pasientsikkerhetsarbeidet, men det framgår ikke av årsrapporten hvor stor del av deres årlige inntekt som går til pasientsikkerhet. Pasientsikkerhet er en integrert del av arbeidet med akkreditering. De hadde i 2011 en årlig inntekt på knapt 128 millioner kroner.

---

## **Evaluering**

---

CPSI har nettopp gjennomgått en ekstern evaluering(17). Evalueringen identifiserte instituttets mest sentrale roller til å være som ressurs, pådriver, utdanner og bevisstgjører. Evalueringen anbefalte organisasjonen å legge vekt på sin rolle som samarbeidspartner og sammenfatter, og mindre grad som iverksetter av tiltak. Enkeltprogram kan starte i CPSI, men bør etter hvert overføres til andre for varig drift.

---

# Danmark

Danmark har et universelt og offentlig finansiert helsevesen, ledet av Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Sundhedsstyrelsen er underliggende etat som kan sammenlignes med vårt helsedirektorat og helsehelsetilsyn. Ansvar for helsevesenet er delt mellom stat, region og kommune. Staten har ansvar for finansiering og initiering og implementering av helsepolitikk.

Danmark er delt inn i fem regioner og 98 kommuner, og har om lag 5,6 millioner innbyggere. De regionale myndigheter har ansvar for drift av både primær- og spesialisthelsetjenestene. Sykehus akkrediteres etter den Danske Kvalitetsmodellen.

I 2004 ble det innført en nasjonal meldeordning for pasientsikkerhet, fra 2009 omfatter meldeordningen også hendelser i primærhelsetjenesten. Danmark har gjennomført flere pasientsikkerhetskampanjer i et samarbeid mellom private og offentlige aktører.

---

## Målsetting for pasientsikkerhetsarbeid

---

Det er ikke funnet noen uttalte målsettinger for pasientsikkerhet på hjemmesidene til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, ei heller på nettsidene til Sundhedsstyrelsen. Vekten legges på arbeid med tilsyn og på å lære av og forebygge uønskede hendelser.

---

## Etater / Organisasjoner

---

*Sundhedsstyrelsen* som er underlagt ministeriet, skal sørge for planlegging, tilsyn og kvalitet, statistikk, forebygging og utdanning. Sundhedsstyrelsen har lokale kontor i hver av landets fem regioner. Lægemedelstyrelsen ble slått sammen med Sundhedsstyrelsen i 2012.

Nettportalen [www.Sundhed.dk](http://www.Sundhed.dk) er et samarbeid mellom stat, regioner og kommuner. Den gir informasjon om plikten til å melde utilsiktede hendelser og videre har hver region sine nettsider i portalen hvor en finner informasjon om organisering av pasientsikkerhet i regionene. Pasientsikkerhet er noe ulikt organisert i de ulike regioner,



i regionene Hovedstaden og Sjælland er det opprettet en egen enhet for pasientsikkerhet, i Region Syddanmark er pasientsikkerhet lagt til Center for Kvalitet, i Nordjylland og Midtjylland er hovedvekten lagt på rapportering av utilsiktede hendelser(28).

IKAS, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, har ansvar for akkreditering av helsetjenesten og utvikling av den Danske Kvalitetsmodellen. IKAS er resultat av et samarbeid mellom Danske Regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedstyrelsen, KL, Danmarks Apotekerforening og Dansk Erhverv.

*Dansk Selskab for Patientsikkerhed (DSPS)* er et forum for å bedre pasientsikkerheten i helsevesenet(29). Selskapet ledes av et styre av sentrale interessenter og i tillegg er det oppnevnt et pasientsikkerhetsråd som gir råd til styret. DSPS skal fungere som organisatorisk ramme, samle og inspirere arbeidet med pasientsikkerhet.

*KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning*, gjennomførte i 2012 en kartlegging av kvalitet og pasientsikkerhetsmiljøer i Danmark. De finner i alt 74 nasjonale miljøer hvorav 9 miljøer i tilknytning til universiteter.

---

## **Meldeordninger**

---

*DanskPatientSikkerhedsDatabase (DPSD)* er meldeordningen som er opprettet for å samle inn, analysere og formidle kunnskap om årsaker til risikosituasjoner. Systemet er delt i to nivå; lokalt(regionalt) og nasjonalt. Det lokale rapporteringssystemet skal brukes til lokalt forbedringsarbeid, samt rapportere videre til den nasjonale databasen. Når en hendelse rapporteres sendes rapporten automatisk til den region, hvor hendelsen har skjedd. Regionen registrerer og analyserer meldingene for å lære og samt foreslår konkrete endringer for å forebygge at samme hendelse skjer igjen. Regionene benytter data fra DPSD i styringen av helsetjenesten i regionen.

Meldeplikten knyttet til utilsiktede hendelser er sentral på nettsidene til Sundhed.dk, både på nasjonalt nivå og på regionalt nivå. Regionene har ulik tilbud om oppfølging og videre informasjon. Det er mulig å melde anonymt, om lag 15 % av meldingene rapporteres anonymt. Det er videre en sammenheng mellom graden på alvorlighet ved skade og villighet til å oppgi navn, til alvorligere skade til større villighet til å oppgi navn(30).

Når opplysningene er analysert i regionen videresendes de, i anonymisert form, til Sundhedsstyrelsen. Fra og med 2011 blir databasen administrert av pasientombudet, og pasienter og pårørende kan fra samme tid melde inn i DPSD. Patientombudet ble opprettet som en egen myndighet under Indenrigs- og Sundhedsministeriet i 2011. Det publiseres årsrapport og nyhetsbrev basert på meldingene(30).

---

## Pasientsikkerhetssatsninger

---

Et tidlig initiativ var etableringen av meldeordningen for utilsiktede hendelser gjennom lovgiving i 2004. Ved lovendringen ble helsepersonell pliktig til å melde utilsiktede hendelser, samtidig som det ble lovfestet at de ikke kunne forfølges med disiplinær- eller straffesak på grunnlag av meldingen. Pasientsikkerhet er nå inkludert i Sundhedsloven. Fra 1.september 2011 har pasienter og pårørende også mulighet til å melde. Loven gir den enkelte melder mulighet til å være anonym.

Pasientsikkerhetskampanjene , i regi av Dansk Selskab for Patientsikkerhed, er så vidt vi kan se ikke omtalt på Sundhedstyrelsen eller Ministeriet sine nettsider. Det vises imidlertid til en satsing på pasienten i sentrum med vektlegging av sikkerhet og brukerinvolvering. Sundhedsstyrelsen utga i perioden 2009-2011 et eget nyhetsbrev om pasientsikkerhet. Sundhedsstyrelsen har ansvar for å føre tilsyn med sykehusene og pasientsikkerhet er oppført som formålet med tilsyn, og bistår med veiledningstjeneste for helsepersonell som et ledd i å bedre pasientsikkerheten i helsetjenesten.

Pasientsikkerhet er et klart tema i akkreditering etter den Danske Kvalitetsmodell(31). Det etterspørres både i forhold til organisatoriske prosesser, med også som resultat i pasienterfaringsundersøkelser. Oppfølging av pasienter, pårørende og helsepersonell er også nedfelt som en kvalitetsstandard i akkreditering av sykehus.

Sundhed.dk har tydelig uttalt satsing på meldeplikten knyttet til utilsiktede hendelser, i tillegg har flere regioner opprettet flere pasientsikkerhetsråd som skal sikre forankring av pasientsikkerhetsarbeidet. Det tilbys også utdanning i pasientsikkerhet, og verktøykasser for pasientsikkerhet. Tilbud om undervisning og enkelte andre tiltak er samarbeidsprosjekt med Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed arrangerte i samarbeid med TrygFonden en kampanje for økt pasientsikkerhet fra 2007-2009 ” Operation Life”. Samarbeidet er videreført i 5 regionssykehus, med en prosjektperiode på tre år, fra 2010 til 2013. Prosjektet som betegnes ”pasientsikkert sykehus” har veilederbistand fra Institute for Healthcare Improvement i USA (se omtale av USA).

Dansk Selskab for Patientsikkerhed presenterer 16 innsatsområder/prosjekter på sin hjemmeside. Flere prosjekt er kampanjepregede i form, andre er nettbasert informasjon til spesifikke målgrupper. Et eksempel er ”Sikker Patient” som også bruker informasjon og ressurser fra pasientsikkerhetskampanje og et prosjekt om pasientambassadører.

‘I sikre hender’ er et samarbeidsprosjekt mellom Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, KL (Kommunernes Landsforening) og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Det er et pilotprosjekt som går over tre år, etter en søknadsprosess ble fem kommuner valgt til å delta i prosjektet. Sentralt i prosjektet er å redusere uønskede hendelser i tilknytning til legemidler, fall og trykksår. Brukerinvolvering og ledelsesforankring framholdes som viktige elementer i forbedringstiltakene.

---

## **Innsatsområder i kampanje**

---

Innsatsområdene i Operation Life og Pasientsikkert sykehus:

1. Redusere antall dødsfall ved hjerteinfarkt (AMI)
2. Forhindre infeksjoner ved bruk av CVK
3. Redusere antall dødsfall og reinnleggelser etter hjertesvikt
4. Redusere medisineringsfeil knyttet til risikolegemidler
5. Forhindre urinveisinfeksjoner (KAD)
6. Trygg kirurgi
7. Samstemming av legemiddellister
8. Bruk av mobilt akuttsystem
9. Forebygge infeksjoner ved bruk av PVK
10. Redusere komplikasjoner i forbindelse med bruk av respirator
11. Tidlig oppdagelse av sepsis og behandling av sepsis
12. Forebygge trykksår
13. Ledelsespakken

---

## **Kompetanse**

---

Kurs i pasientsikkerhet er et fast tilbud fra sundhed.dk. Det ser ut til å være et tett samarbeid mellom Enhet for patientsikkerhet i Region Hovedstaden og Dansk Selskab for Patientsikkerhed, som begge er lokalisert på Hvidovre Hospital. DSP har tidligere gjennomført kurs for ledere i pasientsikkerhet som er knyttet til risikohåndtering, kursene har vektlagt reaktiv og proaktiv metoder i pasientsikkerhet, samt generell kunnskap om pasientsikkerhet. DSP benytter nå kvalitetsforbedringsmodellen som metode for implementering av pasientsikkerhetstiltak. Det undervises i kvalitetsforbedringsmodellen på nettverksmøter og det henvises til gratis nettbasert undervisning fra Institute for Healthcare Improvement (se USA).

