



ÅRSRAPPORT 2005  
DPSD DANSK PATIENT-SIKKERHEDS-DATABASE  
- en udredning fra Sundhedsstyrelsen

# Årsrapport 2005

DPSD Dansk Patient-  
Sikkerheds-Database

- en udredning fra  
Sundhedsstyrelsen

# Indhold

<b>1</b>	<b>Utilsigtede hændelser i 2005</b>	<b>6</b>
1.1	Rapporter indsendt til amtskommunerne/H:S	6
1.2	Rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen	7
1.3	Indsendte rapporter om klinisk betydende hændelser i forbindelse med medicinering	8
1.3.1	Ingen medicin	9
1.3.2	Forkert præparat	10
1.3.3	Forkert dosis	10
1.3.4	Medicin trods kendt allergi	11
1.3.5	Forkert tidspunkt	11
1.3.6	Forkert administrationsvej	12
1.3.7	Forkert patient	12
1.3.8	Hændelser i forbindelse med blodtransfusion	13
1.3.9	Kendte komplikationer og bivirkninger	13
1.3.10	Andre hændelser	14
1.3.11	Konklusion	14
1.4	Indsendte rapporter om hændelser i forbindelse med operative/invasive procedurer	14
1.4.1	Forvekslinger ved operative procedurer	15
1.4.2	Fysisk traume på patient i forbindelse med operative procedurer	16
1.4.3	Glemte og knækkede genstande i patienten	17
1.4.4	Hændelser i forbindelse med anvendelse af venekatetre	17
1.4.5	Hændelser i forbindelse med anvendelse af fødesonder	18
1.4.6	Planlægnings- og kapacitetsproblemer	19
1.4.7	Fejl eller manglende diagnosticering og behandling vedrørende operation	19
1.4.8	Kendte komplikationer	20
1.4.9	Andre hændelser	20
1.5	Indsendte rapporter om andre alvorlige hændelser	21
1.5.1	Ombytning	22
1.5.2	Selvmordsforsøg og selvmord	22
1.5.3	Fald	23
1.5.4	Fysisk traume (andet end fald) relateret til hospitalets indbo	26
1.5.5	Hændelser i forbindelse med anæstesi	26
1.5.6	Sikkerheden på psykiatriske afdelinger	27
1.5.7	Hændelser i forbindelse med analyser på blod, plasma, spinalvæske med videre i laboratorier	28
1.5.8	Hændelser i forbindelse med defekt udstyr	28
1.5.9	Mangelfuld information	29
1.5.10	Planlægnings- og kapacitetsproblemer	31
1.5.11	Fejl eller manglende diagnosticering og behandling	31
1.5.12	Andre hændelser	32
<b>2</b>	<b>Sammenligning af hændelserne rapporteret i 2004 og 2005</b>	<b>33</b>
2.1	Antallet af rapporter	33
2.2	Kategorisering af rapporterne	33
2.3	Risikoscore	34
<b>3</b>	<b>Sundhedsstyrelsens opfølgning</b>	<b>34</b>
3.1	Forslag til forebyggelse af utilsigtede hændelser	34
3.1.1	Nationale forslag vedrørende medicin håndtering	35
3.1.2	Nationale forslag vedrørende operative/invasive hændelser	36
3.1.3	Nationale forslag vedrørende andre alvorlige hændelser	37
3.2	Publikationer	37
3.2.1	Nyhedsbreve	37

3.2.2	Temanumre	37
3.2.3	OBS-meddelelser	38
3.2.4	Årsrapport	40
3.3	Erstatningspersonnumre	40
3.4	Informationsaktiviteter	41
<b>4</b>	<b>Samarbejde med Lægemiddelstyrelsen</b>	<b>41</b>
4.1	Lægemiddelstyrelsens opfølgning vedrørende utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinering	41
4.2	Lægemiddelstyrelsens opfølgning vedrørende utilsigtede hændelser, hvor medicinsk udstyr indgår	42
4.3	Lægemiddelstyrelsens fremtidige arbejde med utilsigtede hændelser	43
<b>5</b>	<b>Samarbejde med Statens Institut for Strålehygiejne</b>	<b>44</b>
<b>6</b>	<b>Centrale organisationen omkring rapporteringssystemet</b>	<b>46</b>
6.1	Strategisk Forum for Patientsikkerhed	46
6.2	Faglig Forum for Patientsikkerhed	46
<b>7</b>	<b>Indførelse af hændelsestyper og variable</b>	<b>47</b>
<b>8</b>	<b>"Det er menneskeligt at fejle – og at lære"</b>	<b>47</b>
<b>9</b>	<b>English summary</b>	<b>47</b>
9.1	The Act	47
9.2	Reports of adverse events	48
9.3	Publication from the National Board of Health	48
9.4	The future	48
<b>10</b>	<b>Bilagsfortegnelse</b>	<b>49</b>

## Forord

Sundhedspersoner har nu i to år haft pligt til at rapportere udvalgte utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet, som de selv har været involveret i, observeret hos andre eller fået kendskab til i kraft af deres erhverv. Rapporteringen kan ske via det elektroniske rapporteringssystem på hjemmesiden [www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk).

