



# ÅRSRAPPORT 2007 - DPSD

## Dansk Patientsikkerhedsdatabase

## Årsrapport 2007

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: DPSD; Utilsigtede hændelser; Årsrapport; Dansk Patientsikkerhedsdatabase

Sprog: Dansk

Kategori: Udredning

Version: 1,0

Versionsdato: XX. marts 2008

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-601-6  
Den trykte versions ISBN: 978-87-7676-602-3

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, marts 2008

## Forord

Danmark var det første land i verden, der fik en lov om rapportering af utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet. Sundhedspersoner har nu i fire år haft pligt til at rapportere disse hændelser.

I 2007 blev der rapporteret 20.368 hændelser fra sundhedspersoner til regionerne (primær rapportering) og 19.217 af disse hændelser blev indsendt fra regionerne til Sundhedsstyrelsen (sekundær rapportering). Kun 2 % af de indsendte hændelser blev rapporteret som ”meget alvorlige” dvs. med en faktisk risikoscore på 3. Der er sket en stigning på 31 % i den primære og 55 % i den sekundære rapportering fra 2006 til 2007. Stigningen viser, at stadig flere personer rapporterer utilsigtede hændelser.

I året 2007 er der lokalt, regionalt og centralt blevet arbejdet med analyser af de rapporterede utilsigtede hændelser med henblik på læring og dermed forebyggelse af lignende hændelser. Sundhedsstyrelsen har på baggrund af de rapporterede hændelser i det forløbne år udarbejdet en del faglige udmeldinger i form af anbefalinger til sygehusvæsenet.

I samarbejde med bl.a. Regionerne, Patientforum, Praktiserende Lægers Organisation, KL, Dansk Sygeplejeråd, Lægemiddelstyrelsen og Danmarks Apotekerforening har Sundhedsstyrelsen i 2007 begyndt udarbejdelse af en kravspecifikation til et nyt elektronisk rapporteringssystem.

Såvel analyser af rapporterede utilsigtede hændelser som arbejdet med et nyt elektronisk rapporteringssystem fortsætter i det kommende år i samarbejde med bl.a. regionerne, kommunerne og apotekerne. Dette er arbejdsopgaver, som Sundhedsstyrelsen ser frem til.

Sundhedsstyrelsen, marts 2008

Anne Mette Dons  
Chef for Tilsyn



# Indhold

<b>1</b>	<b>Utilsigtede hændelser i 2007</b>	<b>6</b>
1.1	Rapporter indsendt til regionerne	6
1.2	Rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen	7
1.3	Rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen med en faktuel risikoscore på 3	11
1.3.1	Hændelser i forbindelse med medicinering	12
1.3.2	Hændelser i forbindelse med operative og invasive procedurer	15
1.3.3	Fald	16
1.3.4	Selv mord og selvmordsforsøg	17
1.3.5	Hændelser i forbindelse med anæstesi procedurer	19
1.3.6	Hændelser i forbindelse med forveksling eller fejlkommunikation	19
1.3.7	Hændelser i forbindelse med kontinuitetsbrud	20
1.3.8	Hjertestop eller uventet død	21
1.3.9	Øvrige hændelser	23
<b>2</b>	<b>Sundhedsstyrelsens opfølgning</b>	<b>24</b>
2.1	Publikationer	24
2.1.1	Nyhedsbreve	25
2.1.2	Temarapporter	26
2.1.3	OBS-meddelelser	27
2.1.4	Patientsikkerhedshistorie	29
2.1.5	Vejledninger	30
2.2	Informationsaktiviteter	30
2.2.1	Foredrag og undervisning i 2006	30
<b>3</b>	<b>Samarbejde med Lægemedel-styrelsen</b>	<b>33</b>
3.1	Utilsigtede hændelser vedrørende medicinering	33
3.2	Utilsigtede hændelser vedrørende medicinsk udstyr	35
3.3	Fremtiden - 2008	36
<b>4</b>	<b>Samarbejde med Statens Institut for Strålebeskyttelse</b>	<b>37</b>
<b>5</b>	<b>Sundhedsstyrelsens deltagelse i internationale fora omkring patientsikkerhed i forbindelse med utilsigtede hændelser</b>	<b>38</b>
5.1	Projekt om rapporteringssystemer under EU	38
5.2	Nordisk arbejdsgruppe vedrørende indikatorer for patientsikkerhed	38
5.3	Ekspertgruppe under projektet SIMPATIE	39
5.4	Ekspertgruppe under OECD	39
<b>6</b>	<b>Debatindlæg af Sven Ternov</b>	<b>40</b>
<b>7</b>	<b>Bilagsfortegnelse</b>	<b>44</b>

# 1 Utilsigtede hændelser i 2007

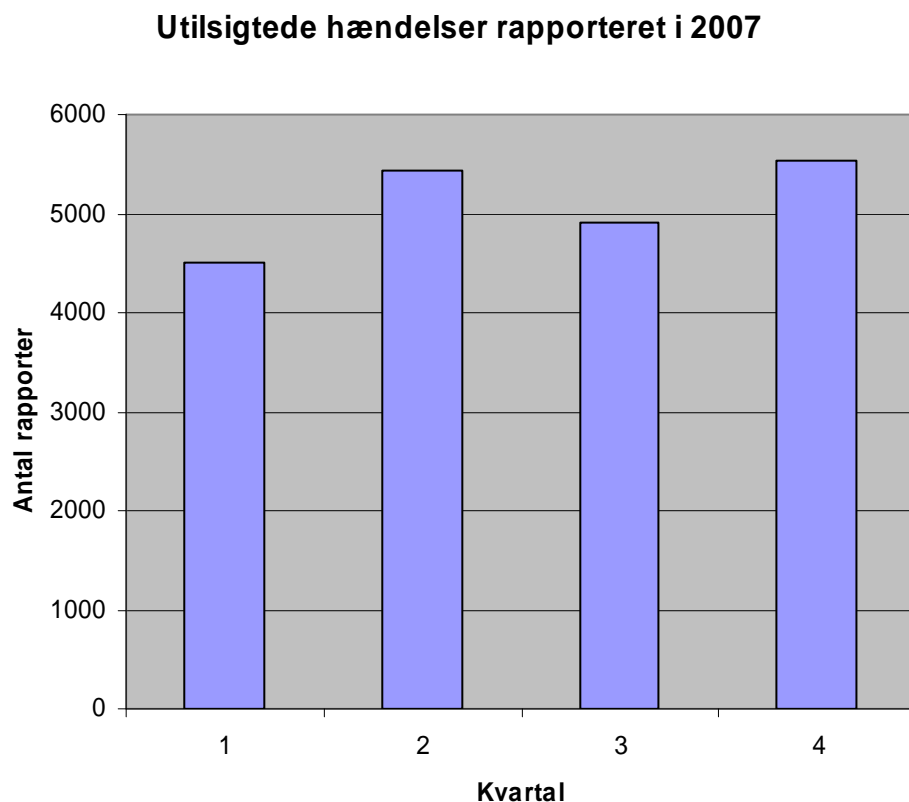
Der skelnes mellem to typer af rapporteringer, dels en sundhedspersons primære rapportering til den enkelte region, dels den sekundære rapportering til Sundhedsstyrelsen, som foretages af regionen, når den primære rapport er færdigbehandlet.

Regionerne har i henhold til aftale 90 dage til at færdiggøre deres analyser. Dette forklarer forskellen på antallet af rapporterede hændelser indsendt til regionerne og antallet af rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen.

## 1.1 Rapporter indsendt til regionerne

I perioden 1. januar til 31. december 2007 blev der rapporteret 20.368 utilsigtede hændelser fra sundhedspersoner til regionerne.

Nedenfor vises en opgørelse over den kvartalsvise tilgang af hændelser rapporteret i denne primære rapportering.

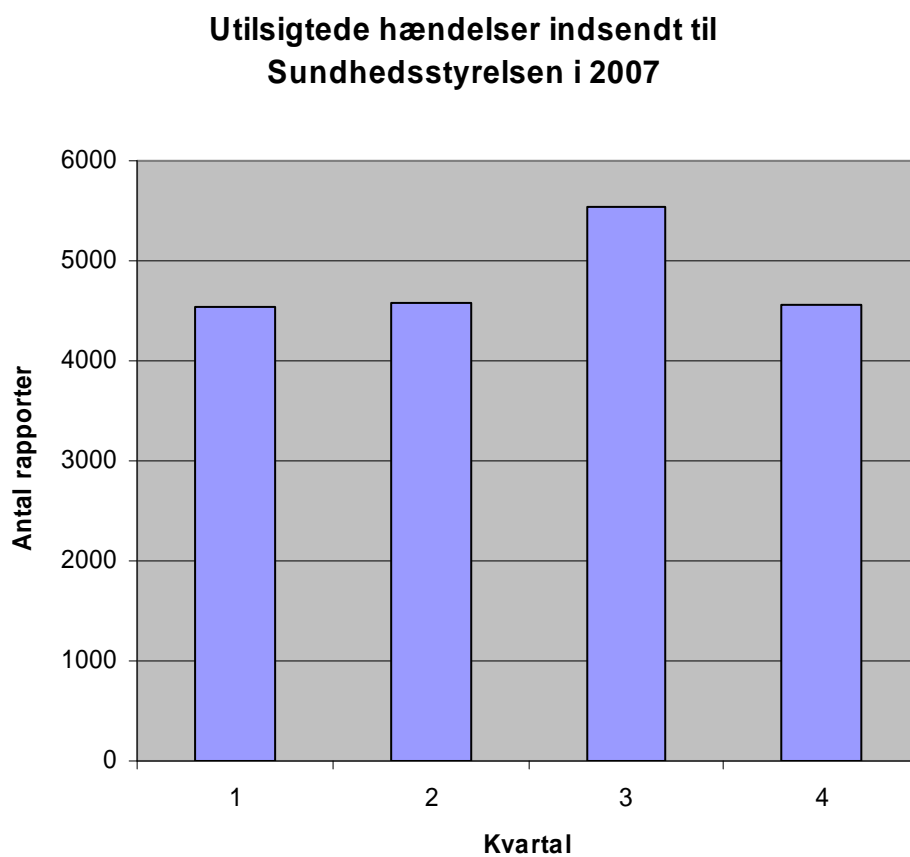


**Figur 1.** Antal nye rapporter i databasen fordelt på første, andet, tredje og fjerde kvartal i 2007.

## 1.2 Rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen modtog i 2007 i alt 19.217 analyserede rapporter fra regionerne.

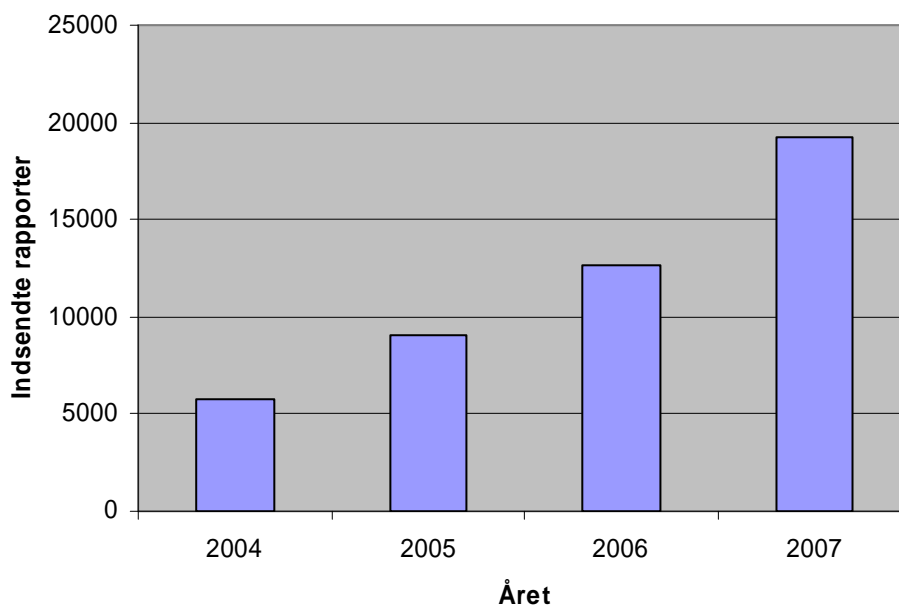
Nedenfor vises en opgørelse over den kvartalsvise tilgang af hændelser rapporteret i den sekundære rapportering.



**Figur 2.** Antal rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen i 2007 fordelt på første, andet, tredje og fjerde kvartal.

Nedenfor vises en opgørelse over den årlige tilgang af hændelser rapporteret i den sekundære rapportering i årene 2004 – 2007.

### Utilsigtede hændelser indsendt til Sundhedsstyrelsen i årene 2004 - 2007



**Figur 3.** *Rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen i årene 2004 – 2007.*

Antallet af indsendte hændelser i 2007 var omkring 3 ½ gange større end i 2004, som var det første år, hvor sundhedspersoner var forpligtigede til at rapportere utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet (Figur 3).

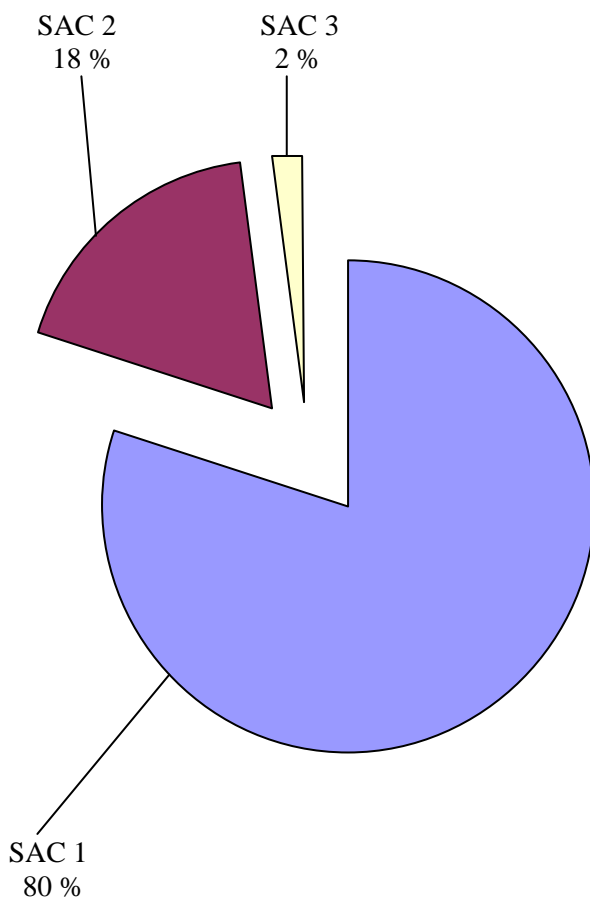
Rapporterne er inddelt i 9 kategorier og fordelt sig ved indsendelsen i 2007 således:

- 6781 (35 %) af rapporterne omhandlede hændelser i forbindelse med medicinering
- 999 (5 %) af rapporterne omhandlede hændelser i forbindelse med operative/invasive procedurer
- 2716 (14 %) af rapporterne omhandlede fald
- 149 (1 %) af rapporterne omhandlede selvmord og selvmordsforsøg
- 421 (2 %) af rapporterne omhandlede hændelser i forbindelse med anæstesi-procedurer
- 2640 (14 %) af rapporterne omhandlede forveksling eller fejlkommunikation
- 1799 (9 %) af rapporterne omhandlede hændelser i forbindelse med kontinuitetsbrud
- 117 (1 %) af rapporterne omhandlede hjertestop eller uventet død
- 3595 (19 %) af rapporterne omhandlede øvrige hændelser.

Ved sammenligning af fordelingen af rapporterne på hændelseskategorierne i 2006 og 2007 (se Årsrapport for DPSD 2006) ses, at fordelingen er nogenlunde den samme, men andelen af de indsendte rapporter, der omhandlede fald er reduceret fra 18 til 14 % i 2007, mens andelen af rapporter, der omhandlede forveksling eller fejlkommunikation, er steget fra 10 til 14 %.

Sagsbehandleren i regionerne risikovurderer hændelsen efter et internationalt anerkendt system, Safety Assessment Code (SAC-systemet). Hændelsen får tildelt en risikoscore mellem 1 og 3 vurderet efter alvorlighedsgraden (skadens omfang) og hændelsens potentielle hyppighed (sandsynligheden for gentagelse). Bilag I indeholder en nærmere beskrivelse af SAC-systemet.

Nedenfor vises den procentvise fordeling af hændelserne på den faktuelle risikoscore.



**Figur 4.** *Rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen i 2007 fordelt på den faktuelle risikoscore (SAC) af den rapporterede hændelse.*

Af figur 4 ses, at kun 2 % af de indsendte hændelser er rapporteret med en faktisk risikoscore på 3, det vil sige som meget alvorlige. I årene 2004 – 2007 har andelen af meget alvorlige hændelser udgjort 2 – 4 % og udgør således ikke i 2007 en større andel af de indsendte rapporter end i de forrige år.

Nedenfor vises de indsendte rapporters procentvise fordeling på rapportørens stilling.

**Tabel I:** *Rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen i 2007 fordelt på rapportørens stilling..*

<b>Stillingskategori</b>	<b>Procent</b>
Lægeligt personale, dvs. alt lægeligt personale eksempelvis den lægelige direktør, speciallæger uafhængig af ansættelsessted, læger i alm. praksis, reservelæger, læger i forsknings- og undervisningsstillinger.	15,2
Sygeplejersker og andet plejepersonale. Alle sygeplejersker er inkluderet i denne kategori (sygeplejersker i forvaltning og administration, på kliniske afdelinger, i undervisningsstillinger, i den primære sundhedstjeneste og i private firmaer og organisationer). Endvidere social og sundhedsassistenter samt social og sundhedshjælpere ansat som sygehjælpere, plejere eller plejeassistenter.	56,0
Tandlæger på sygehuse (overtandlæger samt andre tandlæger) samt i egen praksis.	< 0,1
Farmaceuter ansat på sygehus (på sygehusapotek eller på laboratorium) eller i privat virksomhed (apotek eller anden privat virksomhed).	0,4
Kliniske psykologer, børnepsykologer, neuropsykologer og børneneuropsykologer, pædagogiske psykologer vedr. børn og unge, sundhedspsykologer, gerontopsykologer, psykoterapeuter, arbejds- og organisationspsykologer samt psykologer i privat praksis.	< 0,1
Andet klinisk personale: Jordemødre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, bioanalytikere, uautoriserede laboranter, diætister, audiologiassistenter og neurofysiologassistenter.	8,0
Andet personale tilknyttet primær og sekundærsektoren: Lægeseekretærer, apoteksassistenter, fodterapeuter, socialrådgivere, portører samt undervisere og behandlere ikke klassificeret andetsteds (lærere, pædagoger, beskæftigelsesvejledere, musikterapeuter, bandagister samt skomagere).	7,2
Teknisk personale, herunder radiografer	1,8
Ikke angivet	11,4

Af tabel I ses, at størstedelen af hændelserne er rapporteret fra sygeplejersker og andet plejepersonale. For at kunne sammenligne tallene i ovenstående tabel skal det tages i betragtning, at der er omkring 11.000 hospitalsansatte læger, 33.000 hospitalsansatte sygeplejersker og 13.000 er registreret som andet plejepersonale (social og sundhedsassistenter, plejere og plejeassistenter). Såfremt denne fordeling afspejler sig i rapporteringen skal 10 - 15 % af hændelserne være rapporteret af lægeligt personale. Andelen af hændelser rapporteret af læger udgjorde i 2007 15,2 % og andelen rapporteret af sygeplejersker og andet plejepersonale 56 % konkluderes, at

lægerne har rapporteret lige så hyppigt som sygeplejerskerne og andet plejepersonale.