---

## **Finansiering**

---

Det er lite informasjon tilgjengelig om finansiering av pasientsikkerhetstiltak generelt i Danmark. Det framgår av sakspapirer til Danske regioner at de bidrar med en bevilgning på vel 3 millioner NOK til Dansk Selskab for Patientsikkerhed i 2013.

Årsrapporten for 2012 til Dansk Selskab for Patientsikkerhed viser til utgifter på vel 19,5 millioner kroner (32). Vi har ikke funnet informasjon på nett om TrygFondens eller eventuelle andre interessenters bidrag.

---

## **Evaluering**

---

Prosjektet Patientsikkert Sygehus har inngått en avtale med et eksternt evaluerings-selskap som har en følgeevaluering av hele prosjektet. Patientsikkert Sygehus setter konkrete tallfestede mål på hvert sykehus for sine innsatsområder. Kostnadene ved Patientsikkert Sygehus skal også evalueres. IKAS akkrediterer sykehus og har derigjennom en indirekte evaluering av sykehusene.

---

# England

Storbritannia har offentlig finansiert helsetjeneste som omfatter landene England, Skottland, Wales og Nord-Irland. The National Health System (NHS) ble opprettet i 1948 og har ansvar for forebyggende helse, primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Helsetjenestene er universelle og i hovedsak fritt tilgjengelig for de som har permanent oppholdstillatelse i Storbritannia<sup>2</sup>. Betegnelsen for NHS i de fire landene er

- National Health Service (England)
- Health and Social Care in Northern Ireland (HSCNI)
- NHS Scotland
- NHS Wales

England består av ni regioner og 48 counties og omfatter en befolkning på om lag 53 millioner. De siste 15 årene har det vært store omorganiseringer i helsevesenet<sup>3</sup>. I 2011 opprettet Helsedepartementet et nytt og uavhengig styrende organ, NHS England<sup>4</sup>, som har ansvar for forvaltning av NHS's budsjett, målstyring og prioriteringer. Våren 2013 ble de regionale helseforetakene lagt ned, og foretakene i NHS skal omgjøres til NHS Foundation Trust innen 2014. Overgangen fra ordinære NHS trust til NHS Foundation Trust innebærer en større grad av uavhengighet for foretakene. Uavhengigheten er knyttet til økonomi, organisasjon, samt ledelse- og bemanning.

Mandatet til å godkjenne institusjoner som NHS Foundation Trusts er lagt til Monitor, en statlig uavhengig organisasjon. De har et utstrakt ansvar for å følge med på helsetjenestens utøvelse av tjenester og har samtidig sanksjonsmyndighet. Ansvar for tilsyn med helse- og sosialtjenestene er lagt til Care Quality Commission som samarbeider blant annet med Monitor.

---

<sup>2</sup> Universell tilgang for helsetjenesten er avgrenset til "ordinarily residents", det innebærer en avgrensning for innbyggere med midlertidig opphold i landet.

<sup>3</sup> . Fra 2002 til 2013 var det 28 regionale helseforetak som hadde ansvar for å sikre kvalitet og ytelser for helsetjenesten i sine områder. Ansvaret for primærhelsetjenesten var delegert til 151 lokale Primary Care Trusts (PCTs).

<sup>4</sup> NHS Commissioning Board skiftet navn til NHS England i mars 2013.

Omorganisering i NHS innebærer at en rekke organisasjoner er lagt ned, eller videreført i en ny sammenheng. Nettside: <http://healthandcare.dh.gov.uk/system/>.

Det er i alt åtte nasjonale støttefunksjoner, samt syv regulerende og kontrollerende enheter som er etablert for å sikre pasientenes interesser. Arbeidet med pasientsikkerhet gjenfinnes i en rekke tiltak/program i de nasjonale støttefunksjonene, og er også relevant for flere av de regulerende/kontrollerende enhetene for NHS.

Fra 2001-2012 var NHS National Patient Safety Agency (NPSA) sentral i arbeidet med pasientsikkerhet og meldeordninger. I England har det vært gjennomført en rekke kampanjer for pasientsikkerhet.

---

## **Målsetting for pasientsikkerhetsarbeid**

---

Regjeringen har i sitt mandat til NHS England for 2013-2015 en uttalt målsetting om å forbedre pasientsikkerheten. Pasientsikkerhetskulturen skal bedres og det forventes en målbar forbedring knyttet til bruk av meldeordninger. Forebygging av selvmord framheves som særskilt satsingsområde innenfor for psykisk helse og kriminalomsorg.

Det identifiseres tre overordnede indikatorer for pasientsikkerhet, og seks indikatorer/områder for forbedring. Målsettingen er ikke tallfestet, men det er krav om rapportering.

Overordnede indikatorer:

1. Rapportering av uønskede hendelser
2. Uønskede hendelser som fører til alvorlig skade eller død
3. Dødsfall på sykehus som kan tilskrives problem med behandling

Områder for forbedring av pasientsikkerhet:

Reduksjon av forekomst:

1. Dyp venetrombose
2. Sykehusinfeksjoner (MRSA og C.difficile)
3. Nye trykksår, kategori 2-4
4. Legemiddelrelaterte pasientskader

Bedre sikkerhet for

5. Nyfødte (innleggelse av nyfødte som er født til termin på barselavdeling)  
Admission of full-term babies to neonatal care
6. Barn som er innlagt på sykehus: forekomst av skader som skyldes manglende overvåking. Delivering safe care to children in acute settings (Incidence of harm to children due to 'failure to monitor')

---

## **Etater / Organisasjoner**

---

*NHS National Patient Safety Agency (NPSA) 2001- 2012.* Organisasjonen hadde nasjonalt ansvar for å lede arbeidet med å bedre pasientsikkerheten i NHS og bidra til en bedre pasientsikkerhetskultur. NPSA etablerte en meldeordning for uønskede hendelser, framskaffet og formidlet informasjon om pasientsikkerhet, understøttet forskning og monitorering av pasientsikkerhet. Meldeordningen videreføres av NHS England, og er tilgjengelig fra de gamle nettsidene i lag med annet informasjon og kampanjemateriell.

NHS Institute for Innovation and Improvement 2005- 2013. Instituttet ble opprettet for å understøtte endringsprosessene i NHS ved å bidra til innovasjon, forbedring og implementering av “best practice”. Kompetansen fra instituttet er videreført i det nyopprettede NHS Improving Quality.

NHS Improving Quality (NHSIQ) er en nyopprettet organisasjon innen NHS England med ansvar for kvalitetsforbedringsarbeid. Organisasjonen har tre direktorat, inkludert et forbedringsdirektorat. Pasientsikkerhet er et av fem programområder i forbedringsdirektoratet.

*The Health and Social Care Information Centre* er opprettet i som et statlig uavhengig organ som understøtter informasjon og teknologiutvikling i NHS. De publiserer blant annet et sikkerhetstermometer.

The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) utvikler blant annet nasjonale retningslinjer og kvalitetsstandarder for helse- og sosialtjenesten i England. Fra 2013 har NICE status som en nasjonal ikke-departemental institusjon. De arbeider med evidensbasert kunnskap for helsetjenesten, kvalitetsstandarder og måling. Har i samarbeid med NPSA utarbeidet anbefalinger for pasientsikkerhet i sykehus.

*The Health Foundation* er en ideell uavhengig frivillig organisasjon som ble grunnlagt i 1983. De er blant annet medeiere i BMJ Quality and Safety Journal. The Health Foundation er organisert rundt en rekke program for kvalitet og pasientsikkerhet, og har vært aktivt involvert i flere pasientsikkerhetskampanjer.

---

## **Meldeordninger**

---

NPSA innførte National Report and Learning System (NRLS) i 2003. Meldeordningen omtales av NHS som den første i verden som samlet informasjon om uønskede hendelser i helsevesenet på nasjonalt nivå. I tilknytning til meldeordningen er det utarbeidet en veiledning ”Seven steps” for forbedring av pasientsikkerhet i

sykehus. Det er også utarbeidet versjoner tilpasset helsetjenesten for psykisk helse, primærhelsetjenesten og legekantor.

Hovedpunktene i de syv trinnene er:

1. Bygg en sikkerhetskultur
2. Ledelse og støtte til helsepersonell
3. Integrer arbeidet med risikostyring
4. Understøtt en god meldekultur (økt rapportering)
5. Involver og kommuniser med pasienter og pårørende
6. Lær av og del erfaringer knyttet til sikkerhet
7. Iverksett tiltak som forebygger skade

NRLS ble i 2012 overført til NHS Commissioning Board, forløperen til NHS England som nå drifter meldeordningen. Det publiseres regelmessig rapporter basert på rapportering av uønskede hendelser.

---

## **Pasientsikkerhetsatsninger**

---

NHS publiserte i 2000 en rapport om uønskede hendelser i helsevesenet: "An organisation with a memory: Report from an expert group on learning from adverse events in the NHS". Året etter publiserte NHS en strategi for pasientsikkerhet og *NHS National Patient Safety Agency* ble opprettet. Det ble også opprettet en egen meldeordning for uønskede hendelser. NPSA var ansvarlig for gjennomføring av kampanjer for pasientsikkerhet i samarbeid med *NHS Institute for Innovation and Improvement* og *The Health Foundation*.

Den første pasientsikkerhetskampanjen ble initiert i 2004 av NPSA og fokuserte på håndhygiene. "Cleaner hands campaign" gikk fra å være en nasjonalt styrt kampanje til et lokalt drevet program i 2010. Nettside:

<http://www.npsa.nhs.uk/cleanyourhands/about-us/>

The Health Foundation gjennomførte i 2004-2008 en kampanje i samarbeid med Institute for Healthcare Improvement i USA. Kampanjen *Safer Patients Initiative* omtales i ettertid som et program som ga grunnlag for videre arbeid og engasjement (33).

England har også gjennomført en mer tradisjonell pasientsikkerhetskampanje "Patient Safety First Campaign" fra 2008-2010. Kampanjen hadde følgende fem innsatsområder: bevisstgjøre ledere, redusere unødige dødsfall i sykehus, redusere infeksjoner i intensivbehandling, redusere postoperative sårinfeksjoner, redusere bivirkninger av legemidler med *kjent risiko*. Klinikere benyttet seg av webinarer og



sjekklisten for trygg kirurgi er innført. Et hovedprinsipp er lokalt forbedringsarbeid skal skje lokalt.

*NHS Institute for Innovation and Improvement* startet en ny satsing på pasientsikkerhet "Harmfreecare" i 2013, instituttet ble lagt ned mars 2013, men satsingen er videreført av NHS. Målsettingen er en konkretisering av innsatsområder fra kampanjen, men med vekt på lokalt initiativ. De har samlet ressurser og verktøy fra tidligere kampanjer og gjort dem tilgjengelig via internett. Hovedvekten er lagt på å gjøre informasjon tilgjengelig på nett, og gi klare strategier for hvordan drive og lede pasientsikkerhetsarbeid lokalt. Satsingen er bygd opp rundt kvalitetsforbedringsarbeid. <http://harmfreecare.org/>.

Dette arbeidet understøttes også av The Health and Social Care Information Centre som er et statlig uavhengig informasjonssenter. Fra og med juli 2012 publiserer de et NHS sikkerhetsbarometer som er et verktøy for lokal oppfølging av pasientsikkerhetsarbeid. Organisasjonen har også ansvar for drifte en kvalitetsindikatorportal portal og 30 dagers overlevelse.

NHS Improving Quality (NHSIQ) har pasientsikkerhet som et programområde, og det skal satses på å øke både kompetanse og kapasitet for pasientsikkerhet i NHS. Det skal skje blant annet gjennom opprettelsen av ett nytt nettsted som skal samle og formidle forbedringsverktøy for pasientsikkerhet, en omfattende nasjonal kampanje for pasientsikkerhet er varslet og det skal etableres et program for nasjonalt sikkerhetssamarbeid som skal bidra til innsats på spesifikke innsatsområder og understøtte oppbyggingen av lokalt pasientsikkerhetsarbeid. Kvaliteten på meldinger til meldeordningen skal også forbedres.

---

## **Innsatsområder i kampanje**

---

1. Ledelse for pasientsikkerhet
2. Redusere skade ved forverring i tilstander
3. Redusere skade av pasienter i kritisk fase
4. Redusere skade postoperative sårinfeksjoner
5. Redusere skade av høyrisiko-medisiner

---

## **Kompetanse**

---

«Harmfree Care» knytter kompetanse i pasientsikkerhet for helsepersonell til opplæring i kvalitetsforbedring (34). Kvalitetsforbedring er også et ledd i endringsmodellen til NHS(35), i tilknytning til den er det utviklet nettbasert undervisning og ressurser.

NHS England har opprettet et NHS Leadership Academy, en nettbasert ressurs for ledelsesutdanning. De skal være sentral ressurs for ledere i helsetjenesten, med ulike kurs for ledere, verktøy, og informasjon om godt lederskap i NHS. Det er et modulbasert system hvor kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet inngår i rammeverket for godt lederskap(36).

---

## **Finansiering**

---

Budsjett og kostnader knyttet til gjennomføring av pasientsikkerhetskampanjer eller program er vanskelig tilgjengelig. National Patient Agency hadde ansvar for meldeordningen, medisinsk etiske forskningskomiteer og ulike Pasientsikkerhetsatsninger hadde det siste året et regnskap på nærmere 211 millioner kroner. Støtte fra staten utgjorde i underkant av 163 millioner kroner(37).

---

## **Evaluering**

---

Kampanjen *Safer Patients Initiative* ble evaluert i 2010, evalueringen besto av tre elementer, en intern evaluering basert på målinger i kampanjen, en ekstern vurdering av om måloppnåelse for to av innsatsområdene, og en ekstern forskningsevaluering knyttet til sikkerhet i sykehusene. Hovedkonklusjon er at kampanjen rapporterer lokal forbedring internt i sykehusene, den eksterne evalueringen av måloppnåelse viser ikke signifikante forskjeller i utfallsmål som kan knyttes til kampanjen, forskningsevalueringen viser blant annet til positive endringer i sikkerhetskultur for sykehusene. Kampanjen lykkes kanskje ikke med noen målsettinger, men bidro til bedre pasientsikkerhetskultur og å sette pasientsikkerhet på agendaen(33).

National Patient Safety Agency publiserte en læringsrapport med egen evaluering av kampanjen i etterkant *Patient Safety First* (38). Evaluering av enkelttiltak i kampanjen som innføring av sjekklister Trygg kirurgi var utfordrende, kun 11 % av sykehusene svarte på spørreundersøkelsen.

---

# Skottland

Storbritannia har offentlig finansiert helsetjeneste som omfatter landene England, Skottland, Wales og Nord-Irland. NHS Scotland ble opprettet ved lov i 1947 og sikret universell tilgang på helsetjenester i hele Skottland. Skottland har en befolkning på om lag 5,3 millioner mennesker og deles inn i 32 rådsområder med lokal styring. Helsetjenesten er politisk og finansielt styrt gjennom Health and Social Care Directorate.

Det er 14 regionale Health Boards i Skottland, de har ansvar for primær- og spesialisthelsetjenesten i sine områder. I tillegg er det åtte Special Health Boards med nasjonalt ansvar for blant annet utdanning, ambulansetjenester og kvalitetsforbedring. De regionale Health Boards er pålagt fra NHS Scotland å arbeide med og rapportere på pasientsikkerhet. Healthcare Improvement Scotland er et Special Health Board opprettet i 2011. De koordinerer et nasjonalt program for pasientsikkerhet.

---

## Målsetting for pasientsikkerhetsarbeid

---

Departementet har satt som en målsetting for pasientsikkerhet at tjenestene ikke skal føre til pasientskader som følge av helsetjenesten, og at det til enhver tid er passende, rene og sikre omgivelser for helsetjenesten. Det arbeides videre for å utvikle en pasientsikkerhetsindeks som skal bidra til å redusere forekomsten av skade i akuttsektoren. Det inngår som en del av satsingen for Vision 2020, en strategi for hvordan helse og omsorgstjenester skal være i Skottland i 2020.

---

## Etater / Organisasjoner

---

Healthcare Improvement Scotland ble opprettet i 2011 som et uavhengig offentlig rådgivende og styrende organ. Organisasjonen er et resultat av sammenslåingen av flere organisasjoner herunder: Scottish Health Council, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Healthcare Environment Inspectorate og Scottish Health Technologies Group. Den har blant annet ansvar for tilsyn med private helseinstitusjoner, og har en rekke pågående program inklusiv pasientsikkerhetsprogrammet og pasienterfaringsundersøkelser.

---

## Meldeordninger

---

Skottland utvikler nå for første gang et program for meldeordninger på nasjonalt nivå. Healthcare Improvement Scotland publiserte i 2013 en rapport om håndtering av uønskede hendelser i helsetjenesten, den redegjorde for ulike erfaringer som er gjort med rapportering og læring av uønskede hendelser i forskjellige meldeordninger i Skottland(39). Rapporten er en sammenfatning av en rapportserie fra meldeordninger i ulike Health Boards. I programmet for meldeordninger utvikles det nå et rammeverk for meldinger i samarbeid med de ulike health boards og det er forventet at det blir tatt inn i styringslinjen for helsetjenesten i Skottland. Meldeprogrammet har fått sin egen nettside: <http://www.knowledge.scot.nhs.uk/adverse-events.aspx>.

---

## Pasientsikkerhetssatsninger

---

Det skotske programmet har vært initiert fra sentralt hold i NHS, men har regional forankring. Hvert av de 14 Health Board'ene har lokale programansvarlige for ulike typer aktiviteter. Det nasjonale satsingsprogrammet er fra januar 2008 organisert som en kampanje med 12 satsingsområder. Sentralt er kompetanse i kvalitetsforbedring, involvering av brukere og forankring i ledelsen. Det arbeides nå målrettet med å integrere pasientsikkerhetsprogrammet og andre kvalitetsforbedringstiltak. Pasientsikkerhetsprogrammet bærer preg av kampanje, men er i en prosess hvor pasientsikkerhetsprogrammet ser ut til å bli en integrert del av kvalitetsarbeidet og med sterk lokal forankring. Fase to startet i januar 2013, og vektlegger blant annet infeksjons forebygging, fall og trykksår.

Pasientsikkerhetsprogrammet er delt inn i seks satsingsområder: sykehusinfeksjoner, akutt helsetjeneste, fødselsomsorg, barneavdelinger, psykisk helse og primærhelsetjenesten. Innenfor primærhelsetjenesten satses det særlig på pasientsikkerhetskultur, legemiddelhåndtering og bedre samhandling. Samhandlingstiltakene er knyttet til håndtering av både skriftlig og elektronisk kommunikasjon i overgangen mellom ulike tjenester.

---

## Innsatsområder i programmet

---

Scottish Patient Safety Programme er strukturert etter hvilken type helsetjeneste som leveres. De har ledelse som en generell tiltakspakke for alle tjenesteområder. Videre er tiltakspakkene tilpasset tjenesten de skal benyttes i. Programmet omfatter akutt helsehjelp, fødselsomsorg og barneavdelinger (omfatter neonatal, barsel, barn/unge), primærhelsetjeneste, psykisk helsetjeneste og infeksjoner.

Tiltakspakker omfatter følgende tiltak som er presentert på hjemmesiden:

1. Ledelse
2. Legemiddelshåndtering
3. Redusere skade etter operasjoner
4. Redusere trykksår
5. Infeksjonsforebygging
6. Rapid response team
7. SBAR Bedre kommunikasjon

Helsemyndighetene i Skottland har på bakgrunn av erfaringene til pasientsikkerhetsprogrammet valgt ut ti sentrale aktiviteter for å bedre pasientsikkerheten. De skal være universelle:

1. Håndvask
2. Leadership Walk Rounds
3. Sjekkliste for kirurgi (pre-operativ orientering og pause)
4. Sikkerhetsoppdatering for medisinske poster (daglig teambrief pasienter og sikkerhetsutfordringer)
5. Intensivpasienter får daglig oppdatert plan.
6. Ventilator Associated Pneumonia VAP infeksjonsforebygging.
7. "Tidlig varsel sjekk", observasjon av pasienter for skåring av risiko
8. Tiltakspakke for å redusere CVK infeksjoner ved oppstart
9. Tiltakspakke for å redusere CVK infeksjoner vedlikehold
10. Peripheral Venous Cannula (PVC) tiltakspakke for kateter som benyttes for legemiddel eller væsketilførsel

Innen primærhelsetjenesten er det startet nye satsninger knyttet til målinger av pasientsikkerhetskultur og måling av pasientskader på legekantor.

---

## **Kompetanse**

---

SPSP benytter kvalitetsforbedringsmodellen som metode for implementering av pasientsikkerhetstiltak. NHS Education administrerer nå Scottish Patient Safety Programme (SPSP) Fellows. Det er en lukket nettside med utdanningsressurser for de som er fellows i det skotske pasientsikkerhetsprogrammet.