88,9 % af hændelserne blev i 2007 rapporteret ikke-anonymt, dvs. i rapporterne er opgivet rapportøren navn, e-mail eller lignende, hvorved opfølgning i regionerne bliver muligt. I 2006 var denne andel 87,4 %. At så mange hændelser rapporteres ikke-anonymt tages som udtryk for, at sundhedspersonerne er bevidste om, at rapporteringssystemet er et ikke-sanktionerende system. Andelen af hændelser rapporteret ikke-anonymt er øget med omkring 5 % siden rapporteringssystemet blev implementeret i 2004.

I sommeren 2006 blev det i samarbejde med regionerne besluttet, at regionerne skal indsende anonymiserede resuméer til Sundhedsstyrelsen af udførte analyser, især på hændelser rapporteret med en faktisk risikoscore på 3. I 2007 er i alt modtaget 58 resuméer af kerneårsags- eller MTO analyser på hændelser, som er rapporteret med en faktisk risikoscore på 3.

Sundhedsstyrelsen har endvidere modtaget et mindre antal resuméer af kerneårsagsanalyser udført på hændelser rapporteret med en faktisk risikoscore på 1 eller 2, hvor regionerne har vurderet, at der ville være læring i at udføre en analyse. Alle resuméer indgår i Sundhedsstyrelsens videre arbejde.

### 1.3 Rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen med en faktisk risikoscore på 3

De 353 rapporter indsendt i 2007 med en faktisk risikoscore på 3 fordelte sig på de 9 kategorier som vist i tabel II.

**Tabel II:** *Rapporter indsendt med en faktisk risikoscore på 3 fordelt på de 9 hændelseskategorier. I parentes er angivet antallet af indsendte anonymiserede resuméer af udførteanalyser i den aktuelle kategori.*

Hændelseskategori	Antal rapporter (antal indsendte resuméer)
Hændelser i forbindelse med medicinering	24 (3)
Hændelser i forbindelse med operative eller invasive indgreb	21 (8)
Fald	88 (3)
Selv mord og selvmordsforsøg	65 (11)
Hændelser i forbindelse med anæstesi-procedurer	3 (2)
Forveksling eller fejlkommunikation	14 (2)
Hændelser i forbindelse med kontinuitetsbrud	38 (5)
Hjertestop eller uventet dødsfald	69 (23)
Øvrige hændelser	31 (1)

I de følgende kapitler er der i hovedtræk redegjort for problematikkerne i rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen med en faktisk risikoscore på 3. Dette er endvidere indarbejdet i handleplanen for 2008, se bilag II.

### 1.3.1 Hændelser i forbindelse med medicinering

#### *Beskrivelse af hændelserne*

I denne kategori er i alt 24 rapporter indsendt.

I 19 rapporter er angivet et præparatnavn i hændelsesbeskrivelsen. Fordelingen af disse rapporter på præparatgrupper er beskrevet nedenfor.

#### **Antibiotika**

##### Cefalosporiner

En rapport omhandlede en patient med høj feber. Patienten fik indgivet præparatet Cefuroxim en del timer efter det tidspunkt, det var ordineret til. Patienten udviklede sepsis (blodforgiftning) og døde. I rapporten er beskrevet, at der var fejl i det elektroniske medicinordinationssystem.

#### **Præparater til trombosebehandling og forebyggelse deraf**

##### Viatmin K-antagonister

En rapport omhandlede en patient, som i forbindelse med udredningen for blødning i hjernen fik seponeret en tidligere iværksat behandling med præparatet Marevan. Undersøgelsesresultaterne viste, at patienten ikke havde en blødning i hjernen. Behandlingen med Marevan blev imidlertid ikke genoptaget. Få uger efter blev patienten genindlagt med en blodprop i hjernen.

##### Hepariner

En rapport omhandlede en patient, som var i behandling med præparatet Innohep til forebyggelse af blodpropper. Ved udskrivelsen fra hospitalet fik hjemmeplejen ikke besked om behandlingen. Få uger efter udskrivelsen blev patienten genindlagt med blodpropper i lungerne.

#### **Præparater til smertebehandling**

##### Stærkt virkede opioider

En rapport omhandlede en patient, som fik ordineret, doseret og administreret Oxy-Contin, til trods for at dette præparat var kontraindiceret. Patienten fik besværet vejtrækning og blev derefter overflyttet til en intensivafdeling.

En anden rapport omhandlede en hændelse, hvor en patients medicin (Metadon) utilsigtet blev administreret til en medpatient. Medpatienten fik symptomer på metadonforgiftning og blev overflyttet til den lokale intensivafdeling. I rapporten er beskrevet, at der ved administrationen ikke var foretaget direkte patientidentifikation. Sundheds-

personen, der administrerede medicinen, havde fået patienten udpeget af en anden sundhedsperson.

### Andre smertestillende præparater

En rapport omhandlede en patient, som fik doseret og administreret en for høj dosis af præparatet Paracetamol. Patienten udviklede efterfølgende leversvigt.

### **Hjerteterapi og antihypertensiva**

#### Digoxin

En rapport omhandlede en patient, som i forbindelse med en længerevarende hospitalisindlæggelse, fik ordineret, doseret og administreret en for stor dosis Digoxin. Patienten blev mere og mere alment dårlig og en måned efter opstart af behandlingen, blev der taget blodprøver for at måle niveauet af Digoxin i blodet. Niveauet var for højt (toksisk), og patienten blev efterfølgende overflyttet til en specialafdeling.

### **Antidiabetika og glukose**

#### Actrapid

En rapport omhandlede en patient med sukkersyge, der efter en operation ikke fik administreret den ordinerede insulindosis. Patienten fik for højt blodsukkerniveau med deraf følgende svækket bevidsthedsniveau og blev overflyttet til den lokale intensivafdeling.

#### Glukose

En rapport omhandlede en patient med for lavt niveau af sukker i blodet, som fik indgivet en infusion med 10 % glukose (sukker) samtidig med en saltopløsning bestående af kalium, natrium og klorid. Saltvandsopløsningen løb med en hastighed på 500 ml pr. time. Utsigtet blev der i stedet for saltopløsningen opsat en 50 % glukoseopløsning. Efter der var givet omkring 450 ml opdagede en sundhedsperson hændelsen. Patientens blodsukkerniveau var da meget højt, han kastede op og fik kramper.

En anden rapport omhandlede en patient med sukkersyge, som ikke indtog føde gennem munden. Patientens blodsukkerniveau var lavt, og han fik derfor ordineret et drop med sukker, kalium og insulin (sukkerinfusionsdrop). Der blev i stedet opsat et drop med natriumkloridopløsning. Blodsukkerniveauet faldt yderligere og patientens bevidsthedsniveau blev påvirket.

### **Cellegifte**

En rapport omhandlede en patient med feber, der skulle have indgivet Carboplatin i reduceret dosis, men utilsigtet fik administreret fuld dosis. Patienten udviklede et septisk shock (shock pga. blodforgiftning).

Tre (3) andre rapporter omhandlede hændelser, hvor patienter med nedsat lever- og nyrefunktion var i kemobehandling, men fik ordineret, doseret og administreret fuld dosis af de aktuelle cytostatika (Cytosar og Daunorubicin). I rapporterne er be-

skrevet, at den ordinerede læge ikke var klar over, at dosis af disse præparater skulle reduceres ved nedsat lever- og nyrefunktion, samt at de høje doser af cytostatika sandsynligvis havde betydning for, at patienterne efterfølgende udviklede nyreinsufficiens.

En anden rapport omhandlede en patient, som under indlæggelse på det lokale sygehus fik opstartet behandling med Methotrexate én gang ugentligt. Patienten blev ved udskrivelsen informeret såvel skriftligt som mundtligt om, at medicinen skulle tages én gang ugentligt. Patienten blev genindlagt 14 dage efter med symptomer på Methotrexate forgiftning. I hjemmet havde patientens hustru administreret medicinen én gang dagligt.

## **Hypnotika**

### Triazolam

En rapport omhandlede en patient med søvnapnøe og kronisk lungesygdom, som blev præmediceret med Triazolam. Personalet, der ordinerede og administrerede medicinen, kendte ikke patientens sygehistorie. Patienten udviklede svær anoxi (iltmangel) og blev overflyttet til den lokale intensivafdeling.

## **Antipsykotika**

### Cisordinol

En rapport omhandlede en patient, som fik administreret en 10 gange for stor dosis af præparatet Cisordinol. Ordinationen var i det elektroniske medicinordinationsmodul tastet forkert ind. Tallet 10 stod under stk. og ikke under mg. Patienten fik administreret denne dosis i 2 dage og blev meget påvirket deraf. Han fik efterfølgende en modgift og blev tæt overvåget med hensyn til bevidsthedsniveauet og hjertefunktionen.

## **Thyreoideterapi**

### Radioaktivt jod

En rapport omhandlede en patient, der grundet forhøjet stofskifte blev behandlet med radioaktivt jod. Patienten fik forkerte oplysninger angående det interval, der skulle gå fra behandlingens ophør, og til hun kunne blive gravid uden risiko for fosterskader.

Patienten blev gravid, mens der grundet den tidligere behandling stadig var risiko for fosterskader. Hun valgte at få en provokeret abort.

### Eltroxin

En rapport omhandlede en patient, der var i behandling med Eltroxin. Ved indlæggelsen på det lokale hospital fik hun ikke dette præparat ordineret. Få dage efter blev patienten meget utilpas med hjertebanken og blev derefter overflyttet til en specialafdeling.

## Rapporter uden angivelse af præparatnavn

De resterende 5 rapporter omhandlede bl.a. hændelser, hvor patienter fik administreret medpatienters medicin. Konsekvenserne af disse hændelser var, at patienterne fik besværet respiration og blev overflyttet til de lokale intensivafdelinger.

### *Beskrivelse af årsagerne mv.*

I rapporterne er nævnt mange forskellige årsager til hændelserne.

Der er bl.a. nævnt, at infusionsflaskerne med hhv. 10 % og 50 % glukoseopløsninger lignede hinanden (look alike præparater) og til forebyggelse af lignende hændelser er foreslået, at etikkerne ændres.

I mange rapporter er beskrevet, at der var meget travlt, samt at personalenormeringerne var for lave. Dette medførte, at kontraindikationer blev overset, samt at patienterne ikke blev identificeret ved navn og personnummer før medicinadministration.

I de rapporter, hvor der ikke skete dosisreduktion af aktuelle cytostatika, når patienterne havde nedsat lever- og nyrefunktion, er som forebyggelse mod lignende hændelser nævnt, at ordinationen af cytostatika bør kontrolleres af en speciallæge, som er fortrolig med behandling med disse præparater.

I en del rapporter er nævnt, at der efter hændelserne er indtruffet, har været øget undervisning af sundhedspersonalet med henblik på at forebygge lignende hændelser.

### *Sundhedsstyrelsens kommentarer:*

- Relevante vejledninger til de nævnte problematikker er 'Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler' af juni 2006, 'Vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv.' af februar 2007, 'Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet' af maj 1998 samt 'Vejledning om mærkning af medicin på anæstesiaafdelinger af november 2007'.
- Sundhedsstyrelsen udgav i 2007 temarapporten 'Risikomedicin – præparater, som er involveret i faktuelle og potentielle SAC 3 hændelser'. I rapporten er hændelserne indenfor de forskellige præparatgrupper gennemgået. Rapporten indeholder anbefalinger på en række områder om bl.a. sikker mundtlig kommunikation, zoner hvor sundhedspersonalet kan udføre ordinationer og dispenseringer uden at blive afbrudt, sikring af, at præparater ikke forveksles, beslutningsstøtte til elektronisk medicinordination og om særlig opmærksomhed på risikopræparater i det hele taget.

### 1.3.2 Hændelser i forbindelse med operative og invasive procedurer

#### *Beskrivelse af hændelserne*

I denne kategori er i alt 21 rapporter indsendt.

Nogle rapporter omhandlede hændelser, hvor utensiler i forbindelse med operationer blev anvendt for-

En patient skulle have tømt væske fra lungehinden. Der blev anlagt et kateter til udtømmning af dette. Efter anlæggelsen løb der blodigt væske ud og ved fjernelse af kateteret blødte det. En efterfølgende scanning viste, at kateteret havde perforeret milten.

kert. Det er fx beskrevet, at man i forbindelse med anlæggelse af et CVK (centralt venekateter) glemte at fjerne den ene guidewire.

Andre rapporter omhandlede komplikationer til operationer – både komplikationer, som det er muligt at forebygge og komplikationer, som det er meget vanskeligt eller umuligt at forebygge.

I 4 rapporter er beskrevet hændelser, hvor patienter i det postoperative forløb efter anlæggelse af PEG (Percutan Endoscopisk Gastrostomi) sonder udviklede lungebetændelse. Patienternes stamafdeling var den samme. De havde alle haft en blodprop i hjernen og havde deraf fået lammelser i den muskulatur, som bruges til at synke med. I rapporterne er beskrevet, at det var muligt at forebygge disse hændelser (se nedenfor).

Som eksempel på komplikationer, der er vanskelige at forebygge, er beskrevet hændelser, hvor patienter efter operationer for livstruende sygdomme fik lungeembolier (blodpropper i lungerne). Det var i de aktuelle situationer kontraindiceret at give patienterne antikoagulerende (medicin til forebyggelse af blodpropper) før, under og efter operationen.

#### *Beskrivelse af årsagerne mv.*

I rapporterne er bl.a. nævnt, at personalet manglede oplæring i anvendte utensiler.

I analysen af hændelserne om patienterne, som efter anlæggelse af PEG sonder udviklede lungebetændelse, er som en af de vigtigste årsager til hændelserne nævnt, at der på patienternes stamafdeling ikke blev foretaget en systematisk status på patienterne umiddelbart inden anlæggelse af sonden. I medfølgende handleplan til forebyggelse af lignende hændelser er beskrevet, at der skal udarbejdes en intern instruks, som beskriver hvem, der skal lave den præoperative status på patienten inden anlæggelse af sonden, samt hvornår og hvordan denne skal laves.

#### *Sundhedsstyrelsens kommentarer:*

- Det er en meget heterogen gruppe af hændelser og Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man lokalt arbejder med forebyggelse af lignende hændelser.
- Sundhedsstyrelsen udgav i 2006 temarapporten ' Forberedelse af patienter forud for operative eller andre invasive indgreb '. I denne er beskrevet, at den mangelfulde forberedelse dels medfører en risiko for, at der foretages indgreb på patienten på trods af kontraindikation og dels en mere indirekte risiko for forværring af en tilstand på grund af aflysning. Patientforløbene bør struktureres og koordineres, og i rapporten er nævnt en række administrative hjælpemidler.

#### 1.3.3 Fald

##### *Beskrivelse af hændelserne*

I denne kategori er i alt 88 rapporter indsendt.

I 46 af rapporterne er beskrevet, at faldet skete på sygestuen, 15 på toilettet, 22 andre steder på sygehuset (gangarealer, spisestue mv.) og 5 er det uoplyst.

I rapporterne omhandlende fald på sygestuen er beskrevet, at mange af hændelserne skete, når patienten rejste sig fra sengen og ville gå på toilettet eller sætte sig i en stol på stuen. Mange af disse patienter var cerebralt velfungerende og var instrueret i at tilkalde hjælp, når de skulle op af sengen, men de undlod dette.

Rapporterne om fald på toilettet omhandlede mange selvhjulpne patienter, som i forbindelse med toiletbesøg fik svimmelhedsanfald eller gled på glatte gulve.

I rapporterne omhandlende fald på andre arealer er bl.a. beskrevet hændelser, hvor patienter faldt, når de skulle rejse sig fra siddende position og gå videre ved hjælp af deres forskellige hjælpemidler, som fx stokke og rollatorer.

De fleste rapporter omhandlede patienter i aldersgruppen 65 – 95 år. I få af disse hændelser er beskrevet, at patienterne var demente, konfuse eller havde specifikke sygdomme, der påvirkede deres motorik, som eksempelvis Parkinsons sygdom.

En indlagt patient stod ud af kørestolen og gik få skridt, før han faldt og brækkede hofte. Patienten havde været indlagt gennem et stykke tid, og der var intet, der havde indikeret, at han ville rejse sig fra kørestolen. Han havde gennem hele indlæggelsen været inaktiv og afkræftet.

I mange af rapporterne er beskrevet, at konsekvenserne af hændelsen for patienterne var brækkede lårben, håndled mv. I enkelte rapporter er beskrevet, at hændelsen havde fatale konsekvenser for patienterne, idet de ved faldet fik blødninger i hjernen.

#### *Beskrivelse af årsagerne mv.*

I en del af de rapporterede hændelser, hvor faldet skete i forbindelse med, at patienten var ved at rejse sig fra sengen, er beskrevet, at sengene var meget høje og burde udskiftes med eleverbare senge. Når sundhedspersonalet forlader stuen, skal sengen altid være i lavest mulige position.

I én rapport er beskrevet, at der var igangsat faldudredningsprogram for den aktuelle patient. I en anden rapport er beskrevet, at der umiddelbart efter hændelsen indtraf, blev implementeret en instruks til faldforebyggelse på det aktuelle hospital.

#### *Sundhedsstyrelsens kommentarer:*

- Sundhedsstyrelsen har indsamlet regionernes Temarapporter, kerneårsagsanalyser med videre omhandlende fald og vil i 2008 samle konklusionerne fra dette materiale i en orientering.

#### 1.3.4 Selvmord og selvmordsforsøg

##### *Beskrivelse af hændelserne*

I denne kategori er i alt 65 rapporter indsendt.

Enoghalvtreds (51) af rapporterne omhandlede hændelser, hvor patienterne begik selvmord.

En indlagt depressiv patient, som var i bedring og tidligere havde været udenfor afdelingen alene, begik selvmord i forbindelse med en to timers udgang fra den aktuelle psykiatriske afdeling.

I 38 af disse rapporter er beskrevet, at selvmordet skete i forbindelse med, at patienterne var tilknyttet den lokale distriktpsykiatri eller havde udgang (hjemmebesøg) fra den aktuelle psykiatriske afdeling, hvor de var indlagt. Patienterne begik selvmord ved at gå ud foran et tog, ved drukning, ved spring fra høje huse og broer, ved skydning, ved hængning i eget hjem, ved indånding af udstødningsgas og ved indtagelse af en overdosis medicin.

I de 13 andre rapporter, som omhandlende patienter, der begik selvmord, er beskrevet, at det skete på sygehus. Syv (7) af disse omhandlede patienter med somatiske sygdomme, som begik selvmord ved spring fra høje etager på sygehusene eller ved at skære pulsåren over. I andre rapporter er beskrevet patienter på psykiatriske afdelinger, som begik selvmord på de aktuelle afdelinger ved bl.a. at trække en plastikpose over hovedet og ved hængning.

Fjorten (14) rapporter omhandlede hændelser, hvor patienter forsøgte selvmord. I 5 af disse er beskrevet, at selvmordsforsøget skete i forbindelse med et hjemmebesøg. Patienterne forsøgte selvmord ved bl.a. spring fra høje højder og indtagelse af en overdosis af medicin. Selvmordsforsøgende havde store konsekvenser for patienterne, eksempelvis hoved-nakkelæsioner og skader på leveren.