NHS Education Patient Safety Group presenterer en rekke utdanningstilbud på nettsiden for kunnskapsbasert praksis (Evidence into Practice). Deriblant en nettbasert utdanningsmodul som tar om lag to timer å gjennomføre (40). Videre presenteres ulike elementer for å heve kompetansen i pasientsikkerhet

1. Ressurser/verktøyskasse som kan benyttes for å undervise i pasientsikkerhet
2. Basiskunnskap(ordforklaringer, pasienthistorier, grunnlagsinformasjon)
3. Oversikt over samlinger hvor det undervises pasientsikkerhet
4. E-læring: en for pasientsikkerhet og en for kvalitetsforbedring

På hjemmesidene til Healthcare Improvement Scotland vises det til at satsingen går nå over i en ny fase med et integrert program for pasientsikkerhet som skal understøtte kjerneaktivitetene og ambisjonene innen pasientsikkerhet som styresmaktene har formulert (se avsnitt om målsetting). Målgruppen for videre arbeid er lokale NHS styre og ledelse.

---

## **Finansiering**

---

Informasjon om finansiering av den skotske pasientsikkerhetsatsingen er vanskelig tilgjengelig. Fra styremøter i Healthcare Improvement Scotland høsten 2013 viser til en planleggingsprosess hvor den nye satsingen på pasientsikkerhet skal fastlegges. Det inkluderer blant annet registrering av mortalitet på sykehus.

---

## **Evaluering**

---

Det er lite informasjon tilgjengelig om evaluering av det skotske programmet. Universitetet i Leicester har et forskningsprosjekt i 2012-2014 hvor de skal evaluere the *Scottish Sepsis & Venous Thromboembolism (VTE) Joint Collaborative(41)*.

---

# Sverige

Sverige har et offentlig finansiert helsevesen, med universell tilgang til helsetjenester for befolkningen. Ansvaret for helsetjenesten er delt mellom stat, landsting og kommune. Sverige er inndelt i 20 landsting og 290 kommuner, og har om lag 9,5 million innbyggere. Staten ved Socialdepartementet har ansvar for overordnede helsepolitikk, samt folkehelse. Landsting og kommuner har hovedansvaret for planlegging, finansiering og drift av helsetjenester. Kommuner og landsting har relativt stor grad av frihet når det gjelder organisering av tjenester. Primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste er landstingets ansvar. Sosial- og omsorgstjenester er kommunes ansvar.

På statlig nivå er det noe omorganisering av enkelte nasjonale institusjoner. I 2013 ble ansvar for å føre tilsyn med helsetjenesten skilt ut fra Socialstyrelsen til Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Fra 2014 blir Statens folkhälsoinstitut og Smittskyddsinstitutet slått sammen til en felles organisasjon: Folkhälsomyndigheten.

Sverige har ikke arrangert en egen pasientsikkerhetskampanje, men har en klar satsing på pasientsikkerhet som en integrert del av kvalitetsarbeid. Sverige fikk tidlig en egen lovparagraf, Lex Maria i 1937, som regulerte meldeplikt. Den omfatter alle tilfeller hvor pasienter enten har blitt rammet av eller blir utsatt for risikoen for å rammes av alvorlig skade eller sykdom som følge av helsetjenestens ytelser.

---

## Målsetting for pasientsikkerhetsarbeid

---

Sverige innførte en ny pasientsikkerhetslov i 2011, implementeringen av loven støttes av en årlig avtale mellom Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner och Landsting, som også understøttes av ekstra finansiering. Avtalen tar utgangspunkt i en nullvisjon for såkalte «unnnvikbare vårdskador» og identifiserer ulike satsingsområder for å redusere pasientskader.

---

## Etater / Organisasjoner

---

*Socialstyrelsen* er underlagt helsedepartementet, og er regjeringens rådgivende organ overfor helsetjenesten. Den har blant annet ansvar for utarbeiding av forskrifter og retningslinjer, registerdata/statistikk og kunnskapsformidling. På nettsidene har Socialstyrelsen en egen portal om pasientsikkerhet. Tidligere hadde Socialstyrelsen ansvar for tilsyn med helsetjenesten, fra sommeren 2013 er det flyttet til en nyopprettet tilsynsmyndighet "Inspektionen för vård och omsorg". Meldeordningen for uønskede hendelser og samtlige regionale tilsynsmyndigheter (nå avdelinger) er også overført til IVO.

*Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* er en arbeidsgiver og interesseorganisasjon for Sveriges kommuner, landsting og regioner. SKL støtter landsting og kommuner i kvalitetsforbedringsarbeid, og derigjennom sikkerhet i helsetjenesten. SKL har vært og er en viktig pådriver og samarbeidspartner i svensk pasientsikkerhetsarbeid. SKLs medlemmer har i 2013 inngått avtale med Regjeringen om videre satsning og samarbeid om pasientsikkerhet.

SKL koordinerer målinger av pasientsikkerhet for enkelte områder: overbelegg, sykehusinfeksjoner, trykksår og for basalrutiner for hygiene og bekledning. SKL har samlet verktøy for lokalt pasientsikkerhetsarbeid på en nettside, og publiserer også erfaringer fra arbeid med pasientsikkerhet i sykehusene. *Qulturum* er et senter for forbedringskunnskap og innovasjon som også er en organisatorisk enhet inn under *Landstinget i Jönköping*.

---

## Meldeordninger

---

Lex Maria er en betegnelse for paragrafen om meldeplikt i loven om pasientsikkerhet. Betegnelsen Lex Maria, referer til en hendelse ved Mariasjukehuset i Stockholm hvor fire pasienter døde etter feilbehandling i 1936.

Det er meldeplikt for alle tilfeller hvor pasienter enten har blitt rammet av eller blir utsatt for risikoen for å rammes av alvorlig skade eller sykdom. Helsepersonell melder til ledelse (vårdgiver), som har ansvar for videre utredning og iverksetting av tiltak for å hindre at slike hendelser gjentar seg, eller tiltak som skal begrense skadeomfang om hendelsen ikke kan hindres.

Vårdgiver skal snarest melde hendelser som har ført til eller kunne ha ført til alvorlig skade til Inspektionen för vård och omsorg. Pasienter skal informeres om at det har inntruffet en skade (vårdskada), om hvilke tiltak helsetjenesten iverksetter for å forhindre at lignende hendelse skal skje igjen, samt om klage- og erstatningsordninger.



Pasienter som ønsker å melde om skade oppfordres til å melde lokalt., og deretter videre i systemet. De henvises også til pasientombud. Det er imidlertid åpnet for at pasienter kan melde direkte til IVO, meldingen kan ikke kreves unntatt offentlighet. <http://www.ivo.se/anmala-och-rapportera/klaga-pa-varden/Sidor/hur-gor-jag-en-anmalan.aspx>

---

## **Pasientsikkerhetssatsninger**

---

Fra 1.januar 2011 har Sverige en egen pasientsikkerhetslov. Den fastslår plikten alle helseinstitusjoner har til å føre et systematisk pasientsikkerhetsarbeid som skal dokumenteres med en årsrapport. Etter ikrafttredelsen av pasientsikkerhetsloven har Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner och Landsting(SKL) inngått årlige avtaler med formål om å ”støtte implementeringen av den nye pasientsikkerhetsreformen”, og i perioden 2011-2014 er det satt av midler som skal understøtte implementeringen av loven. Viktige satsningsområder som er nedfelt i avtalen mellom Socialstyrelsen og SKL for 2013, er brukermedvirkning, E-helse, legemiddelbruk, antibiotikaresistens, sykehusinfeksjoner og overbelegg. I tillegg ønskes det at en ser på mulige merverdier av de nevnte satsingene, en nasjonal støtte til de sykeste eldre, en nasjonal legemiddelstrategi og satsing på den nye nasjonale tilsynsmyndigheten IVO.

Säker vård – alle gånger er tittelen på *Landstinget i Jönköping* sin satsing på Pasientsikkerhet(42). Det beskrives som en kampanje med 16 satsingsområder. Qulturum er organisasjonen som står bak dette Pasientsikkerhetssatsningeret. De har tett samarbeid med Institute for Healthcare Improvement, og organiserer virksomheten sin som program. Kampanjesatsingen er et av flere program. Et annet program er kommunikasjon, som også er innsatsområde i kampanjen.

---

## **Innsatsområder i program og kampanje**

---

Innsatsområder i avtale mellom Socialstyrelsen og SKL:

1. Brukermedvirkning
2. E-helse
3. Legemiddelbruk
4. Antibiotikaresistens
5. Sykehusinfeksjoner
6. Overbelegg

Innsatsområder i lokal kampanje:

1. Tidlig identifisering av alvorlig syke – og handling
2. Behandling av hjerteinfarkt
3. Legemiddelfeil ved skifte av behandlingssted

4. Infeksjoner ved venøse infarkt (hjerneslag???)
5. Postoperativa sårinfeksjoner
6. Lungebetennelser i forbindelse med bruk av respirator
7. Skade knyttet til risikolegemidler
8. Komplikasjoner ved operasjoner
9. Behandlingsforebygging - fall, trykksår, undernæring og munnhygiene
10. VRI og spredning av MRB - Strama
11. Behandling ved hjertesvikt
12. Aktiv ledelse
13. Forhindre urinveisinfeksjoner
14. Forebygge selvmord
15. Legemiddelrelaterte problem
16. Kommunikasjon

---

## **Kompetanse**

---

Pasientsikkerhetsloven stiller et kompetansekrav til alt helsepersonell, og sosialstyrelsen har publisert en håndbok og veileder knyttet til forskriften. I den pekes det på ledelsens ansvar å sørge for nødvendig kompetanseutvikling hos personell (43).

Det finnes en rekke ulike tiltak i Sverige, flere av landstingene eller sykehusene har nettbaserte kurs, eller arrangerer lokale kurs i pasientsikkerhet. Sosialstyrelsen har utviklet ett nettbasert kurs i pasientsikkerhet, tema er legemiddelgjennomgang for eldre pasienter(44). Flere utdanningsinstitusjoner som Kungliga Tekniska Høgskolan, Lund Tekniska Høgskola og Høgskolen i Malmö, har tilbud om utdanning i pasientsikkerhet.

Skånes universitetssjukhus har en undervisningsportal med nettkurs for sine ansatte(45). Noen av kursene, som grunnkurs i hygiene, er obligatoriske for alt helsepersonell, andre er valgfrie. Landstinget i Jönköping län viser til de nettsidene sitt län.

---

## **Finansiering**

---

Det er knyttet en ekstra finansiering fra staten til Sveriges Kommuner och Landsting som en følge av avtalen om pasientsikkerhet. Totalt er det satt av 488 millioner NOK som SKL kan få del i, om de oppfyller målsettinger i avtalen.

I perioden 2011-2014 er det satt av 2,3 milliarder NOK. For 2013 er det satt av totalt 628 millioner kroner til økt satsing på pasientsikkerhet, hvorav 488 millioner kroner er reservert til prestasjonsbasert fordeling. Det enkelte landsting må oppfylle en rekke grunnkrav for å bli vurdert for tildeling. Omfanget av tilskuddet avgjøres etter en vurdering av en rekke pasientsikkerhetsindikatorer. Grunnkravene er:

1. Alle sykehus må ha levert årsrapport om pasientsikkerhet jfr lovteksten
2. Landstinget må ha deltatt i den nasjonale brukerundersøkelsen for primærhelsetjensten
3. Dokumentert pasientsikkerhetskultur i oppdatert planarbeid
4. Gjennomført strukturert journalgransking ved alle sykehus
5. Benytte nasjonell patientöversikt (NPÖ) hvor kravet er at min 25 % av enhetene skal kunne motta og sende pasieninformasjon elektronisk med andre tjenesteytere.

Landsting som oppfyller grunnkravene skal vurderes, og får tildelt støtte ut fra hvordan de presterer på seks pasientsikkerhetsområder.

Landstingene kan i tillegg få tildelt midler av en pott på 8,8 millioner kroner for å styrke pasientsikkerhetsarbeidet i landstinget.

---

# USA

USA er en føderal republikk bestående av 50 stater og et føderalt distrikt, og samlet befolkning er på om lag 316 millioner. Helsevesenet er i hovedsak basert på finansiering via helseforsikringer, enten tegnet på individuell basis eller kollektivt, for eksempel av arbeidsgivere. Det offentliges andel av utgiftene til forsikringer og helsehjelp er beregnet til 60-65 %. Finansiering og forsikringer for å sikre innbyggere adgang til helsetjenester ble endret ved lov i 2010 (The Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)). Den innførte blant annet en minimumsstandard for helseforsikringer, og pålegger alle som ikke er forsikret via arbeidsgiver eller andre, å tegne en helseforsikring. Loven blir trinnvist innført fra 2010-2014. Helsedepartementet, U.S. Department of Health and Human Services (HHS) har ansvar for offentlig finansiert helseforsikring gjennom Medicare og Medicaid<sup>5</sup>.

The Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005 (Patient Safety Act) er lovgrunnlaget som legger grunnlag for kvalitetsforbedringsarbeid og pasientsikkerhet. Loven gir retningslinjer for Patient Safety Organisations (PSOs), legger til rette for utbyggingen av en frivillig meldeordning for uønskede hendelser, og ansvaret for et nettverk av meldeordninger legges til *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ).

---

## Målsetting for pasientsikkerhetsarbeid

---

Det er ikke funnet noen uttalte målsettinger for pasientsikkerhet på hjemmesidene til helsedepartementet eller AHRQ.

---

## Etater / Organisasjoner

---

USA har en rekke organisasjoner og forum for pasientsikkerhet. Her har vi valgt å presentere et utvalg av sentrale aktører. Se vedlegg 1 for en mer fullstendig liste.

---

<sup>5</sup> Medicare bidrar til forsikring for personer over 65 år og funksjonshemmede, Medicaid er helseprogrammet for ressursvake familier/individer.

*Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* er ett av to nasjonale forskningsinstitutt som sorterer direkte inn under det amerikanske helsedepartementet (U.S. Department of Health and Human Services)<sup>6</sup>. De har siden 1999 hatt ansvar for å koordinere all føderal helsetjenesteforskning og kvalitetsforbedringstiltak.

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) er et føderalt byrå som administrerer Medicare og Medicaid. CMS har en satsing for å bedre kvalitet og sikkerhet i sykehus, Partnership for Patients (PfP).

The Department of Veterans Affairs (VA) er helsetjenesten for de militære, og de etablerte i 1999 et eget senter for pasientsikkerhet, National Center for Patient Safety (NCPS). Målsettingen til senteret er å bidra til reduksjon forebygging av uønskede hendelser som kan tilskrives helsetjenesten på nasjonalt nivå. De har et konfidensielt rapporteringssystem, arbeider systematisk med analyse av enkelthendelser (Root Cause Analysis), målinger av pasientsikkerhetskultur og vurderinger av pasientsikkerhet, og har egen satsing på brukerinvolvering med mer(46).

*National Quality Forum (NQF)* er en ideell organisasjon hvor medlemmene er private og offentlige helsetjenesteaktører. Organisasjonens hovedmålsetting er å bedre kvaliteten på helsetjenesten ved å samle ulike interessenter om felles målsettinger. De benytter formaliserte konsensusprosesser i prosessene. Pasientsikkerhet er sentral på agendaen og de har bidratt med anbefalinger om meldeordninger og har bidratt til å identifisert såkalte "never-events". NQF har posisjon som rådgivende organ både for offentlige og private aktører.

*Institute for Healthcare Improvement (IHI)* er en ideell uavhengig organisasjon opprettet i 1991. De tilbyr konferanser og utdanning innenfor kvalitetsforbedring etter gjennombruddsmodellen(47). I samarbeid med British Medical Journal utgir de tidsskriftet Quality and Safety in Healthcare. De står også bak to av de amerikanske kampanjene, henholdsvis 100K Lives Campaign og 5 Million Lives Campaign, samt en rekke andre Pasientsikkerhetssatsninger.

*National Patient Safety Foundation (NPSF)* er en ideell uavhengig organisasjon opprettet i 1997. American Medical Association er blant initiativtakerne til organisasjonen som favner bredt. Organisasjonen står bak flere ulike initiativ for pasientsikkerhet, den første kampanjen ble lansert i 2002. Brukerorientering, forskning og utdanning i pasientsikkerhet er strategiske satsinger for organisasjonen. I 2007 opp-

---

<sup>6</sup> Det andre instituttet er National Institutes of Health (NIH)

rettet organisasjonen The Lucian Leape Institute som strategisk tankesmie for pasientsikkerhet.

---

## Meldeordninger

---

Alle sykehus i USA er pålagt å ha en konfidensielt meldeordning. Helsetjenesteleverandørene kan avgrense tilgangen til meldeordningen, men det arbeides for at sykehusene (som PSO organisasjoner) i større grad skal dele informasjonen med andre organisasjoner. The Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005 (PSQIA) er lovgrunnlaget for et frivillig rapporteringssystem. Formålet med meldeordningen er å gjøre data fra de konfidensielle meldeordningene tilgjengelig for å vurdere og ta beslutninger knyttet til pasientsikkerhet og kvalitet.

Det er lokale meldeordninger, men det arbeides med å implementere et felles begrepssystem, *Common formats*. Data fra de ulike meldeordningene skal aggregeres i en nettverksdatabase administrert av AHRQ. Det er en uttalt målsetting at resultater fra analysene i meldeordningene skal inkorporeres i den nasjonale statusrapporten *National Health Care Quality Report*. Det er ikke publisert resultater fra meldeordningene i årets *National Health Care Quality Report*.

---

## Pasientsikkerhetsatsninger

---

AHRQ fikk sitt mandat som nasjonalt pasientsikkerhetsmiljø i 1999<sup>7</sup>. De skal bidra til utføre og bidra til forskning og bygge samarbeidsarenaer mellom offentlige og private for å:

1. Identifisere årsaker til feil og pasientskader i helsetjenesten
2. Utvikle, bruke og evaluere strategier for å redusere feil og bedre pasientsikkerhet
3. Spre kunnskapen om slike strategier gjennom hele helsesektoren

AHRQ initierte et bredt anlagt forskningsprogram for pasientsikkerhet, inkludert en gjennomgang av bruken av ulike rapporteringssystem og kunnskapsbasen for hva hvilke tiltak som var effektive for å bedre pasientsikkerheten. Kunnskapsgrunnlaget viste at det var behov for bedre målinger og mer kunnskap om hva som virker. Sentrale innsatsområder i 2003 og 2004 ble utvikling av kvalitetsindikatorer, lansering av en portal hvor en finner informasjon og diskusjon om uønskede hendelser som har ført til skade på pasienter (nettsted: <http://www.webmm.ahrq.gov/>). Videre ble det satset på å øke kompetansen om pasientsikkerhet hos helsepersonell og lansere

---

<sup>7</sup> Mandatet er nedfelt i lovteksten: *Healthcare Research and Quality Act of 1999*

et instrument for måling av pasientsikkerhetskultur. De neste par årene ble det utviklet en rekke verktøy og metoder og i 2005 ble fokuset på å spre informasjon om og iverksette tiltak ute i tjenestene. Nettverket for pasientsikkerhet ble lansert i 2005 som et hovedkilde til informasjon om pasientsikkerhet (Nettsted: <http://www.psnet.ahrq.gov/>). Brukere ble satt i sentrum i 2007 blant annet gjennom informasjonskampanjer som oppfordret pasientene til mer aktiv deltakelse og oppfølging. Det ble lansert tiltak for å redusere antall reinnleggelser i 2008, og i 2009 ble det lagt vekt på å utvikle og lære av meldeordningene og informere pasienter om risiko ved legemiddelbruk.

AHRQ har utviklet en strategi for å bedre pasientsikkerheten lokalt. Det omtales som et program for pasientsikkerhet: *Comprehensive Unit-based Safety Program (CUSP)*. Sentralt står tiltak for å bedre kommunikasjon, teamarbeid og lederskap. Det involverer bruk av sjekklister og målinger av pasientsikkerhetskultur. Våren 2013 anbefalte AHRQ ti strategier for å bedre pasientsikkerheten. Strategiene er utformet som tiltakspakker for konkrete risikoområde(48).

Center for Medicare og Medicaid sin satsing, Partnership for Patients (PfP), omfatter 3700 sykehus. Målsettingen er å bedre pasientsikkerhet ved å redusere «sykehuspåførte» skader (Hospital acquired conditions) og redusere reinnleggelser ved å forebygge komplikasjoner gjennom bedre samhandling.

NPSF lanserte i 2002 den første Patient Safety Awareness Week, som er en årlig kampanje for å rette oppmerksomheten mot utdanning og tiltak for å bedre pasientsikkerheten. Fra 1999 har de arrangert en årlig kongress for pasientsikkerhet. I 2002 kom en handlingsplan som setter pasienten i sentrum: *National Agenda for Action: Patients and Families in Patient Safety—Nothing About Me, Without Me*.