#### *Beskrivelse af årsagerne mv.*

I en del af rapporterne er beskrevet, at patienterne var blevet selvmordsvurderet og ikke fundet selvmordstruet, hvorefter de havde fået tilladelse til hjemmebesøg. I de efterfølgende analyser er konkluderet, at der ikke er fundet en egentlig kerneårsag. I andre rapporter er beskrevet, at der ikke var foretaget selvmordsvurdering af den aktuelle patient.

I mange af rapporterne er beskrevet, at der på afdelingerne efterfølgende er sat øget fokus på selvmordsvurdering og selvmordsforebyggelse.

#### *Sundhedsstyrelsens kommentarer:*

- Sundhedsstyrelsen har i 2004 udgivet vejledningen 'Vurdering og visitation af selvmordstruede'. I vejledningen er anbefalet, at der lokalt udarbejdes instrukser for afdelingernes håndtering af selvmordstruede patienter. Desuden skal vejledningen fremme etableringen af lokale samarbejdsaftaler mellem sygehuset og relevante parter i den primære sundheds – og socialsektor med henblik på den videre opfølgning af selvmordstruede patienter.
- Sundhedsstyrelsen har i 2005 udsendt en temarapport om forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse. I denne er bl.a. anbefalet, at der indarbejdes patientsikkerhed ved nybygning og nyindretning af afdelinger og sengestuer, og at eksisterende afdelinger systematisk gennemgås med henblik på at reducere de fysiske muligheder for at begå selvmord, samt at der sker en systematisk risikovurdering af selvmordstruede patienter under indlæggelsen ved udgang og ved udskrivelse.

### 1.3.5 Hændelser i forbindelse med anæsthesiprocedurer

#### *Beskrivelse af hændelserne*

I denne kategori er i alt 3 rapporter indsendt.

Alle 3 rapporter omhandlede hændelser, hvor patienter skulle intuberes (placering af en tube i luftrøret), men tuberne blev fejlplacerede.

I en rapport er beskrevet, at tuben blev placeret i spiserøret, men at dette blev opdaget umiddelbart derefter og tuben blev omplaceret. Det er beskrevet, at der i forbindelse hermed løb galde fra mavesækken over i lungerne, og patienten fik hjertestop.

I de 2 andre rapporter er beskrevet, at tuberne blev fejlplacerede, og at der blev efterfølgende ventileret i disse. Patienterne udviklede luftansamlinger på halsen, som besværlig eller umuliggjorde vejrtrækningen. Den ene patient fik hjertestop, mens det var muligt at respiratorbehandle den anden patient.

#### *Beskrivelse af årsagerne mv.*

Det er beskrevet, at de lokale oplæringsprogrammer for sundhedspersonalet omkring intubering af patienter med vanskelige luftveje ikke var reviderede – specielt med hensyn til procedurer og placering af akutbakker.

I den ene rapport er foreslået, at der hos patienter med vanskelige luftveje skal kontrolleres for korrekt omplacering af tuben vha. fiberscop eller røntgenoptagelse af brystkassen i to planer. Der er endvidere foreslået, at der skal udarbejdes en lokal instruks om den optimale lejring af patienterne, som skal intuberes.

#### *Sundhedsstyrelsens kommentarer:*

- Sundhedsstyrelsen vil i 2008 analysere disse hændelser nærmere.

### 1.3.6 Hændelser i forbindelse med forveksling eller fejlkommunikation

#### *Beskrivelse af hændelserne*

I denne kategori er i alt 14 rapporter indsendt.

Ti (10) rapporter omhandlede hændelser, om fejl- eller manglende kommunikation mellem sundhedspersonale indenfor samme afdeling vedrørende bestilling af blodprøver og undersøgelser samt svar på disse. Akutte blodprøver blev ikke bestilt og blodprøvesvar samt undersøgelsesresultater blev ikke set, eller der blev ikke reageret derpå.

En patient med kræft i blærehalskirtlen blev indlagt med smerter i ryggen. Patientens rygsøjle blev scannet og han blev udskrevet umiddelbart derefter. Scanningsbillederne blev ikke set, eller der blev ikke reageret derpå. Patienten blev genindlagt et par uger efter, og var nu lam i begge ben. Scanningsbillederne viste multiple metastaser i rygsøjlen.

Tre (3) andre rapporter omhandlede hændelser, hvor der var fejl- eller manglende kommunikation mellem patienter eller pårørende og sundhedspersonalet på de aktuelle afdelinger.

I en rapport er beskrevet feilkommunikation mellem en vagtcentral og en lægeambulance. Konsekvensen var, at en patient med hjertestop ikke blev hentet af en lægeambulance, og dermed ikke modtog avanceret hjertestopbehandling (intubering, administration af relevant medicin med videre).

#### *Beskrivelse af årsagerne mv.*

I rapporterne er bl.a. nævnt, at afdelingerne ikke havde udarbejdet checklister til opfølgning på blodprøvesvar, undersøgelsesresultater mv.

I rapporten omhandlede feilkommunikation mellem vagtcentral og lægeambulance er bl.a. beskrevet, at der var tekniske problemer med kaldesystemet.

#### *Sundhedsstyrelsens kommentarer:*

- Sundhedsstyrelsen har i 2007 udsendt en temarapport med titlen: 'Utilisgitede hændelser ved blod- og vævsprøver samt billeddiagnostiske undersøgelser'. I denne er beskrevet, at de hyppigste hændelser var, at patienternes stamafdelinger ikke umiddelbart reagerede på de modtagne prøvesvar. I rapporten anbefales bl.a. at ordination, rekvisition, gennemførelse, analyse, svarafgivelse til rekvirent, modtagelse af svar, klinisk handling og kommunikation til patienten følges og sammenholdes for den enkelte prøve og den enkelte patient, hvad enten der i arbejdsgangene anvendes papir eller et elektronisk system.
- Sundhedsstyrelsen har i 2007 udsendt en temarapport med titlen: "Sprogproblemer mellem sundhedspersonalet og fremmedsprogede patienter". I denne er beskrevet forskellige problemstillinger i forbindelse med sprogproblemer som følge af patientens etniske oprindelse. I rapporten anbefaler Sundhedsstyrelsen, at afdelingerne udarbejder en instruks for anvendelse af tolk, samt at der tages stilling til, hvilket informationsmateriale, der er brug for på fremmedsprog.

### 1.3.7 Hændelser i forbindelse med kontinuitetsbrud

#### *Beskrivelse af hændelserne*

I denne kategori er i alt 38 rapporter indsendt.

Syvogtyve (27) af rapporterne omhandlede hændelser i forbindelse med samarbejdet mellem afdelinger indenfor det samme sygehus om en indlagt patient. Enogtyve (21) af disse rapporter omhandlede mangelfuld information om patienternes aktuelle status og behandling ved overflyttelse mellem afdelinger, ved tilkald af tilsyn eller udførelse af undersøgelser i andre afdelinger end patientens aktuelle stamafdeling. I seks (6) andre af disse rapporter er nævnt, at der ikke var plads på den afde-

ling på det aktuelle sygehus, som kunne yde patienten den optimale behandling, hvilket havde alvorlige konsekvenser for de aktuelle patienter.

Ni (9) andre rapporter omhandlede hændelser, der opstod i forbindelse med overflyttelse af en patient mellem to sygehuse. Der er beskrevet lignende problemstillinger som ved overflyttelse mellem to afdelinger på samme hospital, dvs. mangelfuld information om patientens aktuelle status og behandling.

Et præparat til en patologiafdeling blev sendt med rørpostsystem, men det nåede ikke frem til afdelingen. Tre døgn efter afsendelsen blev det opdaget, at biopsien sad fast i rørpostsystemet. Præparatet var ikke fikseret, da det skulle undersøges umiddelbart efter modtagelsen. Det var derfor nødvendigt at tage en ny biopsi fra patienten.

De sidste 2 rapporter i denne kategori omhandlede prøver (biopsier), som aldrig nåede frem til den afdeling, som skulle analysere prøven. Prøven forsvandt under transporten.

I rapporterne er nævnt, at den mangelfulde information om patienternes aktuelle status og behandling ved overflytterne havde alvorlige og i mange tilfælde fatale konsekvenser for patienterne

#### *Beskrivelse af årsagerne mv.*

I mange af rapporterne er beskrevet, at hændelserne skyldtes dårlig skriftlig og mundtlig kommunikation og som forebyggelse af lignende tiltag er nævnt, at der lokalt bør udarbejdes instrukser, som beskriver ansvarsfordelingen ved overflyttelse af en patient til anden afdeling eller sygehus.

#### *Sundhedsstyrelsens kommentarer:*

- Sundhedsstyrelsen har i 2007 udgivet 'Vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv.' Vejledningen omhandler videregivelse af oplysninger ved overflyttelse mellem to afdelinger, hvad en epikrise bør indeholde samt vejledning om, hvordan oplysninger om patientens medicinstatus bør videregives. Ved overflyttelse til undersøgelse eller behandling skal det fremgå af journalen, hvorfor patienten er overflyttet, og hvordan patientens status er ved overflyttelsen.
- Sundhedsstyrelsen har i 2007 udsendt temarapporten: 'Utilsigtede hændelser ved blod – og vævsprøver samt billeddiagnostiske undersøgelser', i hvilken det bl.a. er beskrevet, at den næsthyppigste type af utilsigtet hændelse i det aktuelle materiale var, at blod- og vævsprøver ikke nåede frem til laboratoriet, og dermed ikke blev analyseret som planlagt. Vedrørende den fysiske transport/forsendelse af prøvemateriale anbefaler Sundhedsstyrelsen oplæring af personale, særlig markering af akutte prøver samt særlig kvittering for forsendelse.

#### 1.3.8 Hjertestop eller uventet død

##### *Beskrivelse af hændelserne*

I denne kategori er i alt 69 rapporter indsendt.

I alt 45 rapporter omhandlede hændelser, hvor hjertestoppet ikke var umiddelbart forudsigeligt. I de fleste af disse rapporter er beskrevet, at der fra sundhedspersonalet var sket fejlvurderinger med hensyn til diagnosen (fejldiagnosticeringer) eller med hensyn til ordination af prøver, analyser og behandlinger. Disse blev ikke bestilt til at skulle udføres som akutte analyser eller behandlinger. Syv (7) af ovenstående rapporter omhandlede hændelser, hvor der i forbindelse med fødsel skete fejlvurderinger af eller manglende vurderinger af den kørte cardiotocografi.

Andre 9 rapporter omhandlede hændelser, hvor overvågning af kritisk syge patienter manglede eller ikke var optimal. Der er beskrevet hændelser, hvor patienter fik taget den elektroniske overvågning (telemetri) midlertidigt af og hændelser, hvor der på de aktuelle sygehuse manglede pladser på de lokale intensivafdelinger, hvorfor patienterne blev indlagt på afdelinger, hvor der ikke var mulighed for elektronisk overvågning. Dette resulterede i, at patienterne fik hjertestop uden sundhedspersonalet umiddelbart blev opmærksomme derpå.

En patient blev fundet livløs i sengen. Han havde haft opkastning og aspireret maveindhold over i lungerne. Patienten skulle derfor suges, men suget var ikke samlet korrekt og luftvejene kunne således ikke frigøres for sekret, så det var muligt at give kunstig ventilation.

De resterende 15 rapporter omhandlede hændelser i forbindelse med hjertestopbehandlingen. Der er beskrevet problemer med ventetid på hjertestopteamet, med ansvarsfordelingen i teamet og med manglende funktionsdygtigt sug mv. på hjertestopbordene.

#### *Beskrivelse af årsagerne mv.*

Der er beskrevet mange forskellige årsager til ovenstående hændelser.

I en del af rapporterne omhandlende fejldiagnosticering er beskrevet, at der manglede en lokal instruks omkring konferering med mere erfarent sundhedspersonale dels ved diagnosticering dels ved tolkning af analyseresultater. I andre rapporter er beskrevet, at en sådan instruks fandtes, men at den i aktuelle situation ikke blev anvendt på grund af travlhed.

I rapporterne omhandlende hjertestopbehandlingen er beskrevet, at der manglede instrukser på de aktuelle afdelinger bl.a. vedrørende ansvar for kontrol af hjertestopvogne med hensyn til opfyldning og kontrol af funktionsdygtigt apparatur på hjertestopborde.

#### *Sundhedsstyrelsens kommentarer:*

- Sundhedsstyrelsen har i 2007 udsendt en OBS meddelelse vedrørende lydalarmering. I denne er bl.a. anbefalet, at der ved frakobling af en lydalarm hos en patient, som skal monitoreres, bør være en sundhedsperson til stede hos patienten, så længe alarmer er frakoblet.

- Sundhedsstyrelsen har i 2007 udsendt en OBS meddelelse omhandlende cardiococografi, i hvilken bl.a. problemstillinger omkring forkert tolkning af afvigende CTG kurver er beskrevet. I meddelelsen er bl.a. anbefalet, at lokale instrukser bør indeholde beskrivelser på opfølgning på afvigelser på CTG kurver.

### 1.3.9 Øvrige hændelser

#### *Beskrivelse af hændelserne*

I denne kategori er i alt 31 rapporter indsendt.

Seks (6) rapporter omhandlede hændelser, hvor apparatur i akutte undersøgelsessituationer ikke virkede. Rapporter omhandlende hændelser, hvor apparatur ikke virkede ved hjertestop, er beskrevet i kapitel 1.3.8.

En patient fik udført en gastroskopi (synsundersøgelse af mavens inderside ved hjælp af særlige apparater). I forbindelse hermed skulle der bruges et apparat til at brænde blødninger med. Dette virkede imidlertid ikke, og der blev derfor udført en anden behandling. Patienten døde samme aften pga. et blødende mavesår.

Tolv (12) rapporter omhandlede hændelser, hvor der var sket fejl – eller manglede diagnosticeringer og behandlinger. Fejldiagnosticeringerne skyldtes bl.a. fejltolkninger af undersøgelsesresultater. Det er fx beskrevet, at håndledsfrakturer blev overset. Fejldiagnosticeringer, der førte til, at patienten fik hjertestop, er beskrevet under 1.3.8.

De resterende 13 rapporter omhandlede hændelser af heterogen karakter. Der er bl.a. beskrevet en patient, som døde, da patienten utilsigtet overdoserede sig selv samt en patient, som utilsigtet blev kvalt i sengehesten.

#### *Beskrivelse af årsagerne mv.*

Årsagerne er ligesom hændelserne i denne kategori beskrevet som mangeartede. Det er fx beskrevet, at der i afdelingerne ikke var fokus på det akutte beredskab, hvorfor der ikke var udarbejdet instrukser for at sug mv. virkede.

#### *Sundhedsstyrelsens kommentarer:*

- Det er en meget heterogen gruppe af hændelser, og Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man lokalt arbejder med forebyggelse af lignende hændelser.

## 2 Sundhedsstyrelsens opfølgning

### 2.1 Publikationer

På baggrund af de indsendte utilsigtede hændelser til DPSD udsender Sundhedsstyrelsen temarapporter, OBS-meddelelser, patientsikkerhedshistorier, vejledninger, nyhedsbreve og én gang årligt en årsrapport.

Alle publikationer udarbejdes i samarbejde med Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgivere eller andre med særlig viden indenfor de relevante områder.

Målgruppen er læger, sygeplejersker og andet klinisk personale, herunder risikomanagere.

Sundhedsstyrelsens faglige udmeldinger følger en taksonomi bestående af faglige meddelelser og forskrifter.

Forskrifter indeholder information om eller fortolkning i gældende lov og bekendtgørelser. Eksempelvis er en vejledning en forskrift.

Vejledninger beskriver bl.a., hvordan Sundhedsstyrelsen fortolker autorisationslovens § 17, dvs. autoriserede sundhedspersoners forpligtigelse samt de, der handler på disses vegne, til under udøvelsen af deres virksomhed at udvise omhu og samvittighedsfuldhed.-

Faglige meddelelser indeholder information om virksomhed på sundhedsområdet og er fx. udredninger, anbefalinger og orienteringer.

Udredninger er meddelelser, der indeholder beskrivelser af forhold vedrørende sundhedsvæsenet.

Anbefalinger er meddelelser, som indeholder anbefalinger vedrørende tilrettelæggelse af virksomhed på sundhedsområdet eller anbefalinger om god faglig praksis på sundhedsområdet.

Orienteringer er meddelelser, som indeholder information af almen art vedrørende sundhedsvæsenet.

**Table III:** Udmeldinger fra DPSD systematiseret efter Sundhedsstyrelsens taksonomi.

Sundhedsstyrelsens taksonomi over faglige udmeldinger		Udmeldinger fra DPSD
Forskrifter	Vejledning	Vejledning
Faglig meddelelse	Udredninger	Nyhedsbreve
		Temarapporter (deskriptive)
		Årsrapport
	Anbefalinger	Temarapporter med anbefalinger
		OBS – meddelelser
		Patientsikkerhedshistorier
	Orienteringer	OBS – meddelelser

Alle faglige udmeldinger fra DPSD kan læses på [www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk)

#### 2.1.1 Nyhedsbreve

Én gang i kvartalet udsender Sundhedsstyrelsen et Nyhedsbrev. Nyhedsbrevene sendes per e-mail til de personer, som har tilmeldt sig elektronisk på hjemmesiden [www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk).

Brevene har deskriptiv karakter og beskriver antallet af rapporter, der er rapporteret til databasen samt opsummerer de hændelser, der er rapporteret til DPSD i det for-

løbne kvartal med en faktisk risikoscore på 3, dvs. som meget alvorlige. Andre aktiviteter indenfor DPSD i det forløbne kvartal beskrives ligeledes.

### 2.1.2 Temarapporter

Emnerne til temarapporterne udvælges ved hændelsernes hyppighed samt den potentielle og faktuelle alvorlighedsgrad. Hændelserne skal kunne forebygges. I temarapporterne beskrives årsagerne til hændelserne og eventuelt forslag til forebyggelse af lignede hændelser udførligt.

I 2007 udkom de tre nedenfor omtalte temarapporter.

#### 2.1.2.1 Utilsigtede hændelser ved blod – og vævsprøver samt billeddiagnostiske undersøgelser

De forskellige trin i forløbet fra en undersøgelse ordineres, til der foreligger svar, er illustreret med eksempler på utilsigtede hændelser.

En hyppig årsag til utilsigtede hændelser var, at patienternes stamafdelinger ikke umiddelbart reagerede på de modtagne prøvesvar. Den næst hyppigste type af utilsigtet hændelse var, at blod- og vævsprøver ikke nåede frem til laboratoriet, og dermed ikke blev analyseret som planlagt.

Når undersøgelser og prøver ikke bliver gennemført, eller der mangler opfølgning på resultaterne, er der risiko for, at patienten får en forkert eller forsinket diagnose og behandling.

Rapporten vil blive fulgt op af en vejledning fra Sundhedsstyrelsen om udførelse og opfølgning på parakliniske undersøgelser.

#### 2.1.2.2 Risikomedicin - præparater, der er involveret i potentielle og faktuelle SAC 3 hændelser

Risikomedicin defineres i rapporten som præparater, der er involveret i hændelser, hvor patienten er kommet alvorligt til skade eller har været i risiko for at blive det. Sandsynlighed for gentagelse indgår også i vurderingen.

Mange af problemstillingerne, som er beskrevet i denne rapport, ses også ved ordination og håndtering af anden medicin. Men når de utilsigtede hændelser indtræffer i forbindelse med risikomedicin, er risikoen for alvorlige konsekvenser for patienten større end ved andre præparater.

Rapporten indeholder anbefalinger på en række områder om bl.a. sikker mundtlig kommunikation, zoner hvor sundhedspersonalet kan udføre ordinationer og dispenseringer uden at blive afbrudt, sikring af, at præparater ikke forveksles, beslutningsstøtte til elektronisk medicinordination og om særlig opmærksomhed på risikopræparater i det hele taget.

### 2.1.2.3 Sprogproblemer mellem sundhedspersonalet og fremmedsprogede patienter

En del borgere fra ikke vestlige lande har svært ved at forstå og tale dansk. Når borgerne skal undersøges eller modtage behandling kan dette medføre kommunikationsproblemer med deraf følgende utilsigtede hændelser.

I Dansk Patientsikkerhedsdatabase blev der i 2006 identificeret 29 hændelser, der var relateret til sprogproblemer.

En del af de utilsigtede hændelser skyldtes, at der ikke blev anvendt professionel tolk. Derfor forstod patienten ikke afgørende besked om fx faste og medicinering, eller det var ikke muligt at opnå informeret samtykke.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at afdelingerne udarbejder en instruks for anvendelse af tolk. Herunder hvordan man sikrer sig, at patienterne forstår den information, der gives. Styrelsen anbefaler endvidere, at der tages stilling til, hvilket informationsmateriale, der er brug for på fremmedsprog.

### 2.1.3 OBS-meddelelser

OBS-meddelelserne identificeres på baggrund af hændelsernes potentielle og faktuelle alvorlighedsgrad. Hændelserne skal kunne forebygges. OBS meddelelserne er korte og skal have en vis aktualitet.

Der findes to typer af OBS meddelelser. Ved den ene type videreformidles vigtig information relateret til utilsigtede hændelser fra centrale myndigheder som Lægemiddelstyrelsens og Sundhedsstyrelsens forskellige afdelinger. Den anden type omhandler en problemstilling afledt af en eller flere hændelser indsendt til DPSD og indeholder en eller flere anbefalinger.

I 2007 udkom nedenstående 5 meddelelser

#### 2.1.3.1 DiTeKiPol/Act – Hib vaccine

Fra almen praksis er Sundhedsstyrelsen blevet orienteret om nogle utilsigtede hændelser ved brugen af DiTeKiPol/Act-Hib i børnevaccinationsprogrammet. Rapporterne omhandlede hændelser, hvor børn kun havde fået DiTeKiPol-delen af vaccinen og ikke Act-Hib-delen.

Pakningen med vaccine indeholder en række med 5 injektionssprøjter med en solvens af DiTeKiPol og en række med 5 hætteglas med Act-Hib som tørstof. Af indlægssedlen fremgår det, at DiTeKiPol solvensen skal tilsættes hætteglasset med Act-Hib med henblik på at opløse tørstoffet. Herefter kan den samlede vaccine injiceres. Dette fremgår ikke med samme tydelighed af den påklistede mærkat på pakningen.

Efter udsendelse af denne meddelelse har Lægemiddelstyrelsen truffet afgørelse om, at Statens Serum Institut ikke overholder gældende regler for mærkning, og har påbudt Statens Serum Institut at udarbejde en handlingsplan for implementering af forbedret pakningsmateriale samt fremsende eksempel på forbedret pakningsmateriale.

Indtil implementering af nyt pakningsmaterialet vil pakningen blive tilføjet en til-lægsmærkning med oplysninger om, at vaccine i både injektionsvæske og hætteglas skal indgives.

Derudover har Lægemiddelstyrelsen anbefalet udarbejdelse af information på pak-ningsmaterialet om, at vaccinen skal administreres til børn ved 3 mdr., 5 mdr. og 1 år.

#### 2.1.3.2 Inhalationspumpe PARI BOY N

Der har været nogle utilsigtede hændelser med PARI BOY N inhalationspumper i Tyskland, hvor brugere har fået stød ved anvendelse. Forhandleren har derfor valgt at udsende en sikkerhedsanvisning samt en guideline vedrørende forberedelse af PARI inhalation udstyr til genbrug for en ny patient. Sikkerhedsanvisningen og guidelinen kan læses på [www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk)

#### 2.1.3.3 Patienter i behandling med blodfortyndende medicin

Til Dansk Patientsikkerhedsdatabase er indsendt enkelte rapporter med faktisk risi-  
koscore 3 om blødningskomplikationer ved mindre invasive indgreb på patienter,  
som var i behandling med blodfortyndende medicin.

Sundhedsstyrelsen anbefaler i denne meddelelse bl.a., at retningslinierne, som er udarbejdet af arbejdsgruppen nedsat af Dansk Selskab for Trombose og Hæmosta-  
se, er kendt i alle afdelinger, og at afdelingsledelserne tager stilling til, om det giver anledning til at udarbejde lokale instrukser eller ændre gældende instrukser, samt at retningslinierne også følges ved fjernelse af katetre, som er forbundet med samme risiko for blødning som anlæggelse af katetre.

#### 2.1.3.4 Anvendelse af lydalarmering i forbindelse med patientmonitorering

Sundhedsstyrelsen har modtaget 5 rapporter med faktisk score 3, som vedrører ly-  
dalarmering ved monitorering af patienter.

I tre rapporter er der rapporteret om personalets afbrydelse af lydalarmering. I ét til-  
fælde er der rapporteret om forsinket reaktion på såvel lydalarm som abnorm hjer-  
terytmie på scopet. I den sidste hændelse er beskrevet manglende alarmering, da  
batteriet faldt ud af telemetrienheden i tilslutning til dødsfald.

På baggrund af disse hændelser anbefaler Sundhedsstyrelsen bl.a., at lydalarmer i  
princippet ikke bør kunne afbrydes, men dæmpes inden for et hørligt niveau, samt  
at når muligheden for at frakoble lydalarmering opretholdes, bør der være en sund-  
hedsperson til stede hos patienten, så længe alarmering er frakoblet. Scopet bør konti-  
nuerligt overvåges.

#### 2.1.3.5 Cardiotocografi

Cardiotocografi (CTG) er en elektronisk overvågning af fostrets hjerterefrekvens og  
den fødendes veaktivitet. Undersøgelsen anvendes i forbindelse med fødsler, når  
der er risiko for eller mistanke om iltmangel hos fostret.

Ved gennemgang af databasen for utilsigtede hændelser fra begyndelsen af 2004 til maj 2007 er der identificeret 6 hændelser rapporteret med en faktisk risikoscore på 3, som omhandlede anvendelse af CTG.

Hændelserne afspejlede tre problemstillinger: Utilstrækkelig varighed af CTG overvågningen, forkert tolkning af afvigende CTG kurver samt mangelfuld opfølgning på abnorme CTG kurver.

Sundhedsstyrelsen gør i meddelelsen opmærksom på cirkulæret om jordemoder-virksomhed. Det skal af afdelingens instruks fremgå, at jordemoderen skal konferere med eller tilkalde læge, når CTG-kurven ikke skønnes at være normal. Herudover anbefaler Sundhedsstyrelsen, at fødeafdelingernes instrukser for både læger og jordemødre indeholder beskrivelse af indikationer for anvendelse af CTG og opfølgning på afvigelser på CTG kurven. Fødeafdelingerne bør etablere regelmæssig undervisning for både læger og jordemødre i indikation for CTG, tolkning af CTG og opfølgning på afvigelser.

#### 2.1.3.6 Husk "De fem trin"

Sundhedsstyrelsen har modtaget rapporter om forkert lejring af patienter under operation og erkendelse af manglende funktionsdygtigt operationsudstyr efter operationen var igangsat og har på den baggrund udsendt en OBS meddelelse. I denne gøres opmærksom på, at Sundhedsstyrelsens vejledning til sikring mod forvekslinger ved kirurgiske indgreb: "De fem trin" af 20. juni 2006 skal implementeres. Det fremgår af vejledningen, at der, som en del af proceduren forud for en operation, skal indgå sikring af den korrekte lejring af patienten samt sikring af, at det nødvendige og korrekte operationsudstyr er til stede.

#### 2.1.4 Patientsikkerhedshistorie

I patientsikkerhedshistorier beskrives en enkelt hændelse, som er udvalgt efter faktisk eller potentiel risikoscore (3). Den udvalgte hændelses årsager, konsekvenser og forslag til lokale eller nationale tiltag vil i den indsendte rapport være velbeskrevet, og der vil oftest være indsendt et resumé af en udført kerneårsagsanalyse.

Hændelsen analyseres i Sundhedsstyrelsen med henblik på nationale udmeldinger.

I 2007 udkom nedenstående patientsikkerhedshistorie.

##### 2.1.4.1 Legionellasyge under indlæggelse

Sundhedsstyrelsen har modtaget en rapport om en utilsigtet hændelse omhandlende et dødsfald hos en patient, som blev smittet med bakterien *Legionella pneumophila* under indlæggelse på et sygehus.

Som andre sygehusinfektioner kan legionellainfektioner forebygges, og de lokale hygiejneudvalg må i samarbejde med sygehusets tekniske afdeling udarbejde retningslinier herfor.

Af væsentlige elementer i forebyggelsen kan nævnes god vedligeholdelse af vand-systemer og beskyttelse af risikopatienter, herunder elimination af risikofaktorer eksempelvis stillestående vand i blinde rørender eller i vandtanke med for lille

døgnskifte, for lav temperatur af det varme og for høj temperatur af det kolde vand samt gamle korroderede rør, god vedligeholdelsesplan af vandforsyningen, der også omfatter forholdsregler efter driftstop og nedlukning, fx ved ferie.

Endvidere bør der være skærpet opmærksomhed vedrørende mulig forekomst af Legionella i brugsvandet på afdelinger med immunosupprimerede risikopatienter, især organtransplanterede samt udarbejdes særlige retningslinjer for brug af drikkebadevand til disse patienter, hvis der konstateres forekomst af legionellabakterier i vandet.

#### 2.1.5 Vejledninger

Vejledningerne eller dele af disse kan have baggrund i hændelser rapporteret til DPSD. I 2007 udkom nedenstående 3 vejledninger, som delvis har baggrund i rapporterede utilsigtede hændelser til DPSD.

##### 2.1.5.1 Vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv.

Vejledningen om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv. af 22. februar 2007 omhandler bl.a. vejledning om videregivelse af oplysninger ved overflyttelse mellem to afdelinger, hvad en epikrise bør indeholde samt vejledning om, hvordan oplysninger om patientens medicinstatus bør videregives.

##### 2.1.5.2 Vejledning om anvendelse af perorale fødesonder

Vejledningen om anvendelse af perorale fødesonder af 21. november 2007 henvender sig til alle læger og præciserer den omhu og samvittighedsfuldhed, en læge bør udvise ved anvendelse af perorale fødesonder, således at risikoen for utilsigtede hændelser ved anvendelse af disse mindskes.

##### 2.1.5.3 Vejledningen om mærkning af medicin på anæstesiaafdelinger

Vejledning om mærkning af medicin på anæstesiaafdelinger af 29. november 2007 gør opmærksom på kravene til sikring af identifikation af patient og lægemiddel i forbindelse med anæstesi for dermed at undgå utilsigtede hændelser. Vejledningen henvender sig til personale på anæstesiaafdelinger og præciserer kravene til den omhu og samvittighedsfuldhed en autoriseret sundhedsperson bør udvise ved identifikation af patient og lægemiddel i forbindelse med anæstesi.

## 2.2 Informationsaktiviteter

### 2.2.1 Foredrag og undervisning i 2006

#### Februar

- 'Patientsikkerhed i Danmark, herunder DPSD' ved besøg af ansatte fra Socialstyrelsen i Sverige (København)

#### Marts

- 'Rapportering af utilsigtede hændelser, evaluering og udvidelse af ordningen' ved kursus for risikomanagere i Region Hovedstaden (København)
- 'Patientsikkerhed, herunder DPSD' ved DSMI's årsmøde (København)

#### April

- 'Ny database for rapportering af utilsigtede hændelser (DPSD II)' ved patientsikkerhedskonference arrangeret af Dansk Selskab for Patientsikkerhed (København)
- 'Clean care is safer care' ved patientsikkerhedskonference arrangeret af Dansk Selskab for Patientsikkerhed (København)
- 'Patientsikkerhed i Danmark, herunder DPSD og tilsyn' ved besøg af den Irske Sundhedsminister (København)

#### Maj

- 'Rapportering af utilsigtede hændelser, evaluering og udvidelse af ordningen' ved kursus for risikomanagere i Region Hovedstaden (København)

#### Juni

- 'Patientsikkerhed i Danmark, herunder DPSD og tilsyn' ved besøg af en delegation fra Sudan (København)

#### September

- 'Rapportering af utilsigtede hændelser, evaluering og udvidelse af ordningen' ved tilsynskongres (Finland)
- 'Patientsikkerhed i Danmark, herunder DPSD' ved besøg hos Socialstyrelsen i Sverige (Sverige)
- 'Rapportering af utilsigtede hændelser, evalueringen og udvidelse af ordningen' ved kursus for risikomanagere i Region Hovedstaden (København)
- 'Dansk Patient Sikkerhedsdatabase' ved EU – konference (Patient Safety Research Conference) i Porto (Portugal)

#### Oktober

- 'Rapportering af utilsigtede hændelser, evaluering og udvidelse af ordningen' ved kursus for risikomanagere i Region Syddanmark (Odense)

#### November

- 'Rapportering af utilsigtede hændelser, evaluering og udvidelse af ordningen' ved kursus for risikomanagere i Region Syddanmark (Røddekro)
- 'Rapportering af utilsigtede hændelser i Danmark og den bagvedliggende lovgivning' ved besøg af ansatte i det Israelske Sundhedsministerium. (København)

- ' Rapportering af utilsigtede hændelser, den bagvedliggende lovgivning og udvidelse af ordningen til primærsektoren' ved Lægedage (København)
- 'Rapportering af utilsigtede hændelser, evaluering og udvidelse af ordningen' ved besøg af ansatte i Norges Helsetilsyn (København)

## 3 Samarbejde med Lægemiddelstyrelsen

Af Lægemiddelstyrelsen

Udveksling af viden og information om utilsigtede hændelser mellem Sundhedsstyrelsen og Lægemiddelstyrelsen er udbygget i løbet af 2007, hvor Lægemiddelstyrelsen har haft direkte adgang til rapporter i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). Derudover er der set et stigende antal direkte henvendelser fra risikomanagere og andre til Lægemiddelstyrelsen.

Som led i samarbejdet med Sundhedsstyrelsen har Lægemiddelstyrelsen udsendt OBS-meddelelser og informationer i nyhedsbrevet fra DPSD. Lægemiddelstyrelsen medvirkede i efteråret i udarbejdelsen af en temarapport om risikomedicin. I løbet af 2008 har Lægemiddelstyrelsen til hensigt at nedsætte en gruppe bestående af såvel eksterne som interne sundhedseksperter med det formål at definere risikolægemidler.

I løbet af 2007 har Lægemiddelstyrelsen deltaget i udviklingen af udarbejdelsen af et klassifikationssystem og i det overordnede grundlag for en kravspecifikation til et nyt rapporteringssystem.

Nedenstående afsnit om Lægemiddelstyrelsens håndtering af utilsigtede hændelser er baseret på rapporteringer i DPSD afsluttet lokalt i 2007 og videresendt anonymiseret til Sundhedsstyrelsen.

### 3.1 Utilsigtede hændelser vedrørende medicinering

Lægemiddelstyrelsen har via den direkte adgang til DPSD lavet udtræk af rapporter om utilsigtede hændelser hvert kvartal i 2007. Rapporterne er udtrukket i samtlige hovedkategorier under medicineringsfejl: ordination, dokumentation, dispensering, administration og andet. Der blev udtrukket rapporter, hvori det var angivet, at den utilsigtede hændelse omhandlede forkert dosis, forkert lægemiddel, forkert lægemiddelform eller forkert administrationsvej – samt rapporter, hvor medvirkende årsag var angivet som emballage, regnefejl eller andet. Rapporterne er udtrukket for samtlige risikoscorer (se Bilag I). Udover rapporterne fra DPSD modtog Lægemiddelstyrelsen også henvendelser fra sygehusapoteker, direkte fra risikomanagere og Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Rapporterne blev gennemgået med henblik på at identificere hændelser, hvor Lægemiddelstyrelsen med gældende lovgivning kunne medvirke til at forebygge medicineringsfejl ved ændring af lægemidlets mærkning. Ved mærkning forstås al tekst og grafik på den ydre og indre emballage til et lægemiddel. Ændring af lægemidlets mærkning kan derfor betyde ændring i udseende eller udformning af pakningsmaterialet for at fremhæve de væsentligste oplysninger på lægemidlet f.eks. navn, styrke eller administrationsvej overfor brugeren/sundhedspersonalet.

Et lægemiddels navn vurderes og godkendes af Lægemiddelstyrelsen ved udstedelse af markedsføringstilladelse for et lægemiddel. Indehaveren af markedsføringstilladelsen har ansvar for at sikre, at mærkningen af lægemidlet lever op til mærk-

ningsbekendtgørelsens bestemmelser (Bekendtgørelse nr. 1210 af 7. december 2005 om mærkning m.m. af lægemidler). Lægemiddelstyrelsen kan henstille til, at der foretages ændringer i mærkningen.

Ved Lægemiddelstyrelsens sagsbehandling af utilsigtede hændelser blev de pågældende lægemidler taget hjem til en faglig vurdering af mærkningen. Hvis det blev vurderet, at lægemidlerne ikke overholdt mærkningsbekendtgørelsens bestemmelser, blev indehaveren af markedsføringstilladelsen ved en partshøring opfordret til f.eks. at foretage ændringer i emballagen. Der blev truffet en afgørelse i de enkelte sager på baggrund af Lægemiddelstyrelsens vurdering samt bemærkninger fra indehaveren af markedsføringstilladelsen.

En væsentlig forudsætning for sagsbehandling af en utilsigtet hændelse er, at lægemidlet kan identificeres, og at det er et godkendt lægemiddel. For at identificere lægemidlet er det nødvendigt at oplysninger om lægemidlets navn, form, styrke samt producent rapporteres. Generelt ses, at mange rapporter ikke indeholder tilstrækkelige oplysninger til at kunne identificere lægemidlet, og især oplysning om producent er mangelfuld.

I 2007 har Lægemiddelstyrelsen efter søgning i databasen identificeret 109 rapporter omhandlende problemer med mærkning af lægemidler. Cirka en tredjedel af de 109 rapporter omhandlede forveksling af infusionsvæsker grundet lighed i udseende og/eller navn. En anden tredjedel omhandlede navneforvekslinger, mens den sidste tredjedel omhandlede emballageforvekslinger og utydelig angivelse af styrke eller administrationsvej på lægemidlet. Viden om navneforvekslinger indsamles løbende for at drage erfaringer om typerne af navneforvekslinger. Emballageforvekslinger sås blandt andet mellem præparater i flere styrker og mellem forskellige præparater fra samme producent grundet producentens brand.

De rapporter, som ikke hørte under Lægemiddelstyrelsens område, omhandlede eksempelvis ordination af medicin på trods af angivelse af cave, uoverensstemmelser mellem elektronisk medicinjournal og medicinskema, indgift af seponeret medicin, fejl i ordinationen, fejlindstilling af infusionspumper, manglende signering for allerede administreret medicin, tabletter/kapsler/ampuller lagt tilbage i forkert emballage og andet.