Institute for Healthcare Improvement (IHI) startet sin første pasientsikkerhets kampanje i 2005, den varte 18 måneder og ble avsluttet i 2006. Målsettingen var å redusere uheldige hendelser som fører til død, slik at en i kampanjeperioden totalt kunne spare 100 000 liv. Kampanjen fikk navnet 100K Campaign. Det var seks innsatsområdene i kampanjen som i hovedsak var bygget opp som konkrete tiltakspakker. Fire av tiltakspakkene omhandlet behandlingstiltak som kan implementeres uavhengig av organisering, de er knyttet til behandlingsprosess. De to siste tiltakspakkene: etablering av 'Rapid response team' og behandling av hjerteinfarktpasienter inkluderte tiltak med organisatoriske konsekvenser.

Kampanjen ble umiddelbart fulgt opp av en ny kampanje fra 2006-2008, den ble kalt The 5 Million Lives Campaign. Ambisjonen var å mobilisere 4000 amerikanske sykehus for å forbedre pasientsikkerhet i et enda raskere tempo. Kampanjen inkluderte seks nye innsatsområder i tillegg til de seks første fra 100K. Et sentralt element i kampanjen ble forankring i lederlinjen, det var et eget innsatsområde i kampanjen.

I begge kampanjene varierte innsatsområdene fra klart medisinske tiltak til organisatoriske tiltak.

---

## **Innsatsområder i kampanjer**

---

Innsatsområder i Centers for Medicare and Medicaid sin kampanje, Partnership for Patients:

1. Legemiddelrelaterte pasientskader
2. Kateterrelaterte urinveisinfeksjoner
3. Sepsis i forbindelse med sentralt venekateter
4. Fallskader
5. Fødselsskader
6. Liggesår
7. Postoperative sårinfeksjoner
8. Venous Thromboembolism (blodpropp)
9. Respiratorassosiert pneumoni
10. Reinnleggelse

Innsatsområdene er fra IHI's pasientsikkerhetskampanjer:

1. Etablere 'Rapid response team' (ekspertgruppe som tilkalles ved forverret tilstand hos pasienter)
2. Gjennomføre evidensbaserte behandlingstiltak for alle hjerteinfarktpasienter
3. Forebygge legemiddelrelaterte pasientskader
4. Forebygge postoperative sårinfeksjoner
5. Forebygge respiratorassosiert pneumoni
6. Forebygge sepsis i forbindelse med sentralt venekateter
7. Unngå skadelige virkninger av høyrisiko medikamenter
8. Redusere komplikasjoner i forbindelse med kirurgi ([www.medqic.org/scip](http://www.medqic.org/scip))
9. Forebygge trykksår
10. Redusere MRSA infeksjoner
11. Gi "Evidence-Based behandling" for medfødte hjertelidelser
12. "Get Boards on Board"

---

## **Kompetanse**

---

Det finnes en rekke tiltak for å heve kompetanse innenfor pasientsikkerhet. De ulike organisasjonene har samlet kunnskapsressurser på nett, flere tilbyr nettbasert undervisning og utdanning. Både Institute for Healthcare Improvement og National Patient Safety Foundation tilbyr tjenester på dette området. NPSF har også sertifisering innen pasientsikkerhet.



Patient Safety Education Project (PSEP) er et utdanningsprogram i pasientsikkerhet(26). Det er lokalisert til Northwestern University og er et ideelt uavhengig prosjekt. Formålet er å sikre best mulig utdanning innenfor pasientsikkerhet, og i styringsgruppen er både Institute of Medicine, Institute for Healthcare Improvement og National Patient Safety Foundation representert. PSEP er en tilpassing av et australsk utdanningsprogram kombinert med undervisningsopplegg basert på etterutdanning. PSEP er basert på utdanning av veiledere/lærere som får ansvar for videreformidling på egen institusjon (train-the-trainer), webbasert undervisning og bruk av sosiale medier for å skape et såkalt Patient Safety Virtual College (PSVC). Undervisningsprogrammet har inngått en avtale med Canadian Patient Safety Intitute (se omtale av Canada).

---

## **Finansiering**

---

Opplysninger om kostnader og prinsipp for finansiering er ikke lett tilgjengelig informasjon. Rapporten *Making Healthcare Safer II* viser til at omkostninger ved innføring av pasientsikkerhetstiltak er svært kostnadskrevende og kunnskapsgrunnlaget indikerer at resultatet ikke står i forhold til innsatsen(48). Rapporten påpeker at det ikke er enkelt å beregne kostnader knyttet til pasientsikkerhet, og har enkle overslag om det er lite/middels eller høye kostnader knyttet til implementering for enkelttiltak. Beregningene inkluderer ikke en vurdering om økt pasientsikkerhet reduserer utgiftene.

De som finansierer helsetjenester har iverksatt ulike tiltak for å koble kostnader til pasientsikkerhet. Det offentlige helsevesenet ved Centers for Medicare & Medicaid Services, samt enkelte private aktører har iverksatt tiltak som Pay for Performance (P4P) og “no pay for errors”. Den førstnevnte ordningen innebærer at sykehusene som leverer god nok kvalitet i henhold til gitte standarder får ekstra støtte, positiv incitament. Den andre ordningen innebærer at sykehus hvor det har skjedd alvorlige brudd på pasientsikkerhet ikke får dekket utgiftene. Ordningen er omstridt ved at sykehusene ikke får dekket utgifter til behandling ved pasientskade, særlig ettersom enkelte av skadene hvor behandling ikke dekkes, ikke regnes som mulig å forebygges(49). Det fryktes også uintenderte konsekvenser som at eldre blir holdt sengeliggende over tid for å unngå fallskader.

---

## **Evaluering**

---

Det er gjennomført en rekke større og mindre evalueringer av pasientsikkerhetstiltak i USA. AHRQ inngikk i 2002 en avtale med RAND hvor de ble utnevnt til Patient Safety Evaluation Center(50). Utfordringene knyttet til å gjennomføre evalueringer

av pasientsikkerhet ble i 2010 sammenfattet i en rapport til AHRQ om hva som bør inngå i gode evalueringer av pasientsikkerhet(48).

AHRQ har sørget for at det er gjennomført systematiske kunnskapsoppsummeringer for innsatsområder for pasientsikkerhet to ganger. Den første rapporten ble publisert i 2001 og den ble oppdatert i 2013. En grunnleggende forskjell på de to rapportene er at den første rapporten i utgangspunktet ikke hadde noen avgrensninger med hensyn på antall tiltak som ble vurdert, i Making Healthcare Safer II ble innsatsområdene avgrenset fra over 100 til 41. Rapporten vurderte både effektivitet, kostnader og implementering. 10 områder blir sterkt anbefalt iverksatt ettersom de er godt dokumentert både med hensyn til effektivitet og implementering. Totalt regnes 22 områder å være godt nok dokumentert til at de blir anbefalt å innføre. Rapporten kommer også med klare anbefalinger for videre forskning som er nødvendig for å bedre pasientsikkerheten. Kunnskapsbehovet omfatter:

- Grunnforskning for bedre verktøy og tiltakspakker med følgeforskning
- Bedre målinger av pasientsikkerhet
- Bedre metoder for å måle kontekst og hvordan implementeringer blir iverksatt
- Bedre metoder for å identifisere og frambringe de ønskede egenskapene, klarlegge ressursbehovene og styringsverktøyene (safety management) på de ulike nivåene i helsetjenesten
- Mer effektive og mindre krevende implementeringsmetoder slik at klinikere, forskere og administrasjon kan bidra I å redusere all pasientskade, framfor å velge noen få utvalgte

# Sammenfatning

Danmark, England, Skottland og Sverige har offentlig finansiert, universell helsetjeneste. Det som kjennetegner denne gruppen land er at det offentlige er ansvarlig for finansiering av helsetjenestene og i stor grad er det offentlig sykehus som leverer helsetjenestene.

Australia og Canada har også en offentlig finansiert universell helsetjeneste, innbyggerne sikres der tilgang til helsetjenester gjennom en offentlig finansiert helseforsikring. I begge landene er det en blanding av offentlige og private sykehus som leverer tjenestene. I Australia er det dannet statseide selskap som konkurrerer om anbud med de private.

USA skiller seg noe fra de andre landene. Finansiering av helsetjenester foregår i stor grad gjennom private forsikringer. Det finnes noen universelle tilbud (programmer), og nylig har man gjennom lovgivningen sikret en universell rett og plikt til helseforsikring. Det innebærer at alle er pliktig til å ha en helseforsikring, og samtidig er forsikringsselskapenes mulighet til å nekte forsikring avgrenset.

Uavhengig av type helsesystem har landene gjennomført nasjonale kampanjer for pasientsikkerhet og opprettet meldeordninger for uønskede hendelser. Flere har også har etablert langsiktige satsninger i form av nasjonale program (Tabell 1).

**Tabell 1 Pasientsikkerhet i ulike land**

<b>Land</b>	<b>Pasientsikkerhetssatsninger</b>	<b>Meldeordning</b>
Australia	Program	Ja
Canada	Program → Kampanje → Program	Ja (legemiddel)
Danmark	Kampanje → Program/kampanje	Ja
England	Program → Kampanje → Program	Ja
Skottland	Program	Ja
Sverige	Program	Ja
USA	Program → Kampanje → Program	Ja

Rekkefølgen for når og hvilke satsninger som har vært innført varierer noe mer. Både i USA, Canada og England har den langsiktige satsingen på et program for pasientsikkerhet vært på plass forut for etableringen av kampanjer. I Canada og England var kampanjene i pasientsikkerhet forankret i samme organisasjon som programmet. I USA er pasientsikkerhetsprogrammet forankret hos føderale myndigheter ved AHRQ. Anbefalinger om implementering og sentrale aspekt i pasientsikkerhetsarbeidet er godt dokumentert. Institute for Healthcare Improvement (IHI) er en sentral aktør i arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og satsingene i de to pasientsikkerhetskampanjene ser i hovedsak ut til å være felles med anbefalingene fra AHRQ.

Andre land har store satsinger på pasientsikkerhet, men uten å omtale disse som kampanjer, det gjelder for eksempel Australia, Skottland og Sverige. I Australia ser det ut til at de fleste regionene har forskjellige program for pasientsikkerhet, men det er stor variasjon i dokumentasjon av hvordan arbeidet er organisert og hva programmene inneholder. Det samme gjelder i Sverige. Der reguleres de lokale satsingsområdene av en årlig avtale mellom Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner og Landsting. I Skottland ble programmet utviklet i tett samarbeid med Institute for Healthcare Improvement i USA, programmet inngår nå i porteføljen til Healthcare Improvement Scotland som både har ansvar for kvalitetsforbedring og tilsyn i helse-tjenesten.