Sagsbehandlingen viser generelt, at

- Oplysninger som lægemiddelnavn og -styrke bør fremgå på både forside og endesider af pakningen.
- Styrkeangivelsen for et lægemiddel bør fremhæves i tilfælde af flere styrker for samme lægemiddelstof.
- Lægemidler med præfiks eller suffiks, eksempelvis kombinationspræparater, bør have fremhævet præfiks eller suffiks i lægemiddelnavnet.
- Differentiering mellem infusionsvæskers mærkning bør være større, da en tredjedel af identificerede rapporter omhandler forkert fremtagning af infusionsvæsker grundet lighed i udseende og navn.
- Forskelligheder på ampuller bør tydeliggøres både ved etikettens mærkning og farve samt selve ampullens mærkning eksempelvis ved farvede ringe om ampullens top.
- Producenternes brand ofte med fordel kan nedtones for at forebygge præparatlighed.

Derudover har der været sager, som resulterede i fremhævelse af mængde aktivt stof i engangssprøjter og opfordring til firma om at anvende versal (stort bogstav) i midten af lægemiddelnavnet for at tydeliggøre forskelligheden mellem to lægemiddelnavne. Sagernes afgørelser offentliggøres på Lægemiddelstyrelsens hjemmeside løbende.

Lægemiddelstyrelsen gennemførte i 2006 et projekt for at identificere styrelsens mulige indsatsområder indenfor forebyggelse af medicineringsfejl. Projektet bestod af en undersøgelse af rapporter fra DPSD, en mindre litteraturundersøgelse og en interviewundersøgelse af ni interessenter bredt repræsenterende primær og sekundær sektor. På baggrund af projektet blev der i efteråret 2007 oprettet et tværgående kompetenceteam om patientsikkerhed i Lægemiddelstyrelsen. Teamets opgave er dels vidensdeling internt og eksternt samt at få iværksat initiativer indenfor de indsatsområder, som blev foreslået af interessenterne. Eksternt uddrag af projektet bliver offentliggjort på Lægemiddelstyrelsens hjemmeside i løbet af foråret 2008.

### 3.2 Utilsigtede hændelser vedrørende medicinsk udstyr

Generelt opfordres til at rapporteringer omhandlende utilsigtede hændelser med medicinsk udstyr indberettes direkte til Lægemiddelstyrelsens online indberetningssystem for alvorlige hændelser med medicinsk udstyr på [www.medicinskudstyr.dk](http://www.medicinskudstyr.dk). Dermed vil Lægemiddelstyrelsen hurtigere blive orienteret om hændelsen og kunne igangsætte undersøgelse af det involverede udstyr tidligere. Samtidig vil der være mulighed for at få uddybende oplysninger fra en kontaktperson.

For at lokalisere rapporter, hvor medicinsk udstyr har været en medvirkende årsag til den utilsigtede hændelse, gennemfører Lægemiddelstyrelsen løbende søgninger i DPSD, hvor søgekriteriet er, at apparatur/udstyr er angivet som årsag til hændelsen. Derudover fremsøges alle rapporter om medicineringsfejl, hvor det er angivet, at en infusionspumpe har været medvirkende årsag til hændelsen.

Alle rapporteringer, hvor rapportører eller risikomanagere har angivet, at medicinsk udstyr er involveret i hændelsen, findes således. Samtlige risikoscorer (se Bilag I) er medtaget i søgningerne.

Alle rapporter er gennemgået med henblik på at fastslå, om det ud fra det rapporterede er muligt at identificere hændelser, som involverer medicinsk udstyr. Hændelsesbegrebet i bekendtgørelserne om medicinsk udstyr er dog forskelligt fra Dansk Patientsikkerhedsdatabases.

En alvorlig hændelse med medicinsk udstyr er ifølge bekendtgørelser om medicinsk udstyr (Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelser nr. 1268, 1269 og 1270) indberetningspligtige til Lægemiddelstyrelsen. I bekendtgørelserne defineres en alvorlig hændelse som en hændelse, der medfører død, livstruende skade eller sygdom, permanent skade på kroppen eller kropsfunktioner, eller at medicinsk eller kirurgisk behandling er nødvendig for at undgå ovenstående, og hvor det medicinske udstyr er årsag til hændelsen.

Søgningen i DPSD gav 797 rapporter under de nævnte søgekriterier. En gennemgang af rapporterne viste, at 51 af de 797 rapporter kunne have medicinsk udstyr som medvirkende årsag til hændelsen. Af de 51 rapporter viste det sig, at 14 rapporter ligeledes var blevet rapporteret direkte til Lægemiddelstyrelsen via [www.medicinskudstyr.dk](http://www.medicinskudstyr.dk). Disse 14 rapporter var derfor allerede sagsbehandlet. I de resterende 37 rapporter var det ikke muligt at identificere det medicinske udstyr involveret i hændelsen.

For at Lægemiddelstyrelsen kan behandle sager om utilsigtede hændelser, skal det være muligt at identificere og gennemgå det implicerede medicinske udstyr. I den forbindelse er det helt centralt, at Lægemiddelstyrelsen får kendskab til hændelsen, umiddelbart efter at den er sket.

Generelt mangler rapporterne væsentlige oplysninger om f.eks. fabrikant og model, før det involverede medicinske udstyr kan identificeres. Anonymiseringen af rapporterne i DPSD gør det samtidig ikke muligt at få yderligere oplysninger om den utilsigtede hændelse. En anden vigtig faktor for Lægemiddelstyrelsens sagsbehandling er den tid, der er gået mellem hændelsen og afslutning hos den lokale risikoor- ganisation. Den tidsmæssige forsinkelse kan forhindre en teknisk gennemgang af det konkrete involverede medicinske udstyr, da det som regel er repareret eller smidt ud efter 3 måneder. Derfor opfordres rapportører og risikomanagere til at rapportere direkte til Lægemiddelstyrelsen på [www.medicinskudstyr.dk](http://www.medicinskudstyr.dk).

Lægemiddelstyrelsen vurderer under gennemgangen af rapporterne i DPSD, om der er behov for generelle tiltag i forbindelse med anvendelsen af medicinsk udstyr.

### 3.3 Fremtiden - 2008

Samarbejdet og vidensudvekslingen mellem Lægemiddelstyrelsen og Sundhedsstyrelsen om utilsigtede hændelser vedrørende lægemidler, medicinsk udstyr og blodkomponenter rapporteret til DPSD vil fortsætte i 2008. Det nyligt opstartede kompetenceteam om patientsikkerhed i Lægemiddelstyrelsen vil i 2008 arbejde med patientsikkerhedsrelaterede opgaver.

## 4 Samarbejde med Statens Institut for Strålebeskyttelse

Af Statens Institut for Strålebeskyttelse.

Instituttet er under Sundhedsstyrelsen og har det forløbne år regelmæssigt lavet udtræk af rapporter i databasen over utilsigtede hændelser, for at udtrække de hændelser, der er relevante for Statens Institut for Strålebeskyttelse dvs. hændelser, som medførte utilsigtet bestråling af patienter.

I lighed med tidligere år viste gennemgangen af rapporterne, at langt de fleste hændelser var af en sådan karakter, at de kan finde sted på alle afdelinger. Der var mange eksempler på f.eks. højre/venstre forveksling, undersøgelse af den forkerte patient, udførelse af undersøgelser, der var blevet afbestilt og lignende. Kun få problemstillinger omhandlede specifikt stråleudsættelse.

I en rapport er beskrevet en hændelse, af hvilken det fremgik, at forringelse af udstyret gjorde det nødvendigt at udsætte patienten for en højere stråledosis end normalt. Det skal bemærkes, at det er den ansvarlige fysiker, der er ansvarlig for, at udstyret ikke forringes, og hvis det forringes i en sådan grad, at det ikke kan justeres eller repareres, skal det tages ud af drift. Personalet skal sørge for, at fysikeren informeres om problemer med udstyret.

Endvidere er der indsendt en del rapporter omhandlende henvisninger til røntgenundersøgelser, som ikke var fyldestgørende, fx. at den kliniske problemstilling ikke var tilstrækkeligt belyst på henvisningen. I flere rapporter er beskrevet, at undersøgelsen blev gennemført alligevel, men ikke gav det nødvendige grundlag for den videre diagnosticering. Patienten blev således unødigt bestrålet. Andre rapporter omhandlede manglende oplysninger om den sundhedsperson, som henviste patienten. De billeddiagnostiske afdelingers muligheder for søgning af yderligere oplysninger bl.a. vedrørende den kliniske problemstilling nedsættes dermed betydeligt.

Statens Institut for Strålebeskyttelse vil sætte fokus på disse problemstillinger i de tilsyn, som gennemføres på sygehusene.

## 5 Sundhedsstyrelsens deltagelse i internationale fora omkring patientsikkerhed i forbindelse med utilsigtede hændelser

### 5.1 Projekt om rapporteringssystemer under EU

#### **Nedsættende myndighed**

High Level Group on health and medical care under EU- kommissionen.

#### **Formål**

Formålet med projektet er at opmuntre og støtte medlemslande i etableringen af effektive rapporterings- og læringssystemer indenfor patientsikkerhedsområdet. Endvidere skal projektet bane vej for en fælles europæisk database over hændelser og løsninger fra alle nationale rapporteringssystemer.

#### **Deltagere**

På opfordring af formanden for arbejdsgruppen påtog Danmark sig at koordinere udarbejdelsen af et projektforslag omkring rapporteringssystemer. Femten (15) medlemslande og 2 interesseorganisationer (herunder den europæiske lægeforening, CPME) deltager i projektet. Ministeriet for Sundheds og Forebyggelse er fast deltager i arbejdsgruppen, repræsenteret ved Sundhedsstyrelsen.

#### **Resultater**

Projektet er i 2007 blevet godkendt og finansieres under EU's folkesundhedsprogram. Det forventes at blive igangsat i begyndelsen af 2008 og løber over 30 måneder. Danmark (Sundhedsstyrelsen) skal stå for det koordinerede arbejde.

### 5.2 Nordisk arbejdsgruppe vedrørende indikatorer for patientsikkerhed

#### **Nedsættende myndighed**

Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe vedrørende kvalitetsmåling.

#### **Formål**

Arbejdsgruppen skal fremkomme med forslag til fælles nordiske indikatorer for patientsikkerhed.

#### **Deltagere**

Repræsentanter fra alle de nordiske lande. Fra Danmark deltager en repræsentant fra Sundhedsstyrelsen.

#### **Resultater**

Projektet er igangsat i 2007 og forventes afsluttet i 2010.

### 5.3 Ekspertgruppe under projektet SIMPATIE

#### **Nedsættende myndighed**

European Society for Quality in Healthcare (ESQH) - office for Quality Indicators.

#### **Formål**

Gruppen skulle fremkomme med forslag til fælles europæiske indikatorer for patientsikkerhed og identificere et antal indikatorer for patientsikkerhed. En væsentlig forudsætning var bred faglig enighed om indikatorerne og deres datagrundlag. Der var ikke umiddelbart noget krav om sammenlignelighed

#### **Deltagere**

Repræsentanter fra alle de fleste centraleuropæiske lande. Fra Danmark deltog én repræsentant fra region Midtjylland og én fra Sundhedsstyrelsen.

#### **Resultater**

Projektet er afsluttet og afrapporteret i 2007.

### 5.4 Ekspertgruppe under OECD

#### **Nedsættende myndighed**

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).

#### **Formål**

Gruppen skal fremkomme med forslag til indikatorer på patientsikkerhedsområdet. Projektet er en fortsættelse af et tidligere projekt, hvor man ud fra en litteraturgen- nemgang identificerede 21 potentielle patientsikkerhedsindikatorer. Det aktuelle projekt skal på baggrund heraf fremsætte forslag om et antal konkrete indikatorer samt anwise sammenlignelige målepunkter herfor.

#### **Deltagere**

Repræsentanter fra 32 af medlemslandene under OECD.

#### **Resultater**

Projektet er igangsat i 2007 og arbejder forventes afsluttet i 2010.

## 6 Debatindlæg af Sven Ternov

### MTO analyse (Menneske-Teknik-organisation) vs. Kerneårsagsanalyse (Root Cause Analysis, RCA) - hvilken metode er "bedst"?

Af Sven Ternov

*Sven Ternov, som er speciallæge i almen medicin, har i mange år beskæftiget sig med problematikker omkring human factors, safety og risk management. Sundhedsstyrelsen har bedt ham skrive en artikel om MTO analyse contra RCA analyse. Denne viden kan forhåbentlig inspirere os alle.*

#### **Metoderne**

Begge analyser er metoder, der anvendes til at undersøge ulykker med det formål at drage læring deraf, så nye ulykker kan forebygges.

Metoderne har som startpunkt en hændelsesanalyse, hvor man efter en tidslinje så præcist som muligt forsøger at kortlægge hændelsesforløbet.

I MTO analysen har man et ganske bredt perspektiv på hændelsesforløbet. Man forsøger at identificere systemfejl som dels bevirkede, at operatøren gjorde en fejl-handling dels identificere, hvorfor fejlen ikke kunne mitigeres/fanges, dvs. en analyse af sikkerhedsbarrierernes effektivitet.

I RCA skal man for hver fejlhandling angive en eller flere kerneårsager (root cause) og problemområder. Disse kerneårsager klassificeres senere i følgende kategorier:

- Kommunikation
- Oplæring/uddannelse
- Arbejds miljø
- Udstyr og apparatur
- Procedurer og retningslinjer
- Barrierer/kontrolforanstaltninger

#### **Diskussion**

I løbet af de sidste dekader er der beskrevet mange metoder til udredning af incidenter/ulykker.

Når man skal vurdere disse metoder er det et generelt problem, at der ofte mangler videnskabelig evaluering af metoderne, dvs. hvor gode er de til at identificere årsager til hændelsen? Fanger metoden alle betydningsfulde komponenter i et ulykkes-

forløb, eller identificerer metoden falske årsager til ulykken, dvs. hvordan er metodens sensitivitet og specificitet? Da metoderne hovedsagelig anvender kvalitative data, kan man også indvende, i hvilken omfang de forskellige undersøgere kommer til det samme resultat, dvs. hvor valide er metoderne?  
Der foreligger sjældent svar på ovenstående spørgsmål.

I løbet af de sidste 20 år har opfattelsen om ulykkesmekanismer gradvis forandret sig. Tidligere opfattede man ulykkesforløb som lineære og med én enkel årsags-effekt sammenhænge. Hvis A indtræffer, så sker B og det får effekten C. Domino-teorien er et eksempel på dette.

En analysemetode, som afspejler dominoteorien, er fejltræ-analysen. En sådan metode bruges for at spore ulykker i et teknisk system. Man har forsøgt at presse menneskelige fejlhandlinger ind i denne model, f.eks. gennem Human Reliability Analysis, HRA. På samme måde, som man kunne regne fejlmuligheder ud for en teknisk komponent i et system, forsøgte man at regne fejlfrekvenser ud for menneskelige fejlhandlinger og kvantificere disse.

Det viste sig, at det ikke var nogen videre brugbar idé. Virkeligheden lod sig ikke beskrive og håndtere med HRA på en måde, som gav anvendelige resultater. Man måtte konstatere, at mennesket ikke er lige så forudsigeligt som tekniske komponenter. I HRA er det hovedsagligt en teknisk angrebsmåde, som anvendes for at fange ”den menneskelige faktor”.

Man indså, at virkeligheden var mere kompleks. Derfor begyndte man at operere med begreber som ”komplekse tekniske systemer” (f.eks. atomkraftværker, kemisk industri) og ”komplekse socio-tekniske systemer”, (som f. eks sundhedsvæsen og flyvetrafikledelse). I sidstnævnte er årsags-effekt forbindelser langt fra lineære. Hvis A sker, er det slet ikke sikkert at dette medfører B, for C kan dukke op og give et helt andet udfald. Hvis fx en røntgenlæge fejltolker et billede og sender et fejlagtigt svar til klinikerens, kan flere ting ske: Røntgenundersøgelsen var måske ikke så velbegrunder, så klinikerens handling påvirkes ikke, eller kun i begrænset udstrækning, af det fejlagtige svar. Eller røntgensvaret kommer måske slet ikke frem til klinikerens (pga. mangler i informationshåndteringen) eller klinikerens fejltolker selv røntgenlægens fejlagtige tolkning. I et komplekst socio-teknisk system findes der mange årsager til, at hvis A sker (fejltolkning af røntgenbillede), så medfører dette ikke nødvendigvis, at B sker (fejlbehandling af patienten).

Ud fra denne erkendelse dukkede nye teorier og modeller op til at forklare ulykkesforløb i komplekse socio-tekniske systemer. Disse *last generation* modeller kan man sammenfatte som *system failure theory*, systemfejlsmodeller. De er beskrevet af bl.a. Cook & Woods (1), Reason (2), Reason (3), Hollnagel (4), Dekker (5) og Ternov (6, 7).

Modellerne (fx. Reason's) beskriver, at der i vores systemer findes et antal *latent conditions*, eller *latent system failures*, latente systemfejl. Disse kan kombineres på en uforudsigelig måde og skabe forudsætninger for en ulykke. Disse latente systemfejl øger sandsynligheden for at vore medarbejdere i *the sharp end* foretager en u hensigtsmæssig handling/beslutning (*active failure*, aktiv fejl). Vores systemer har mere (flyvetrafikledelse) eller mindre (sundhedsvæsen) indbyggede mekanismer for at forhindre disse fejl, eller at mitigere/forebygge disse fejl. Disse indbyggede sikkerhedsmekanismer kaldes gerne for sikkerhedsbarrierer. Findes disse ikke vil menneskelige fejlhandlinger, som er fremprovokeret af de latente systemfejl,

øge sandsynligheden for, at fejlen vil ramme patienten med skade eller død til følge.

### **Praktisk brug af metoden**

Det er vigtigt at huske at ligeegyldigt, hvordan metodebeskrivelsen og teorien ender ud, er det de praktiske resultater som betyder noget, dvs. hvordan metoden bruges.

#### MTO analyse

Da jeg har undervist i Region Syd i MTO analyse, er jeg nok ikke helt objektiv. Min erfaring er, at kursisterne har let ved at forstå metoden, har brugt den og produceret meget gode resultater mht. til at forebygge utilsigtede hændelser - ikke blot for at forebygge "en lignende hændelse", men for at forbedre systemet ved at identificere systemfejl og mangelfulde barrierer.

De fleste kvalitetsnøglepersoner er trænet i brug af metoden som på en pragmatisk måde bruges på afdelingsniveau, på alle typer af hændelser, inklusiv "near misses". Afhængig af situationen kan metoden gennemføres fuldt ud eller blot dele af den. Den grundlæggende tanke omkring systemfejl skal være med i hele analysen.

#### Kerneårsagsanalyse

På hjemmesiden [www.trygpatient.dk](http://www.trygpatient.dk) har jeg læst en del kerneårsagsanalyser. Resultaterne af disse er nok i overensstemmelse med systemfejlsteori. De når til de samme konklusioner, som en MTO analyse antagelig ville være nået til.

Jeg er imidlertid kritisk overfor det, som jeg finder som en overbureaukratisering af denne metode. Den gøres til noget meget eksklusivt, skal besluttes af sygehusledelsen og udførelsen følger en meget rigid struktur

Yderligere synes kerneårsagsanalysen i Danmark at have fået status som *the one and only method*. Som tidligere nævnt findes der meget begrænset dokumentation for den ene eller den anden metodes fortræffelighed. Historien er fuld af eksempler på slagsmål om forskellige kvalitative metoders fordele. Eftersom ingen af disse metoder egentlig er evidensbaserede, kan man bruge megen tid på at diskutere ingenting.

### **Konklusion og anbefalinger**

Veteran Affairs/Joint Commissions nye anbefalinger (8) er i overensstemmelse med den moderne systemteori.

Det er ærgerligt, hvis der går prestige i valget af metode. Hovedformålet er dog at arbejde for en bedre patientsikkerhed.

Denne diskussion forsøger at vise, at det ikke spiller så stor rolle, hvilken metode man anvender. Det vigtigste er, at man gør noget for at forbedre sikkerheden i hele kongeriget. Begge metoder kan tilvejebringe gode resultater. Metodernes effektiv-

tet er afhængig af de lokale organisationers tolkning af metoden og den praktiske tillem্পning, som anvendes.

Jeg foreslår, at regionerne vælger den metode, som de føler sig komfortable med. Hovedsagen er, at man arbejder struktureret for at forbedre patientsikkerheden. Med de forbehold, som jeg har angivet ovenfor, kan man med begge metoder opnå dette.

Lidt uden for rammerne af denne diskussion er nok en refleksion om, at man ikke kan basere morgendagens sikkerhed på gårdagens fejltagelser. Med dette mener jeg, at det er vigtigt at man kan drage læring af fejltagelser for at forbedre systemet, men det er ikke tilstrækkeligt. Man bør kombinere disse retroaktive metoder med proaktive metoder, med det formål at finde systemsvagheder **inden** ulykken slår til.

#### Referencer

1. Cook RI, Woods DD. Operating at the sharp end: The complexity of human error. In: Bogner MS, (Ed.). Human error in medicine. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates; 1994.
2. Reason J. Human Error. Cambridge, Cambridge University Press; 1990.
3. Reason J. Managing the risks of organizational accidents. Vermont, Ashgate; 1997.
4. Hollnagel, E. Barriers and accident prevention. Ashgate, 2004.
5. Dekker, S. The field guide to understand human error. Ashgate 2006.
6. Ternov, S. The human side of medical mistakes. In: Spath P (Ed.) Error reduction in Health Care. Jossey-Bass, New York; 2000.
7. Ternov, S. Människor och misstag i sjukvården. Studentlitteratur, Lund, 1998.
8. Bagian, J.P., Gossbee, J., Lee, C.Z., Williams, L., McKnight, S.D., Mannos, D.M.. The Veteran Affairs Root Cause Analysis in Action. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations, 2002;28,10. /(Journal on Quality Improvement).

## 7 Bilagsfortegnelse

**Bilag I:** Risikovurdering af utilsigtede hændelser

**Bilag II:** Handleplan for DPSD 2008

**Bilag III:** Regionernes arbejde med utilsigtede hændelser i 2007

# Bilag I:

## Risikovurdering af utilsigtede hændelser

Sagsbehandleren i regionerne risikovurderer hændelsen efter et internationalt anerkendt system, SAC (Safety Assessment Code) systemet.

Risikoscoren udregnes efter alvorlighedsgraden (skadens omfang) og hændelsens hyppighed (sandsynligheden for gentagelse).

Alvorlighedsgraden eller skadens omfang inddeles i 4 kategorier: Katastrofal, betydende, moderat og minimal. Sagsbehandleren vurderer både den faktuelle (aktuelle) og den potentielle alvorlighedsgrad (hvor stor en skade kunne hændelsen teoretisk have forvoldt patienten).

### Skadens omfang

**Katastrofal:** En af følgende:

- Død
- Varigt betydende funktionsstab/handikap, dvs. hvor méngraden var større end eller lig 15% for én patient (méngraden vurderes efter bedste skøn over den mulige varige skade, som hændelsen kan resultere i).

**Betydende:** En eller flere af følgende:

- Varige funktionsstab/handikap, dvs. hvor méngraden var mindre en 15% for minimum én patient (méngraden vurderes efter bedste skøn over den mulige varige skade, som hændelsen kan resultere i)
- Betydelig øget udrednings/behandlingsintensitet, herunder overflyttelse til intensiv observation/dialyse/koronarafsnit for én patient
- Ved flere patienter skadet af samme begivenhed: Lettere øget udredning/behandlingsintensitet eller forlænget indlæggelsestid for minimum 3 patienter.

**Moderat:** En eller flere af følgende:

- Lettere øget udredningsarbejde/behandlingsintensitet som blev håndteret på en stamafdeling for én patient
- Ved en til to patienter skadet af samme begivenhed: Forlænget indlæggelsesvarighed.

**Minimal:** Ingen eller minimal betydning for patienten

### Skadens hyppighed

Hyppigheden inddeles ligeledes i 4 kategorier: Hyppig, mindre hyppig, sjælden og meget sjælden:

**Hyppig:** Vurderes at forekomme op til flere gange indenfor et år på det pågældende hospital.

**Mindre hyppig:** Vurderes at forekomme igen inden for et til to år på det pågældende hospital.

**Sjælden:** Vurderes at forekomme igen inden for to til fem år på det pågældende hospital.

**Meget sjælden:** Vurderes at forekomme igen inden for fem til 30 år på det pågældende hospital.

Ud fra nedenstående SAC matrix udregner sagsbehandlersystemet en potentiel og en faktisk risikoscore. Risikoscoren kan antage værdierne 1, 2 og 3.

#### **SAC MATRIX**

Hyppighed / Alvorlighedsgrad	Katastrofal	Betydende	Moderat	Minimal
Hyppig	3	3	2	1
Mindre hyppig	3	2	1	1
Sjælden	3	2	1	1
Meget sjælden	3	2	1	1

# Bilag II:

## Handleplan for DPSD 2008

*I lighed med sidste år har Sundhedsstyrelsen i tilknytning til udgivelsen af DPSD's Årsrapport 2007 valgt at offentliggøre DPSD's handlingsplan for det kommende år, 2008.*

*Formålet med offentliggørelsen er dels at orientere regionerne og sygehusledelserne om, hvilke initiativer der arbejdes med centralt dels at afstemme produktioner og forventninger mellem Sundhedsstyrelsen og regionerne.*

### 1. Samarbejde

#### 1.1 Regionerne

##### 1.1.1 Strategisk forum / referencegruppe

Strategiske forum blev i 2005 etableret som et rådgivende organ, som skulle medvirke til videreudvikle rapporteringssystemet, koordinere arbejdet mellem Sundhedsstyrelsen og de lokale enheder samt fungere som forum for drøftelser af praksis i styrelsens og regionernes forvaltning og administration af lov om Patientsikkerhed.

Strategisk forum er sammensat af repræsentanter fra hhv. regionerne, Danske Regioner, Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og fra Sundhedsstyrelsen.

Strategiske forum blev i 2007 udvidet med repræsentanter fra Patientforum, Praktiserende Lægers Organisation, Foreningen af Speciallæger, Fag og Arbejde, KL og Danmarks Apotekerforening.

Det Strategiske forum fungerer endvidere som referencegruppe for projektet 'DPSD version 2 – ny database for utilsigtede hændelser', indtil projektet er afleveret.

Sundhedsstyrelsen har sekretariatsfunktionen, og der vil blive holdt kvartalsvise møder i Sundhedsstyrelsen.

##### 1.1.2 Fagligt forum

Fagligt forum blev ligeledes etableret i 2005 med en repræsentant fra hver region, en repræsentant fra Danske Regioner og to fra Sundhedsstyrelsen. Repræsentanterne fra regionerne skulle være beskæftiget primært med patientsikkerhed i forbindelse med utilsigtede hændelser.

Fagligt forum skulle som hovedopgave yde rådgivning og danne forum for vidensdeling i spørgsmål, som knyttede sig til DPSD, herunder gensidig erfaringsudveksling af lokale og nationale udmeldinger samt drøfte forslag til fælles indsatsområder.

der og uddannelsesbehov. I praksis har dette forum beskæftiget sig meget med den elektroniske del af DPSD og mødes efter behov.

### 1.1.3 Regionale kontaktpersoner i Sundhedsstyrelsen

I forbindelse med strukturreformens ikrafttræden pr. 1. januar 2007 er der dannet 5 regioner. Hver region har fået tildelt en kontaktperson i Sundhedsstyrelsen blandt de medarbejdere i Enhed for Tilsyn (EfT), som arbejder med DPSD. Formålet er, at Sundhedsstyrelsen får kendskab til og overblik over, hvad der foregår i de enkelte regioner, og regionerne får en direkte kontakt i Sundhedsstyrelsen, hvorved samarbejdet øges. Kontaktpersonen skal efter opfordring deltage i regionale og lokale møder efter ønske fra regionerne og undervise på regionale og lokale kurser.

Nedenstående liste viser regionernes kontaktperson i Sundhedsstyrelsen.

Region Hovedstaden: Malene Vestergaard, [MVE@sst.dk](mailto:MVE@sst.dk)

Region Sjælland: Karin Povlsen, [KPO@sst.dk](mailto:KPO@sst.dk)

Region Syd: Søren Klebak, [SKL@sst.dk](mailto:SKL@sst.dk)

Region Midt, Mikala Utzon, [MIU@sst.dk](mailto:MIU@sst.dk)

Region Nord: Jørgen Hansen, [JHA@sst.dk](mailto:JHA@sst.dk)

## 1.2 Internt i Sundhedsstyrelsen

### 1. 2. 1. Sundhedsstyrelsen Enhed for Planlægning

Enhed for Tilsyn (EfT) har et løbende samarbejde med Sundhedsstyrelsens Enhed for Planlægning (EfP) omkring gensidig udveksling af oplysninger. EfP bliver orienteret om rapporter omhandlede utilsigtede hændelser i forbindelse med enhedens arbejdsområde og EfP orienterer om konkrete initiativer, der er under planlægning eller igangsat relateret til patientsikkerhedsområder under DPSD.

### 1. 2.2. Statens Institut for Strålebeskyttelse

EfT nedsatte i 2005 et forum med repræsentanter fra Statens Institut for Strålebeskyttelse (SIS) og DPSD. SIS har adgang til de utilsigtede hændelser, der indsendes til Sundhedsstyrelsen omhandlende stråling. Formålet med samarbejdet er gensidig orientering om konkrete initiativer på baggrund af de rapporter, der omhandler utilsigtet stråleudsættelse af patienter ved medicinsk anvendelse af ioniserende stråling.

Dette forums arbejde vil fortsætte uændret i år 2008. Sekretariatsfunktionen ligger i EfT, og der vil blive 2- 4 møder efter behov.

### 1.3 Samarbejde med Lægemiddelstyrelsen

Sundhedsstyrelsen nedsatte i 2005 et forum med repræsentanter fra Lægemiddelstyrelsen (LMS) og DPSD. LMS har adgang til de utilsigtede hændelser, der omhandler medicinering og medicinsk apparatur. Formålet med dette forum er, på baggrund af konkrete hændelser, at drøfte patientsikkerhedsmæssige problemstillinger og initiativer indenfor lægemidler, medicinsk udstyr, blodkomponenter, væv og celler.

Dette forum vil fortsætte uændret i 2008. Sundhedsstyrelsen har sekretariatsfunktionen, og der vil blive afholdt kvartalsvise møder.

### 1.4 Samarbejde med Leverandørforum af elektroniske ordinationsmoduler og/eller patientjournaler

Sundhedsstyrelsen har i 2007 etableret et samarbejde med leverandørerne af elektroniske ordinationsmoduler og patientjournalssystemer. Formålet er, at leverandørerne via utilsigtede hændelser rapporteret til DPSD får kendskab til patientsikkerhedsmæssige problemstillinger indenfor deres kompetenceområde og på den baggrund kan reagere proaktivt i forbindelse med design af ny funktionalitet. På baggrund af erfaringerne herfra udarbejdes 'best practice' på området.

Analysegruppen mødes 2 gange årligt eller efter behov.

### 1.5 Samarbejde med organisationen Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark

Sundhedsstyrelsen har etableret et samarbejde med Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (SDSD), som er en fælles organisation dannet af Staten, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening.

Indførelsen af informationsteknologi i Sundhedsvæsenet i form af eksempelvis EPJ nedsætter antallet af særlige typer hændelser, men der opstår andre og hidtil ukendte hændelser.

SDSD vil løbende blive informeret om problemstillinger i rapporterne om utilsigtede hændelser i forbindelse med elektronisk patientjournal (EPJ), herunder elektroniske patient medicinordinationsmoduler (EPM).

Formålet med samarbejdet er gensidig orientering om, og igangsættelse af konkrete initiativer på baggrund af ovennævnte rapporter.

## 2 Udmeldinger

DPSD udsender løbende temarapporter, OBS - meddelelser, patientsikkerhedshistorier, vejledninger og nyhedsbreve.

Med baggrund i allerede indsendte rapporter om utilsigtede hændelser er planen, at der i 2008 vil blive udarbejdet følgende fra Sundhedsstyrelsen:

**Orientering om fald.** Sundhedsstyrelsen har indsamlet regionernes Temarapporter, kerneårsagsanalyser med videre omhandlende fald og vil i 2008 samle konklusionerne fra dette materiale i en orientering om de tiltag, der er på nuværende tidspunkt er implementeret i sygehusvæsenet til forebyggelse af fald.

**Temarapport** omhandlende arbejdsbelastning og utilsigtede hændelser. I rapporten vil internationale erfaringer om emnet blive gennemgået.

**Temarapport** om anvendelse af patientarmbånd ved identifikation af patienter

**Nyhedsbrev** vil blive udsendt én gang i kvartalet.

**OBS-meddelelser og patientsikkerhedshistorier** svarende til 4 - 6 udgivelser pr. år.

Derudover vil der blive arbejdet med opfølgning og evaluering af tidligere udsendte faglige meddelelser.

# Bilag III: Regionernes arbejde med utilsigtede hændelser i 2007

## Forord

Den 1. januar 2007 blev amterne til regioner. Denne omstilling er gennemført og har påvirket patientsikkerhedsarbejdet i 2007. Blandt andet har forskellige organisatoriske enheder og herunder forskellige praksisser skulle finde sammen i regionerne.

I strategisk forum har der i 2007 ligesom det foregående år været fokus på, hvordan der opnås bedre læring og videndeling internt i regionerne, mellem regionerne og i forhold til Sundhedsstyrelsen. Fagligt Forum blev formelt nedlagt i 2007, men er fortsat ad hoc og har blandt andet arbejdet med kravspecifikationer til DPSD-2 samt sikret udvikling af et modul til regionerne i forbindelse med overdragelsen af brugeradministrationen til regionerne. I samme regi har regionerne desuden arbejdet konstruktivt med forbedring af problemerne i DPSD, men der har været enighed om, at lægge størst fokus på udviklingen af DPSD-2 i forbindelse med udvidelse af lov om patientsikkerhed.

Evalueringen af lov om patientsikkerhed (august 2006) fastslog, at man på sygehuse var kommet langt med rapportering af utilsigtede hændelser og at det er læring og videndeling, der fortsat skal fokuseres på i fremtiden. Det har i 2007 betydet, at arbejdet med DPSD-2 er påbegyndt samt at udvidelsen af lov om patientsikkerhed til praksissektoren, kommuner, apoteker og patienter/pårørende er begyndt indarbejdet i regionernes patientsikkerhedsarbejde. Udvidelse af lov om patientsikkerhed er et stort fremskridt for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet i almindelighed og for patientsikkerheden i særdeleshed, særligt fordi rapportering og behandling af utilsigtede hændelser nu vil føre til læring og videndeling i alle dele af sundhedsvæsenet.

I det følgende beskriver de enkelte regioner, hvilke overordnede aktiviteter de har haft i 2007 i relation til patientsikkerhed og arbejdet med udvikling heraf samt i forhold til DPSD.

# Region Nordjyllands bidrag til årsrapporten

<b>Region</b>	<b>Region Nordjylland</b>
<b>Aktiviteter i 2007</b>	<p><b>Indrapporteringer</b> Antallet af indrapporterede utilsigtede hændelser er fortsat stigende i Region Nordjylland. Således er der i 2007 indrapporteret i alt 853 utilsigtede hændelser i regionen. Der er foretaget 4 kerneårsagsanalyser og 2 aggregerede kerneårsagsanalyser.</p> <p><b>Formidling</b> Hvert kvartal er der udsendt et regionalt nyhedsbrev. I 2007 er der udsendt én regional ”pas på”.</p> <p>4 – 6 gange årligt afholdes erfamøde for ps-kontaktpersoner fra sygehusene, sektorerne, sygehusapoteket og regionens Kvalitetskontor.</p> <p>De fleste sygehuse og sektorer afholder kvartalsvise, halvårslige eller årlige temadage/temamøder omkring patientsikkerhed.</p> <p><b>Evaluering af vejledningen ” 5 trin til forebyggelse af forvekslingsindgreb”</b> Der er foretaget en evaluering af vejledningen ”5 trin til forebyggelse af forvekslingsindgreb”. Evalueringen har afstedkommet større ledelsesfokus særligt på implementeringen af vejledningens 5. trin omkring ”time out”. Desuden vil der blive udformet plakater med de 5 trin, der er målrettet medicinområdet samt eventuelt radiologien.</p> <p><b>Rapportering fra praktiserende læger</b> I regi af kvalitetsenheden for Almen Praksis i Region Nordjylland er der iværksat et projekt, der har til formål at få praktiserende læger til at indrapportere utilsigtede hændelser. Med projektet får de praktiserende læger mulighed for, via egen database, at indrapportere hændelser, der forekommer henholdsvis i egen praksis, i sektorskift samt i sygehusene og sektorerne. Hændelser der skal analyseres i sygehusene og sektorerne vil også blive indrapporteret til DPSD. Projektet forventes at fortsætte indtil de praktiserende læger via Sundhedsloven er forpligtet til at indrapportere utilsigtede hændelser i egen praksis. Projektet forventes at danne grundlag for den videre organisering af arbejdet med uth i praksissektoren i Region Nordjylland, herunder samarbejdet med sygehusene og sektorerne.</p> <p><b>Patientsikkerhedsstuegang</b> På Sygehus Thy-Mors har sygehusledelsen indført patientsikkerhedsrunder som ledelsesværktøj. Der har været afholdt 6 patientsikkerhedsrunder i 2007.</p>