Samtlige land har meldeordning om uønskede hendelser. Det er imidlertid stor variasjon i hva som er tilgjengelig av informasjon om de ulike meldeordningene. I USA er det gjort et stort arbeid de siste årene med å utvikle et felles format for å melde uønskede hendelser. Det er opprettet et nettverkssamarbeid mellom ulike sykehus/organisasjoner som har meldeordninger, og rapportering av meldinger skal inngå i en årlig statusrapport for kvalitet i helsetjenesten. Så langt er ikke noen resultater publisert. Sverige har den eldste meldeordningen, men Australia har etter det vi kan se, lengst erfaring med å drifte meldeordninger som er av en ikke-straffende karakter. De har gått fra en spesialitetsspesifikk meldeordning for aneste-siologi til en generisk meldeordning for uønskede hendelser i sykehus. Australia presenterer resultatene fra meldeordningene som forskningsartikler og i nyhetsbrev, men ikke i egen rapport.

Canada har kun en nasjonal meldeordning for legemiddelfeil. Samtidig er det utviklet et ramme og begrepsverk for å utvide meldeordningen til alle former for uønske-de hendelser i helsetjenesten, men det er ikke klart hvorvidt det er tatt i bruk. Eng-land er et annet land som har lang tradisjon for meldeordninger. Systemet er også tilpasset både primær- og spesialisthelsetjenesten. NHS England presenterer jevnlig fra meldeordningen. Skottland arbeider med å samordne ulike lokale meldeord-ninger og har publisert regionale rapporter. Danmark leverer årsrapport og sender

ut nyhetsbrev basert på meldingene. Det er ikke klart hvordan resultatene publiseres i Sverige.

Pasientsikkerhet ser ut til i økende grad bli integrert i lokalt og regionalt kvalitetsarbeid, samtidig som pasientsikkerhetsarbeidets egenart blir ivaretatt. Det ser nå ut som at det satses på å bygge kunnskap og kapasitet lokalt, understøttet av nasjonale program. Det arbeides målrettet med å få på plass god rapportering fra meldeordninger, og systematisk arbeid med analyse og lærdom av uønskede hendelser.

I Australia, Canada, England og Skottland er det et målrettet arbeid for å integrere pasientsikkerhet i annet kvalitetsarbeid. Kapasitet og kompetanse nevnes stadig oftere som sentrale forutsetninger for å redusere omfanget av pasientskader. For å øke kapasitet iverksettes det tiltak for å sikre kompetansen i pasientsikkerhet hos helsepersonell. Det skjer både gjennom grunnutdanningen i alle helseprofesjoner, men også ved å gi etter- og videreutdanning. Feltet er omfattende og i denne rapporten gjengis kun hovedlinjer i det som omtales på nett. En ser at kompetanse og utdanning i økende grad knyttes til nettundervisning og til akademiske institusjoner. Enkelte land vektlegger også i økende grad sertifisering av kompetanse, som i Australia, Canada og USA.

Finansiering av pasientsikkerhet er utfordrende å beskrive, og det er også noe ulike aspekter som trekkes fram i ulike land. Det knytter seg dels til avgrensning, hva som er aktuelt å ta med, og også til hvilken informasjon som er tilgjengelig på nett. Vi har her sett etter informasjon knyttet til finansiering av virksomheter/institusjoner som arbeider spesifikt med pasientsikkerhet eller finansiering av større satsinger som kampanjer og program. Bruk av økonomiske incitament knyttet til resultatmålinger er delvis innført i England, USA og Sverige. Effekten av økonomiske incitament er omstridt.

Informasjon om finansiering av pasientsikkerhet er lettest tilgjengelig i Canada, i Australia, England, Skottland og USA er det vanskeligere å finne informasjon. I Sverige er det åpenhet knyttet til bruk av økonomiske incitament knyttet til implementering av den nye loven om pasientsikkerhet, og i Danmark er det mulig å finne noe informasjon om Dansk Selskap for Patientsikkerhed.

Canada skiller seg fra de andre landene ved at det framstår som mer transparent og åpent. Dette kan kanskje tilskrives organiseringen. Canadian Patient Safety Institute har et klart oppdrag i tilknytning til pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten, mandatet er ikke fordelt på mange institusjoner. Så antallet aktører er avgrenset, de praktiserer også stor grad av åpenhet, det er det eneste landet hvor informasjon om finansiering er lett tilgjengelig på hjemmesidene.

Nullvisjon om pasientskader framholdes i de flere land som overordnet målsetting, og i noen land konkretiseres det med tiltak innenfor avgrensede områder. England har nylig lansert en rekke kvalitetsindikatorer som klarlegger målsetting innenfor enkelte satsingsområder. Tilsvarende målsetting og oppfølging ser en i Sverige. Canada og USA startet tidlig med systematisk evaluering av pasientsikkerhet på overordnet nivå. Kampanjene i England er også evaluert, og det er inngått en avtale om evaluering av den nye kampanjen i Danmark.

Det er stor aktivitet på en rekke områder, likevel er det klart at noen områder peker seg tydeligere ut som sentral for satsingen framover. Det er områder som går igjen i alle landene sine beskrivelser av egne utfordringer, og samsvarer med det kunnskapsbehovet som RAND identifiserte i som evaluering av den amerikanske satsingen(48):

- Grunnforskning for bedre verktøy og tiltakspakker med følgeforskning
- Bedre målinger av pasientsikkerhet
- Bedre metoder for å måle kontekst og hvordan implementeringer blir iverksatt
- Bedre metoder for å identifisere og frambringe de ønskede egenskapene
- Klarlegge ressursbehovene og styringsverktøyene på de ulike nivåene i helsetjenesten

---

# Referanser

1. Nasjonal helseplan (2007-2011) Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2006–2007) kapittel 6. St.prp. nr 1 (2006-2007).  
[http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Nasjonal\\_helseplan\\_Sartrykk\[1\].pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Nasjonal_helseplan_Sartrykk[1].pdf)
2. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000.
3. 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. London, England: The Stationery Office; 2000
4. St.prp. nr. 1 (2008-2009) St.prp. nr. 1 (2008-2009)
5. Helse- og omsorgsdepartementet. God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Meld. St. 10 (2012–2013).
6. Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Ønsker samme entusiasme for pasientsikkerhet som for økonomi, nyheter fra seminar. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. [Oppdatert 29.nov 2007; Lest 20.aug 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapscenteret.no/774.cms>.
7. Krogstad U. Pasientsikkerhet i sykehus: kunnskap eller kampanje? Systematisk kunnskapsoppsummering. nr 1-2007. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten; 2007.
8. Krogstad U, Saunes IS. Pasientsikkerhetsarbeid i norske sykehus. Rapport fra Kunnskapscenteret nr 28 - 2009. Oslo: 2010  
<http://www.kunnskapscenteret.no/Publikasjoner/7912.cms>
9. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) Prop. 91 L (2010–2011). Helse -og omsorgsdepartementet; 2010.  
<http://www.regjeringen.no/pages/16246070/PDFS/PRP201020110091000D/DDPDFS.pdf>
10. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems in Transition (HiT) series. WHO Regional Europe Office on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies. Tilgjengelig fra:  
<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series>.

11. Bardach E. A Practical Guide for Policy Analysis, the eightfold path to more effective problem solving. Fourth edition SAGE 2012.
12. Healy J SE, Lokuge B. Australia: Health system review. Health Systems in Transition 2006; 8(5): 1–1582006.
13. The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Tilgjengelig fra: <http://www.safetyandquality.gov.au/>.
14. The National Health Performance Authority. The National Health Performance Authority. The National Health Performance Authority. [Oppdatert 10.09.2013; Lest 01.10.2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.nhpa.gov.au/internet/nhpa/publishing.nsf>
15. Australian Institute of Health Innovation. Patient Safety: enabling and supporting change for a safer and more effective health system. University of New South Wales,. [Oppdatert 2012; Lest 11.11.2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.aihi.unsw.edu.au/project/patient-safety-enabling-and-supporting-change-safer-and-more-effective-health-system-o>.
16. The Australian Patient Safety Foundation Inc. Incident Reporting. The Australian Patient Safety Foundation Inc. [Oppdatert 04.11.2013; Lest 11.11.2013]. Tilgjengelig fra: [http://www.apsf.net.au/inc\\_report.php](http://www.apsf.net.au/inc_report.php).
17. Office of Safety and Quality in Healthcare Advancing patient-centered, safe and high quality health care for all West Australians. Government of Western Australia, Department of Health. [Oppdatert 05.09.2013; Lest 11.11.2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.safetyandquality.health.wa.gov.au/home/>.
18. Walton MM, Shaw T, Barnett S, Ross J. Developing a national patient safety education framework for Australia. Quality and Safety in Health Care 2006;15(6):437-442.
19. Spigelman AD, Debono DS, Oates K, Dunn AG, Braithwaite J. Patient safety teaching in Australian medical schools: a national survey. Clinical Risk 2012;18(2):46-51.
20. Marchildon GP. Canada: Health system review. United Kingdom: The European Observatory on Health Systems and Policies; 2013. (Health Systems in Transition Vol 15 No 1 2013).
21. CPSI. Safer Healthcare Now! Canadian Patient Safety Institute. [Lest 30.10.2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Pages/default.aspx>.
22. CPSI. Canadian Patient Safety Institute (CPSI). CPSI. [Lest 11.10.2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/Pages/default.aspx>.