	<p><b>Indrapportering fra patienter og pårørende</b>  Der er påbegyndt planlægning af en pilotundersøgelse, hvor der i en afgrænset periode på 3 – 6 måneder åbnes op for indrapportering fra patienter og pårørende i 2 afdelinger i regionen. Der vil blive mulighed for, at patienter og pårørende kan indrapportere enten via en patientvejleder eller ved at sende et indrapporteringsskema til regionens Kvalitetskontor.</p> <p><b>Omsorg for patienter/pårørende og personale i forbindelse med utilsigtet hændelse</b>  I Sygehus Himmerland er der nedsat en arbejdsgruppe, der er i gang med at udarbejde politik, retningslinie samt instruks og actioncard vedrørende omsorg for patienter/pårørende og personale, der har været involveret i en alvorlig utilsigtet hændelse.</p> <p><b>Borgertelefon</b>  På Sygehus Thy-Mors praktiserer man borgertelefon. Sygehusledelsen har på skift en borgertelefon åben 1 gang om måneden.</p> <p><b>Kulturundersøgelse</b>  På Aalborg Sygehus har der i 2007 været foretaget en patientsikkerheds-kulturundersøgelse. I undersøgelsen er der udsendt spørgeskemaer samt foretaget interviews af personale på udvalgte afdelinger.</p> <p><b>Ps-kurser</b>  I samarbejde med Region Midt er der i 2007 afholdt ét 2 dages ps-grundkursus. I alt har omkring 300 ps-nøglepersoner og ledere fra Region Nordjylland deltaget i ps-grundkurserne. Planlægningen af et opfølgingskursus for ps-nøglepersoner er påbegyndt.</p> <p>Der foregår løbende sidemandsoplæring af sundhedsansatte i proceskonsultation i kerneårsagsanalyse.</p>
<p><b>En aktivitet som der er lagt særlig vægt på i det seneste år.</b></p>	<p>Alle sygehuse og sektorer har i 2007 deltaget i en eller flere af pakkerne i Operation Life.</p>
<p><b>Publikationer, hjemmesider, links</b></p>	<p>På Region Nordjyllands hjemmeside for patientsikkerhed <a href="http://www.patientsikkerhed.rn.dk">www.patientsikkerhed.rn.dk</a> kan man orientere sig i patientsikkerhedsaktiviteter i regionen.</p>
<p><b>Kontaktinformation i regionen</b></p>	<p>Kvalitetskontoret, Region Nordjylland  Kvalitetskonsulent Anne Munk Kristiansen  <a href="mailto:amk@rn.dk">amk@rn.dk</a></p>

## Region Midtjyllands bidrag til årsrapporten

Region	Region Midtjylland
<b>Aktiviteter i 2007</b>	<p>Der er rapporteret ca. 4000 utilsigtede hændelser til DPSD og Skejby's UTH Database fra Regions Midtjyllands hospitaler i 2007.</p> <p>På grund af strukturreformen har reorganisering af patientsikkerhedsarbejdet generelt været i fokus i 2007. Dette med henblik på at sikre patientsikkerheden efter de mange ændringer og såvel de lokale aktiviteter på hospitalerne som aktiviteter på tværs i regionen.</p> <p>Region Midtjylland har syv somatiske hospitalsenheder og en psykiatrisk, der er mindst en risikomanager (RM) til at varetage det lokale patientsikkerhedsarbejde i hver enhed. Regionen har en regional RM, med koordinerende funktion i regionen og til nationalt og internationalt niveau. Der er etableret en netværksgruppe for RM'ere med henblik på vidensdeling, udvikling, koordinering, studieaktiviteter og fælles regionale PS projekter. Der er udformet en fælles regional strategi for PS arbejdet i somatisk regi, den er politisk godkendt.</p> <p>Regionen har i samarbejde med Region Nordjylland afholdt et to dages introduktionskursus i PS for alle med interesse og opgaver indenfor PS. Der deltog mere end 150 personer.</p> <p>Regionen afholdt en temadag om lægemidler og PS med besøg af lægemiddelstyrelsen. Der blev efterfølgende iværksat forskellige aktiviteter bl.a. blev der etableret et samarbejdsnetværk med fokus på PS mellem den regionale indkøbsafdeling og den centrale medico-tekniske afdeling og det regionale PS netværk. Både for at sikre hensigtsmæssig indkøb samt håndtering og rapportering af defekt udstyr og med henblik på vidensopsamling og spredning af læring og erfaring.</p> <p>Der er indført en fælles regional fald-screeningsstandard til brug på patienter over 65 år indlagt på specificerede afdelinger.</p> <p>Der er påbegyndt et fælles regionalt samarbejde vedrørende udvikling af fælles standarder for alarmering ved hjertestop. Projektet videreføres i 2008.</p> <p>Samtlige hospitalsenheder i regionen deltager i Operation Life. Der er deltagelse i alle pakker samt i gennembrudsmetoden.</p>

	<p>Der er udarbejdet og vedtaget to fælles regionale mål for monitorering af patientsikkerhed. Delmål et vedrører: tilknytning af klinisk kontaktperson til patient/pårørende ved score 3 hændelser, delmål to vedrører monitorering af implementering og effekt af handleplaner efter kerneårsagsanalyser. Målene monitoreres første gang i 2008.</p> <p>I regionen drives Office for Quality Indicators under European Society for Quality in Healthcare (ESQH). I kontoret har man siden 2005 deltaget i et EU-finansieret patientsikkerhedsprojekt Safety Improvement for Patients In Europe (<a href="http://www.SImpatIE.org">www.SImpatIE.org</a>) ved at udvikle et europæisk PS vokabular af PS-indikatorer. Projektet blev afsluttet i begyndelsen 2007, og der har siden foregået opfølgning i kraft af undervisning, vidensspredning m.m.</p> <p>PS arbejdet i hospitalsenhederne har været fokuseret på følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– implementering af retningslinie for anvendelse af ”De fem trin til forebyggelse af forvekslingsindgreb” og auditering af anvendelsen af ”De fem trin”</li> <li>– patientfald, der er udformet lokale retningslinier, og gennemført flere aggregerede faldanalyser</li> <li>– omsorg for personale, der har været involveret i klinisk betydende utilsigtet hændelse, der er udformet og implementeret retningslinier herfor</li> <li>– der er igangsat udviklingsarbejde vedr. anvendelse af identifikationsarmbånd med strekkoder</li> <li>– analyse af selvskadende adfærd, samspillet mellem fald og medicinering samt sikker medicinering</li> <li>– implementering af ”heavy-pakker” til svært overvægtige patienter</li> <li>– på Århus Universitetshospital, Skejby er der gennemført et kulturudviklingsprojekt med titlen: Kan man udvikle kulturen omkring håndtering af UTH - et interventionsstudie af fejl bragt i lokal anvendelse</li> <li>– På Regionshospitalet Herning og Holstebro er der gennemført syv patientsikkerhedsrunder. Efterfølgende arbejdes der bl.a. på at sikre patientforløbene internt mellem afdelinger og afsnit,</li> </ul>
--	--

	<p>mellem sygehusene i regionen og mellem sektorerne (henvisninger og epikriser)</p> <p>– På Regionshospitalet i Viborg er der gennemført et projekt vedrørende sikker kommunikation på børneafdelingen</p>
<b>En aktivitet som der er lagt særlig vægt på i det seneste år.</b>	<p>Gennemgående har der været meget fokus på at sikre hensigtsmæssig organisering og udvikling af PS arbejdet således at såvel sagsbehandling, monitorering af PS aktiviteter, vidensopsamling og -deling tilgodeses både lokalt og på tværs i regionen.</p> <p>Lokalt i hospitalsenhederne har der været fokus på forskellige PS aktiviteter som beskrevet ovenfor.</p>
<b>Publikationer, hjemmesider, links</b>	<p>Følgende artikel er publiceret i Ugeskrift for læger 2007:169(33):2630: Potentielt forebyggelige dødsfald på et mellemstort centralsygehus af C. Engel, L.L. Rasmussen, J.B. Nielsen, S.F. Nielsen.</p> <p>ESQH har udgivet tre publikationer vedrørende 1) udvikling af patientsikkerhedsindikatorer, 2) et katalog med indikatorerne og 3) en rapport med definition af patientsikkerhedstermer. Publikationerne er tilgængelige via <a href="http://www.esqh.net">www.esqh.net</a> På baggrund af de to første publikationer blev der præsenteret en poster på Patient Safety Research Congress i Porto. På samme kongres holdt cheflæge Paul Bartels et foredrag med titlen: ”Can indicators of hospital clinical outcomes demonstrate safety?”</p> <p>På baggrund af patientsikkerhedsarbejdet i psykiatrien er der optaget to abstracts på International Forum on Quality and Safety in Health Care, Paris 2008. Det ene vedrører samspillet mellem medicinering og fald, det andet selvskadende adfærd.</p>
<b>Kontaktinformation i regionen</b>	<p>Enhed for Klinisk Kvalitet og Patientsikkerhed Regional risikomanager Solvejg Kristensen <a href="mailto:solkri@rm.dk">solkri@rm.dk</a> Tlf: 8728 4979 / 2938 8364</p>

# Region Syddanmarks bidrag til årsrapporten

<b>Region</b>	<b>Region Syddanmark</b>
<b>Aktiviteter i 2007</b>	<b>Aktiviteter:</b>  <b>Organisering:</b> I 2007 er der arbejdet intensivt med at komme på plads organisatorisk efter regionsdannelsen. Det strategiske niveau er placeret i regionens Afdeling for Kvalitet og Forskning (stabsfunktion), mens det daglige arbejde (drift) med klinisk risikostyring og administration af DPSD på regionalt niveau er forankret i Center for Kvalitet. Ved hver sygehusenhed og psykiatrienhed er der udnævnt en risikomanager, og på afdelingsniveau findes en eller flere patientsikkerhedsnøglepersoner. Rammerne for arbejdet er beskrevet i den regionale Handlingsplan 2007 – 2010 samt givet gennem beslutninger truffet af det regionale Kvalitetsudvalg, som består af ledelsesrepræsentanter fra sygehusenhederne, Center for Kvalitet, Afdeling for Kvalitet og Forskning og med regionssundhedsdirektøren som formand.  <b>Netværk:</b> Læring – og vidensdeling på regionalt niveau sker i et netværk af risikomanagere fra sygehusenhederne. I dette netværk udtænkes og formidles udviklingsarbejdet.  <b>Decentralisering af arbejdet i DPSD:</b> Det mest grundlæggende og betydende lærings- og forbedringsarbejde er i den afdeling, hvor hændelsen er sket. Da <b>arbejdet på afdelingsniveau er fundamentet for at højne patientsikkerheden</b> , er det vigtigt at dette arbejde er det primære omdrejningspunkt for patientsikkerhedsarbejdet. Derfor er der på alle afdelinger udpeget patientsikkerhedsnøglepersoner, som varetager arbejdet i DPSD og bidrager til vidensdeling samt lærings- og forbedringsarbejdet sammen med afdelingsledelsen. Arbejdet kompliceres af de manglende funktioner i DPSD, idet nye brugere har vanskeligt ved at forstå et system som tilbyder funktioner som viser sig at være ”tomme”. Det afstedkommer en del opfølgingsarbejde, idet nye brugere tror der er tale om fejl i deres anvendelse. For at mindske arbejdsbelastningen relateret til disse problemer, er der udarbejdet ”pixi” vejledninger til systemet.  <b>Vidensdeling:</b> Da rapporter i DPSD i højere grad afspejler hændelserne end forbedringsarbejdet og erfaringerne med dette, skal der findes andre veje til at synliggøre forbedringsarbejdet. Der arbejdes

intensivt med en systematisering af denne opgave. Det omfatter bl.a. etablering af hjemmeside, udarbejdelse af idéoplæg om viden deling samt arbejde med ”spredningscase” og ved på regionalt niveau at have større fokus på igangværende aktiviteter frem for talmæssige opgørelser.

Ved systematisk gennemlæsning af alle rapporterede hændelser, er det tydeligt at

- Samme hændelsestype bliver hændelsesklassificeret under forskellige klassifikationer (af de 9 obligatoriske hændelsestyper)
- At nogle rapporterede hændelsestyper afspejler ”næsten hændelser”, der kunne have haft konsekvenser, hvis der ikke var implementerede rutiner til at ”fange” disse hændelser før de fik menneskelige konsekvenser. Eller med andre ord: Der er velfungerende barrierer som afspejler god sikkerhed.

Det er derfor vigtigt at man i stedet for at tolke på talmæssige opgørelser af hændelsesklassifikationen får nærmere kendskab til de faktiske forløb ved dialog med afdelingerne samt ved gennemlæsning af hændelsesrapporterne.

#### **Systematiske metoder til prioritering og overvågning af forbedringsarbejdet**

Der er i 2007 igangsat et arbejde med at oversætte og validere (i en dansk kontekst) Global Trigger Tool. Endvidere arbejdes der med en model for patientsikkerhedsrunderinger. Og arbejdet med proaktiv risikostyring (FMEA) fortsættes gennem uddannelses- og læringsforløb.

#### **Falduheld under indlæggelse:**

Der planlægges udarbejdelse af en MTV for fald under indlæggelse på sygehus, og denne opgave er forankret i Center for Kvalitet.

#### **Uddannelse:**

##### Nøglepersoner på afdelingsniveau:

- Der har været afholdt kurser (2 dages internat) i det grundlæggende arbejde med rapportering og risikoscorening af hændelserne samt overordnet præsentation af systemtankegang og ”human factor” forståelse. Kurserne ledes af én af sygehusenes risikomanagere.
- Undervisning i Dansk Patientsikkerhedsdatabases (DPSD) opbygning og funktioner tilbydes til nøglepersoner som har fået brugerfunktion.

##### Risikomanagere:

- Der har været afholdt 2 dages internat for sygehusenes risikomanagere (én ved hver sygehusenhed (somatiske og psykiatriske). Der var særligt fokus på sikkerhedskultur, proaktiv risikostyring og sammenhæng i patientsikkerhedsarbejdet på tværs af sygehusene.

## **LIFE – kampagnen**

### **Undersøgelser/ projekter ved sygehusene:**

#### ***Evaluering af patientsikkerhedsarbejdet på Sydvestjysk Sygehus(SVS) 2004-2006.***

Sydvestjysk Sygehus har evalueret patientsikkerhedsarbejdet. Der er mange nyttige informationer. Her anføres nogle klip fra konklusionen:

*SVS er kommet godt i gang med patientsikkerhedsarbejdet. Evalueringen viser, at arbejdet kræver vedvarende fokus fra såvel ledere på alle niveauer, som patientsikkerhedsansvarlige og medarbejdere. Såvel vore egne mål og standarder som de mål og standarder, der er brugt til spejling af status viser os, hvilken retning, vi bør gå i den næste fase indenfor patientsikkerhedsarbejdet.*

*Vurderingen er, at læringen indtil nu har haft stor erkendelsesmæssig værdi, idet:*

- *fokus flyttes fra "hvem, der gjorde det" til "hvad der skete"*
- *fortællingen om en utilsigtet hændelse forgået på en afdeling på SVS giver anledning til selvransagelse på andre afdelinger. Dog hersker der uvidenhed og usikkerhed med hensyn til om der, som følge af analyserne, bliver udarbejdet og implementeret tilstrækkelig gode handleplaner, som kan forbygge lignende utilsigtede hændelser. Der er gode erfaringer med hensyn til, hvordan der bør følges op i form af omsorg for patienter og personale, som har været involveret i en skadevoldende hændelse. Der er behov for at disse erfaringer udbredes i hele organisationen. Der er brug for at involvere ledelsen på alle niveauer i arbejdet med patientrettet risikostyring.*

#### ***Odens Universitetshospita(OUH): Poster ved ISQUA konferencen 2007 i Boston.***

*OUH medvirkede med en poster, som fokuserede på arbejdet efter kerneårsagsanalyser. Følges handleplanerne? Implementeres forbedringsarbejdet? Posterens er baseret på systemanalyse af 30 hændelser (ud af 2.121 rapporterede utilsigtede hændelser). Der blev udarbejdet 20 handleplaner. Ved opfølgning viste det sig, at 9 af handleplanerne var fuldt implementeret, 3 var delvist implementeret. Selv ved de alvorlige hændelser lykkedes det således kun - ca. halvdelen af hændelserne - at implementere de planlagte forbedringstiltag.*

#### ***Gigthospitalet i Gråsten: Partnerskab med patienterne ved Gigthospitalet omkring rapporteringer af fejl/ nærfejl og utilsigtede hændelser.***

*Stikprøver med udskrivningsinterviews, skriftlig rapportering af utilsigtede hændelser for patienter og fokusgruppeinterviews, viste sig alle som værdifulde metoder til, at inddrage patienterne omkring risikostyring og patientsikkerhed. Patienternes perspektiv supplerer personalets opfattelse værdifuldt, men organisationen skal være gearret til at arbejde med patienternes input, uanset om de af personalet defineres som fejl eller som input til kvalitetsudvikling. At arbejde med personalets værdier og holdninger er en vigtig forudsætning for, at det lykkes at inddrage patienterne positivt. Det er vigtigt, at personalet efterspørger patienternes input positivt, og at personalet ved, hvad rapporteringerne anvendes til, og hvordan der følges op på dem. For patienterne er det også vigtigt, at de føler, det er hændelser, hospitalet kan lære noget af. Inddragelse af patienterne på forskellig vis i projektet har været med til at understøtte udviklingen af en stærk sikkerhedskultur på hospitalet*