23. CIHI. Canadian Institute for health Information. CIHI. [Lest 11.10.2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.cihi.ca>.
24. Health Quality Council of Alberta. Promoting and improving patient safety and health service quality across Alberta. Health Quality Council of Alberta,. [Oppdatert 30.09.2013; Lest 11.11.2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.hqca.ca/>.
25. Accreditation Canada. Annual Report 2011 EXCELLENCE • INTEGRITY • RESPECT • INNOVATION. Accreditation Canada,. [Lest 02.10.2013]. Tilgjengelig fra: [http://www.accreditation.ca/uploadedFiles/Annual-Report-2011\(1\).pdf](http://www.accreditation.ca/uploadedFiles/Annual-Report-2011(1).pdf).
26. Buehler Center on Aging HS. PSEP Patient Safety Education Programme. Northwestern University,. [Oppdatert 10.10.13; Lest 10.10.13]. Tilgjengelig fra: <http://patientsafetyeducationproject.org/index.php>.
27. CPSI. Financial statement of Canadian Patient Safety Institute. Canadian Patient Safety Institute. Tilgjengelig fra: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/About/Documents/Statement%20of%20Canadian%20Patient%20Safety%20Institute%20March%2031%202013.pdf>.
28. Danske Regioner Forum for videnspredning i sundhedsvæsenet. Danske Regioner Tilgjengelig fra: [www.vis.dk](http://www.vis.dk).
29. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. [Lest 30.10.2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.patientsikkerhed.dk>.
30. Patientombuddet. DanskPatientSikkerhedsDatabase. Patientombuddet. [Lest 30.10.2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.dpsd.dk/>.
31. IKAS. 2. version af Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM, for sygehuse. IKAS. [Lest 02.10.2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Sygehuse/2.-version.-Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse.aspx>.
32. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Årsrapport 2012. Dansk Selskab for Patientsikkerhed,. [Lest 04.10.2013]. Tilgjengelig fra: [http://patientsikkerhed.dk/media/544535/aarsrapport\\_2012.pdf](http://patientsikkerhed.dk/media/544535/aarsrapport_2012.pdf).
33. Foundation H. Learning report: Safer Patients Initiative. London: Health Foundation; 2011
34. NHS. Harmfreecare. NHS England. [Lest 04.10.2013]. Tilgjengelig fra: <http://harmfreecare.org/>.
35. NHS Quality Improvement. The NHS Change Model. NHS Quality Improvement. [Lest 04.10.2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.nhs.uk/capacity-capability/nhs-change-model.aspx>.
36. NHS Leadership Academy. The Edward Jenner Programme. NHS Leadership Academy [Lest 04.10.2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.leadershipacademy.nhs.uk/>.

37. National Patient Safety Agency. National Patient Safety Agency, Annual Report and Accounts 2011/12. National Patient Safety Agency,. [Lest 07.10.2013].  
Tilgjengelig fra:  
[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/212910/NPSA-Annual-Report-and-Accounts-2011-12-020812.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212910/NPSA-Annual-Report-and-Accounts-2011-12-020812.pdf).
38. National Patient Safety Agency. Patient Safety First, 2008 to 2010, The campaign review. London: National Patient Safety Agency,; 2011  
<http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/ashx/Asset.ashx?path=/Patient%20Safety%20First%20-%20the%20campaign%20review.pdf>
39. Healthcare Improvement Scotland. Management of adverse events. Learning and Improvement Report. Edinburgh: Healthcare Improvement Scotland; 2013. (Scrutiny).
40. NHS Education for Scotland. Patient Safety and Clinical Skills: E-learning. NHS Education for Scotland,. [Lest 07.10.2013]. Tilgjengelig fra:  
<http://www.nes.scot.nhs.uk/education-and-training/by-theme-initiative/patient-safety-and-clinical-skills/learning-opportunities/e-learning.aspx>.
41. SAPHIRE SsAtHIR. Research Projects University of Leicester. [Lest 31.10.2013]. Tilgjengelig fra: <http://www2.le.ac.uk/departments/health-sciences/research/soc-sci/research-projects>.
42. Bardon RQ, Landstingets kansli ). Säker vård – alla gånger Landstinget i Jönköpings län [Oppdatert 09.09.2013; Lest 31.10.2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.lj.se/infopage.jsf?nodeId=35558>.
43. Socialstyrelsen. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. 2012.
44. Socialstyrelsen. Utbildning Läkemedelsgenomgångar för äldre Socialstyrelsen. [Oppdatert 2012; Lest 09.10.2013]. Tilgjengelig fra:  
<http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/konferenser/webbutbildningar/utbildninglakemedelsgenomgangar>.
45. Lokal lärredaktion Skånes universitetssjukhus. Nättbasert utbildning, obligatoriska utbildningar. Skånes universitetssjukhus,. Tilgjengelig fra:  
<http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Vardgivare-och-remittent/Natbaserade-utbildningar1/Utbildning/>.
46. VA National Center for Patient Safety. US Department of Veterans Affairs. [Lest 19.11.2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.patientsafety.va.gov/>.
47. Insitute *for* Healthcare Improvement IHI. Open School Courses & Certificates.[Lest 20.aug 2013]. Tilgjengelig fra:  
<http://www.ihl.org/offerings/IHIOpenSchool/Courses/Pages/default.aspx>.
48. Shekelle PG WR, Pronovost PJ, Schoelles K, McDonald KM, Dy SM, Shojania K, Reston J, Berger Z, Johnsen B, Larkin JW, Lucas S, Martinez K, Motala A, Newberry SJ, Noble M, Pfoh E, Ranji SR, Rennke S, Schmidt E, Shanman R,

Sullivan N, Sun F, Tipton K, Treadwell JR, Tsou A, Vaiana ME, Weaver SJ, Wilson R, Winters BD. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices (Prepared by the Southern California-RAND Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10062-I.). Tilgjengelig fra: [www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html](http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html).

49. Health Affairs eds. Health Policy Brief Pay-for-Performance,. Health Affairs 2012(October 11).
50. Farley DO, Damberg CL. Evaluation of the AHRQ Patient Safety Initiative: Synthesis of Findings. Health Serv Res 2009;2009 April; (44(2 Pt 2): ):756–776. .

---

# Vedlegg nettsted

Tabell 1. Australia

<b>Organisasjon</b>	<b>Nettsted</b>
Australian Institute of Health Innovation AIHi	<a href="http://www.aihi.unsw.edu.au/">http://www.aihi.unsw.edu.au/</a>
Australian Patient Safety Foundation	<a href="http://www.apsf.net.au/">http://www.apsf.net.au/</a>
Western Australia Office of Safety and Quality in Healthcare	<a href="http://www.safetyandquality.health.wa.gov.au/home/">http://www.safetyandquality.health.wa.gov.au/home/</a>
The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care	<a href="http://www.safetyandquality.gov.au/">http://www.safetyandquality.gov.au/</a>
New South Wales Ten Tips for Safer Healthcare	<a href="http://www.o.health.nsw.gov.au/quality/tentips/">http://www.o.health.nsw.gov.au/quality/tentips/</a>

Tabell 2. Canada

<b>Organisasjon</b>	<b>Nettsted</b>
Accreditation Canada	<a href="http://www.accreditation.ca/en/">http://www.accreditation.ca/en/</a>
Canadian Patient Safety Institute	<a href="http://www.patientsafetyinstitute.ca">http://www.patientsafetyinstitute.ca</a>
Canadian Institute for Health Information CIHI	<a href="http://www.cihi.ca">http://www.cihi.ca</a>
The Canadian Association of Paediatric Health Centres	<a href="http://www.caphc.org/patient-safety/">http://www.caphc.org/patient-safety/</a>

Tabell 3 Danmark

<b>Organisasjon</b>	<b>Nettsted</b>
Sundhedsstyrelsen	<a href="http://www.sst.dk/">http://www.sst.dk/</a>
DanskPatientSikkerhedsDatabase	<a href="http://www.dpsd.dk/">http://www.dpsd.dk/</a>
Dansk Selskab for Patientsikkerhed	<a href="http://patientsikkerhed.dk/">http://patientsikkerhed.dk/</a>
Pasientsikkertssygehus (kampanje)	<a href="http://www.patientsikkertssygehus.dk/">http://www.patientsikkertssygehus.dk/</a>
KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning	<a href="http://kora.dk/">http://kora.dk/</a>
Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (DSKS)	<a href="http://www.dsks.dk/dk/">http://www.dsks.dk/dk/</a>

Tabell 4 England

<b>Organisasjon</b>	<b>Nettsted</b>
NHS England	<a href="http://www.nhs.uk">http://www.nhs.uk</a>
Care Quality Commission	<a href="http://www.cqc.org.uk/">http://www.cqc.org.uk/</a>
Monitor	<a href="http://www.monitor-nhsft.gov.uk/">http://www.monitor-nhsft.gov.uk/</a>
National Institute for health and Care Excellence (NICE)	<a href="http://www.nice.org.uk/">http://www.nice.org.uk/</a>
Patient Safety First!	<a href="http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk">http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk</a>
Harmfreecare	<a href="http://harmfreecare.org/harm-free-care/partners-and-contributors/">http://harmfreecare.org/harm-free-care/partners-and-contributors/</a>
The Health Foundation	<a href="http://www.health.org.uk/">http://www.health.org.uk/</a>
Centre for Patient Safety and Service Quality (CPSSQ)	<a href="http://www1.imperial.ac.uk/">http://www1.imperial.ac.uk/</a>

Tabell 5 Skottland

<b>Organisasjon</b>	<b>Nettsted</b>
Healthcare Improvement Scotland	<a href="http://www.healthcareimprovementscotland.org">http://www.healthcareimprovementscotland.org</a>
Scottish Patient Safety Programme	<a href="http://www.scottishpatientsafetyprogramme.scot.nhs.uk/programme">http://www.scottishpatientsafetyprogramme.scot.nhs.uk/programme</a>

Tabell 6 Sverige

<b>Organisasjon</b>	<b>Nettsted</b>
Socialstyrelsen	<a href="http://www.socialstyrelsen.se/">http://www.socialstyrelsen.se/</a>
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	<a href="http://www.ivo.se">http://www.ivo.se</a>
Sveriges Kommuner och Landsting	<a href="http://www.skl.se">http://www.skl.se</a>
Jönköping: Säker vård - alla gånger	<a href="http://www.lj.se/sakervard">http://www.lj.se/sakervard</a>

Tabell 7 USA

<b>Organisasjon</b>	<b>Nettsted</b>
American Society of Medication Safety Officers	<a href="http://asmso.org/">http://asmso.org/</a>
Leapfrog Group (gruppe med offentlig og private kjøpere av helsetjenester)	<a href="http://leapfroggroup.org/">http://leapfroggroup.org/</a>
Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations	<a href="http://www.jointcommission.org/">http://www.jointcommission.org/</a>
Institute for Safe Medication Practices	<a href="http://ismp.org/">http://ismp.org/</a>
Safe Care Campaign	<a href="http://www.safecarecampaign.org/Welcome.html">http://www.safecarecampaign.org/Welcome.html</a>
ECRI Institute	<a href="https://www.ecri.org/About/Pages/default.aspx">https://www.ecri.org/About/Pages/default.aspx</a>
Institute for Safety in Office-Based Surgery	<a href="http://isobsurgery.org/">http://isobsurgery.org/</a>
The National Patient Safety Foundation	<a href="http://www.npsf.org/">http://www.npsf.org/</a>