<p><b>En aktivitet som der er lagt særlig vægt på i det seneste år.</b></p>	<p>At tage hul på arbejdet med at komme fra reaktiv risikostyring til proaktiv risikostyring</p>																																				
<p><b>Publikationer, hjemmesider, links</b></p>	<p><b>Nedenstående publikationer kan findes på Center for Kvalitets hjemmeside: <a href="http://www.centerforkvalitet.dk">www.centerforkvalitet.dk</a></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Handlingsplan for den patient rettede risikostyring på sygehusene i Region Syddanmark 2007 – 2010</li> <li>➤ <a href="#">Brugerstruktur - muligheder og brugeradgange</a> til Dansk Patient Sikkerheds Database (DPSD)</li> <li>➤ <a href="#">Rapportering til DPSD</a></li> <li>➤ <a href="#">Vejledning i Risikovurdering</a> af utilsigtede hændelser (UTH)</li> <li>➤ <a href="#">Sagsbehandling</a> i analyse af UTH i DPSD</li> <li>➤ <a href="#">Antagelse og sagsbehandling</a> i analyse af UTH i DPSD</li> <li>➤ <a href="#">Vejledning i statistikfaciliteter</a> i DPSD</li> <li>➤ Evaluering af patientsikkerhedsarbejdet på SVS 2004-2006.</li> <li>➤ OUH poster ved ISQUA konference i Boston.</li>   <li>➤ Patient rapporter - partnerskab med patienterne på Kong Chr. X's Gighthospital omkring rapporter af fejl/ nærfejl og utilsigtede hændelser: <a href="http://www.gigtforeningen.dk/7A26E19F-4A04-4B00-9BEA-A0AACB6900DE">http://www.gigtforeningen.dk/7A26E19F-4A04-4B00-9BEA-A0AACB6900DE</a></li> </ul>																																				
<p><b>Kontaktinformation i regionen</b></p>	<table border="1" data-bbox="432 1211 1434 1653"> <thead> <tr> <th></th> <th>E-mail adresse</th> <th>Telefon</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Center for Kvalitet:</td> <td><a href="mailto:birgit.viskum@regionsyddanmark.dk">birgit.viskum@regionsyddanmark.dk</a></td> <td>63 48 40 54</td> </tr> <tr> <td>Odense Universitetshospital</td> <td><a href="mailto:anamarie.soegaard@ouh.regionsyddanmark.dk">anamarie.soegaard@ouh.regionsyddanmark.dk</a></td> <td>65 41 17 89</td> </tr> <tr> <td>Sygehus Fyn</td> <td><a href="mailto:agnete.tophoej@shf.regionsyddanmark.dk">agnete.tophoej@shf.regionsyddanmark.dk</a></td> <td>63 20 10 36</td> </tr> <tr> <td>Vejle-Give sygehuse</td> <td><a href="mailto:lone.nygaard.boysen@vgs.regionsyddanmark.dk">lone.nygaard.boysen@vgs.regionsyddanmark.dk</a></td> <td>79 40 50 11</td> </tr> <tr> <td>Fredericia- Kolding sygehuse</td> <td><a href="mailto:inge.pedersen@fks.regionsyddanmark.dk">inge.pedersen@fks.regionsyddanmark.dk</a></td> <td>76 36 23 68</td> </tr> <tr> <td>Sydvestjysk sygehus</td> <td><a href="mailto:ragnhild.kallestrup@svs.regionsyddanmark.dk">ragnhild.kallestrup@svs.regionsyddanmark.dk</a></td> <td>79 18 23 60</td> </tr> <tr> <td>Sygehus Sønderjylland</td> <td><a href="mailto:tove.salting@shs.regionsyddanmark.dk">tove.salting@shs.regionsyddanmark.dk</a></td> <td>88 83 48 05</td> </tr> <tr> <td>Psykiatricenter Vest</td> <td><a href="mailto:john.verver@pcv.regionsyddanmark.dk">john.verver@pcv.regionsyddanmark.dk</a></td> <td>79 18 29 91</td> </tr> <tr> <td>Psykiatricenter Midt</td> <td><a href="mailto:lone.von.bulow@pcm.regionsyddanmark.dk">lone.von.bulow@pcm.regionsyddanmark.dk</a></td> <td>73 52 36 66</td> </tr> <tr> <td>Psykiatricenter Øst</td> <td><a href="mailto:lone.granhoej@ouh.regionsyddanmark.dk">lone.granhoej@ouh.regionsyddanmark.dk</a></td> <td>65 41 41 35</td> </tr> <tr> <td>Kong Chr. X's Gighthospital</td> <td><a href="mailto:jprimdahl@gigtforeningen.dk">jprimdahl@gigtforeningen.dk</a></td> <td>73 65 40 14</td> </tr> </tbody> </table> <p>Afdeling for Kvalitet og Forskning: <a href="mailto:Bo.B.Mikkelsen@regionsyddanmark.dk">Bo.B.Mikkelsen@regionsyddanmark.dk</a></p>		E-mail adresse	Telefon	Center for Kvalitet:	<a href="mailto:birgit.viskum@regionsyddanmark.dk">birgit.viskum@regionsyddanmark.dk</a>	63 48 40 54	Odense Universitetshospital	<a href="mailto:anamarie.soegaard@ouh.regionsyddanmark.dk">anamarie.soegaard@ouh.regionsyddanmark.dk</a>	65 41 17 89	Sygehus Fyn	<a href="mailto:agnete.tophoej@shf.regionsyddanmark.dk">agnete.tophoej@shf.regionsyddanmark.dk</a>	63 20 10 36	Vejle-Give sygehuse	<a href="mailto:lone.nygaard.boysen@vgs.regionsyddanmark.dk">lone.nygaard.boysen@vgs.regionsyddanmark.dk</a>	79 40 50 11	Fredericia- Kolding sygehuse	<a href="mailto:inge.pedersen@fks.regionsyddanmark.dk">inge.pedersen@fks.regionsyddanmark.dk</a>	76 36 23 68	Sydvestjysk sygehus	<a href="mailto:ragnhild.kallestrup@svs.regionsyddanmark.dk">ragnhild.kallestrup@svs.regionsyddanmark.dk</a>	79 18 23 60	Sygehus Sønderjylland	<a href="mailto:tove.salting@shs.regionsyddanmark.dk">tove.salting@shs.regionsyddanmark.dk</a>	88 83 48 05	Psykiatricenter Vest	<a href="mailto:john.verver@pcv.regionsyddanmark.dk">john.verver@pcv.regionsyddanmark.dk</a>	79 18 29 91	Psykiatricenter Midt	<a href="mailto:lone.von.bulow@pcm.regionsyddanmark.dk">lone.von.bulow@pcm.regionsyddanmark.dk</a>	73 52 36 66	Psykiatricenter Øst	<a href="mailto:lone.granhoej@ouh.regionsyddanmark.dk">lone.granhoej@ouh.regionsyddanmark.dk</a>	65 41 41 35	Kong Chr. X's Gighthospital	<a href="mailto:jprimdahl@gigtforeningen.dk">jprimdahl@gigtforeningen.dk</a>	73 65 40 14
	E-mail adresse	Telefon																																			
Center for Kvalitet:	<a href="mailto:birgit.viskum@regionsyddanmark.dk">birgit.viskum@regionsyddanmark.dk</a>	63 48 40 54																																			
Odense Universitetshospital	<a href="mailto:anamarie.soegaard@ouh.regionsyddanmark.dk">anamarie.soegaard@ouh.regionsyddanmark.dk</a>	65 41 17 89																																			
Sygehus Fyn	<a href="mailto:agnete.tophoej@shf.regionsyddanmark.dk">agnete.tophoej@shf.regionsyddanmark.dk</a>	63 20 10 36																																			
Vejle-Give sygehuse	<a href="mailto:lone.nygaard.boysen@vgs.regionsyddanmark.dk">lone.nygaard.boysen@vgs.regionsyddanmark.dk</a>	79 40 50 11																																			
Fredericia- Kolding sygehuse	<a href="mailto:inge.pedersen@fks.regionsyddanmark.dk">inge.pedersen@fks.regionsyddanmark.dk</a>	76 36 23 68																																			
Sydvestjysk sygehus	<a href="mailto:ragnhild.kallestrup@svs.regionsyddanmark.dk">ragnhild.kallestrup@svs.regionsyddanmark.dk</a>	79 18 23 60																																			
Sygehus Sønderjylland	<a href="mailto:tove.salting@shs.regionsyddanmark.dk">tove.salting@shs.regionsyddanmark.dk</a>	88 83 48 05																																			
Psykiatricenter Vest	<a href="mailto:john.verver@pcv.regionsyddanmark.dk">john.verver@pcv.regionsyddanmark.dk</a>	79 18 29 91																																			
Psykiatricenter Midt	<a href="mailto:lone.von.bulow@pcm.regionsyddanmark.dk">lone.von.bulow@pcm.regionsyddanmark.dk</a>	73 52 36 66																																			
Psykiatricenter Øst	<a href="mailto:lone.granhoej@ouh.regionsyddanmark.dk">lone.granhoej@ouh.regionsyddanmark.dk</a>	65 41 41 35																																			
Kong Chr. X's Gighthospital	<a href="mailto:jprimdahl@gigtforeningen.dk">jprimdahl@gigtforeningen.dk</a>	73 65 40 14																																			

## Region Sjællands bidrag til årsrapporten

Region	Region Sjælland
<b>Aktiviteter i 2007</b>	<p>Arbejdet med patientsikkerhed og risikostyring koordineres i et samarbejde mellem Region Sjælland og virksomhederne. Den driftsmæssige del varetages af de 3 somatiske virksomheder; Sygehus Vest, Øst og Syd samt Psykiatrien:</p> <p>I 2007 har der blandt andet været fokus på følgende aktiviteter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regional temadag for patientsikkerhedsansvarlige nøglepersoner og sagsbehandlere (en tradition de ca. sidste 4 år).</li> <li>• Netværksmøder med de patientsikkerhedsansvarlige nøglepersoner på afdelingerne.</li> <li>• Workshops for DPSD-sagsbehandlere omhandlende sagsbehandling og avanceret statistik.</li> <li>• Diverse instrukser omkring patientsikkerhedsarbejdet er publiceret i sygehusenes dokumentstyringssystem.</li> <li>• Forebyggende arbejde omkring medicineringsfejl bl.a.:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- ”Retningslinjer for identifikation af patienter”.</li> <li>- Anvendelse af OPUS Medicin til præmedicinering.</li> <li>- Fællesintroduktion til Opus Medicin.</li> <li>- Medicin- og administrationsstatus.</li> <li>- Fokus på forstyrrelse i medicinrum – ”Medicinrum er forstyrrelses fri zone”.</li> <li>- Udarbejdet en politik for brug af infusionspumper.</li> </ul> </li> <li>• Forebyggende arbejde omkring patientfald. Der er udarbejdet en sygehusinstruks om patientfald bl.a. med anbefalinger til individuel faldforebyggelse.</li> <li>• Udarbejdet en sygehusinstruks om brandsikkerhed.</li> <li>• I samarbejde med TRYG Fonden udarbejdet en internetbaseret brandskole, der årligt skal gennemgås af alt personale.</li> <li>• Gennemført kerneårsagsanalyser.</li> <li>• Gennemført patientsikkerhedsrunder på flere af de somatiske afdelinger. Der er udarbejdet en evalueringsrapport med konkrete handlingsplaner, der er initieret af afdelingsledelserne.</li> <li>• Deltaget i pilottest af ”Sikker mundtlig kommunikation – SMK”.</li> <li>• Journalaudit mhp. forebyggelse af dødsfald.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udlevering af ”De 10 gode råd” til patienter fra Tryg Fonden.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udlevering af ”Patientens bog”, en guide til et mere sikkert patientforløb.</li> </ul> <p>Alle virksomhederne arbejder i øvrigt ihærdigt på implementering af de kliniske pakker i Operation Life. Ligesom patientsikkerhedskulturen styrkes i hele organisationen.</p>
<p><b>En aktivitet som der er lagt særlig vægt på i det seneste år.</b></p>	<p>I 2007 har der særligt været fokus på anvendelsen af OPUS Medicin (OM), herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anvendelsen af OM som et énstrengt medicineringsredskab.</li> <li>• Fælles introduktion til OM.</li> <li>• Medicinafstemning ifm. indlæggelse, skift af afdeling og ved udskrivelse.</li> <li>• Udarbejdelse af klinisk retningslinje vedr. brugen af OM.</li> <li>• Undervisning i OM til forebyggelse af medicineringsfejl.</li> </ul> <p>Frem til 2007 har der i det tidligere 3-amtssamarbejde mellem Vestsjællands, Storstrøms og Roskilde Amt været en ERFA-gruppe bestående af riskmanagers.</p> <p>For at skabe en fælles kultur samt en ensartet og målrettet indsats på patientsikkerhedsområdet er der i 2007 nedsat en regional koordineringsgruppe med reference til kvalitetscheferne på virksomhederne og Region Sjælland. Gruppen består af virksomhedernes riskmanagers, regionale repræsentanter og én kvalitetschef fra sygehusene som formand.</p> <p>Regionen har været vært ved en fælles temadag for ca. 140 af sygehusenes patientsikkerhedsansvarlige nøglepersoner og sagsbehandlere i efteråret 2007.</p>
<p><b>Publikationer, hjemmesider, links</b></p>	<p>”Den bedste er ikke fejlfri – men forberedt”. En regional pjece om patientsikkerhed til de ansatte på virksomhederne.</p> <p>”Kvalitet på sygehusområdet” optræder på regionens intranet med et fælles ikon omfattende Operation Life, Patientsikkerhed, Den Danske Kvalitetsmodel, NIP, Patienttilfredshed og Nationale Kliniske Databaser. Udover generel information om de enkelte områder, ligger der beskrivelser fra de enkelte virksomheder.</p> <p>Herudover har virksomhederne udarbejdet følgende publikationer:</p>

	<p><b>Sygehus Syd:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ”Infusionspumper på Storstrømmens Sygehus” v. Gitte Nielsen, cand. pharm., Sygehusapoteket.</li> <li>• ”OPUS-Medicin, dokumentations- og observationsanalyser samt uddata” v. Gitte Nielsen, cand. pharm., Sygehusapoteket.</li> <li>• Lokal intranetside.</li> </ul> <p><b>Sygehus Øst:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 nyhedsbreve fra Kvalitetsenheden hvor patientsikkerhedsarbejdet har været en fast del.</li> <li>• 5 OBS-meddelelser omhandlende: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fejl på Baxterpumper</li> <li>○ Forkert brug af hjertestopalarmen</li> <li>○ Møre løftesejl i omløb til personlifte</li> <li>○ Pas på vinduerne (fald ud af vinduerne)</li> <li>○ Iltflasker løber tør.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Sygehus Vest:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lokal intranetside.</li> </ul> <p><b>Psykiatrien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lokal intranetside omfattende: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Link til rapportering</li> <li>○ Undervisningsmateriale</li> <li>○ Lovgivning</li> <li>○ Link til sagsbehandlersystemet</li> <li>○ Link til temarapporter</li> <li>○ Diverse vejledninger</li> <li>○ OBS-meddelelser.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Kontaktinformation i regionen</b></p>	<p>Mette Lassen, konsulent  Region Sjælland  Kvalitet og Udvikling  Alleen 15, 4180 Sorø  <a href="mailto:ml@regionsjaelland.dk">ml@regionsjaelland.dk</a>  Tlf. 5787 5236</p> <p>Preben Cramon, Sundhedsfaglig chef, overlæge  Region Sjælland  Kvalitet og Udvikling  Alleen 15, 4180 Sorø  <a href="mailto:pdc@regionsjaelland.dk">pdc@regionsjaelland.dk</a>  Tlf. 5787 5204</p>

## Region Hovedstadens bidrag til årsrapporten

Region	Hovedstaden
<b>Aktiviteter i 2007</b>	<p>Vedr. rapportering, se vedlagte foreløbige rapport fra medio december 2007</p> <p>Heraf er der påbegyndt og afsluttet 53 analyser, yderligere 24 er igangværende, men endnu ikke afsluttet.</p> <p>Kerneårsagsanalyserne fordeler sig på kategorierne uventet hjertestop, kontinuitetsbrud, medicineringsfejl, selvmord/-forsøg, brand/ildspåsættelse, fald, forsinket diagnostik, forveksling/kommunikation samt øvrige.</p>
<b>En aktivitet som der er lagt særlig vægt på i det seneste år.</b>	<p>I forbindelse med regionsdannelsen viste det sig, at der i Region Hovedstaden var 6-7 aktive databaser til UTH.</p> <p>Som resultat af en række møder, forud for regionsdannelsen, med præsentation af Københavns Amt, Bornholms amtskommune og H:S fremkom en rapport med et databasedesign, som kunne opfylde alles behov - illustreret i et flowskema (se Handlingsplan for Patientsikkerhed, bilag 1).</p> <p>Denne rapport indgår i arbejdet omkring udviklingen af DPSD2. Indtil denne kan tages i brug, har kvalitetsrådet, besluttet, at alle hospitaler i løbet af 2008 som fælles platform skal benytte nuværende DPSD, dog efter en række ændringer, hvoraf de vigtigste er:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enkel elektronisk rapportering via intra- eller internet (rapporteringsformularen forenkles, så den kun fylder én side).</li> <li>▪ Umiddelbar advisering af ledelser og patientsikkerhedsmedarbejdere tilknyttet stedet, hvortil hændelsen rapporteres. Advisering vil ske via e-mail, der indeholder direkte link til rapporten.</li> <li>▪ Mulighed for at de adviserede kan knytte kommentarer til rapporten.</li> <li>▪ Mulighed for at videresende rapporten til kommentar hos andre end de umiddelbart adviserede personer – fx rapportøren, hvis der ønskes supplerende oplysninger i sagen.</li> <li>▪ Mulighed for at samle klinikker og afsnit i funktionelle enheder i forhold til rapportering og sagsbehandling (fx Psykiatrien og funktionsbærende enheder på Nordsjællands Hospital).</li> <li>▪ Adgang til egne data på alle niveauer i organisationen med mulighed for udtræk af rapporter, statistik, oprettelse af søgefiltre inklusiv fritekstsøgning samt dataeksport.</li> <li>▪ Automatisk indsendelse af færdigbehandlede rapporter til</li> </ul>

	<p>Sundhedsstyrelsen</p> <p>Derudover har Regionens Enhed for Patientsikkerhed haft specielt fokus på udarbejdelse af Handlingsplan 2008 – 2010. Handlingsplanen blev endelig godkendt november 2007.</p>
<b>Publikationer, hjemmesider, links</b>	<p><b>Publikationer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientsikkerhed i Region Hovedstaden. Handlingsplan 2008-2010. Januar 2008</li> </ul> <p><b>Temarapporter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brand og ildspåsettelse</li> <li>• Hjertestop</li> </ul> <p><b>Hjemmeside</b></p> <p><a href="http://www.regionh.dk/patientsikkerhed">www.regionh.dk/patientsikkerhed</a></p>
<b>Kontaktinformation i regionen</b>	<p>Enhedschef Beth Lilja Region Hovedstaden Enhed for Patientsikkerhed Hvidovre Hospital, afsnit 023 Kettegård Alle 30 2650 Hvidovre</p> <p>E-mail: <a href="mailto:beth.lilja@regionh.dk">beth.lilja@regionh.dk</a></p>

## Oplysninger om rapporter fra region Hovedstaden

### 1. Primær rapportering 2007.

Kvartal	1	2	3	4
Antal rapporter	2695	3073	2871	3115

### 2. Sekundær rapportering.

Kvartal	1	2	3	4
Antal rapporter	2756	2174	2155	2422

**DE RESTERENDE TABELLER OMFATTER KUN DEN SKUNDÆRE RAPPORTERING, DVS. DE INDSENDTE RAPPORTER.**

### 3. Antal rapporter i 2007 fordelt på risikoscore

Risikoscore	1	2	3
Antal rapporter	7110	2175	221

#### 4. Fordeling på de 9 rapporteringspligtige kategorier

<b>Hændelseskategori</b>	<b>Antal rapporter.</b>
Hændelser i forbindelse med medicinering	3171
Hændelser i forbindelse med operative eller invasive indgreb	423
Fald	1261
Selv mord og selvmordsforsøg	71
Hændelser i forbindelse med anæstesi procedurer	165
Forveksling eller fejl kommunikation	1513
Hændelser i forbindelse med kontinuitetsbrud	1126
Hjertestop eller uventet dødsfald	51
Øvrige hændelser	1726

#### 5. Fordeling af rapporterne på stillingskategori

<b>Stillingskategori</b>	<b>Antal</b>
Lægeligt personale, dvs. alt lægeligt personale eksempelvis den lægelige direktør, speciallæger uafhængig af ansættelsessted, læger i alm. praksis, reservelæger, læger i forsknings- og undervisningsstillinger.	1434
Sygeplejersker og andet plejepersonale. Alle sygeplejersker er inkluderet i denne kategori (sygeplejersker i forvaltning og administration, på kliniske afdelinger, i undervisningsstillinger, i den primære sundhedstjeneste og i private firmaer og organisationer). Endvidere social og sundhedsassistenter samt social og sundhedshjælpere ansat som sygehjælper, plejer eller plejeassistenter.	5242
Tandlæger på sygehuse (overtandlæger samt andre tandlæger) samt i egen praksis.	2
Farmaceuter ansat på sygehus (på sygehusapotek eller på laboratorium) eller i privat virksomhed (apotek eller anden privat virksomhed).	78

Kliniske psykologer, børnepsykologer, neuropsykologer og børneneuropsykologer, pædagogiske psykologer vedr. børn og unge, sundhedspsykologer, gerontopsykologer, psykoterapeuter, arbejds- og organisationspsykologer samt psykologer i privat praksis.	0
Andet klinisk personale : Jordmødre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, bioanalytikere, uautoriserede laboranter, radiografer, diætister, audiologiassistenter og neurofysiologassistenter.	684
Andet personale tilknyttet primær og sekundærsektoren: Lægeseekretærer, apoteksassistenter, fodterapeuter, socialrådgivere, portører samt undervisere og behandlere ikke klassificeret andetsteds (lærer, pædagog, beskæftigelsesvejleder, musikterapeuter, bandagister samt skomager).	1208
Teknisk personale, herunder radiografer	328
Ikke angivet	531

## 6. Anonymitet

### OBS: Primær rapportering

<b>Antal rapporter rapporteret ikke - anonymt</b>	11048
<b>Antal rapporter rapporteret anonymt</b>	706