I 2005 blev der rapporteret 11.401 hændelser fra sundhedspersoner til amterne (primær rapportering), og 9096 hændelser blev indsendt fra amterne til Sundhedsstyrelsen (sekundær rapportering). I forhold til 2004 er der sket en stigning på omkring 100 procent i den primære rapportering og 150 procent i den sekundære rapportering. Stigningen tyder på, at kulturændringen er godt på vej. Sundhedspersoner oplever det ikke kun legalt, men også værdifuldt at oplyse om utilsigtede hændelser.

I mange af rapporterne er årsagen til hændelsen beskrevet. Beskrivelserne peger på, at der skal ske en forebyggende indsats på to områder. Der skal fokuseres på de underliggende omstændigheder til, at der sker utilsigtede hændelser, eksempelvis manglende implementering af nationale vejledninger og lokale instrukser på forskellige områder. Men det er også nødvendigt at fokusere på sundhedspersonernes aktive eller individrelaterede fejl, eksempelvis manglende opmærksomhed vedrørende allerede eksisterende procedurer og instrukser. Hvis utilsigtede hændelser skal forebygges effektivt, er det ikke muligt at se bort fra sundhedspersonerne og udelukkende fokusere på de underliggende omstændigheder.

Af lov om patientsikkerhed fremgår, at rapporteringssystemet skal evalueres, når det har været i drift i 2 år, det vil sige i år 2006. Ud fra erfaringerne fra sygehusene skal det vurderes, hvordan og hvornår ordningen skal udvides til at omfatte primærsektoren og det kommunale område. Endvidere skal ordningen udvides så patienter og pårørende får mulighed for at rapportere de utilsigtede hændelser, som de har været udsat for.

Det kommende år rummer derfor udfordringer. I praksissektoren gør særlige forhold sig gældende. I denne sektor indgår der ofte meget små institutioner (enkeltmands praksis), hvor rapportering og særlige analyser ikke vil kunne foretages som på et sygehus.

# 1 Utilsigtede hændelser i 2005

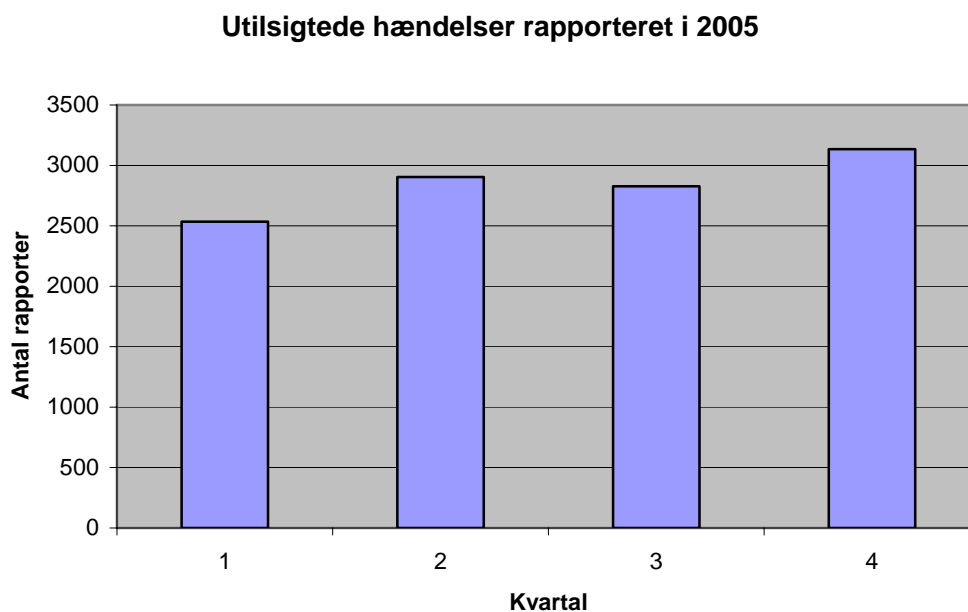
Der skelnes mellem to typer af rapporteringer, dels sundhedspersonens primære rapportering til den enkelte amtskommune, dels den sekundære rapportering til Sundhedsstyrelsen, som foretages af amtskommunen, når den primære rapport er færdigbehandlet.

I henhold til aftale med amtskommunerne/H:S har de 90 dage til at færdiggøre deres analyser. Dette forklarer forskellen på antallet af rapporterede hændelser indsendt til amtskommunerne/H:S og antallet af rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen.

## 1.1 Rapporter indsendt til amtskommunerne/H:S

I perioden 1. januar til 31. december 2005 blev der rapporteret 11.401 utilsigtede hændelser fra sundhedspersoner til amtskommunerne/H:S.

Nedenfor vises en opgørelse over den kvartalsvise tilgang af hændelser rapporteret i den primære rapportering. Det ses, at der var en lille stigning i antallet af rapporterede hændelser pr. kvartal gennem 2005 således, at der i fjerde kvartal blev rapporteret omkring 25 procent flere hændelser end i første kvartal.



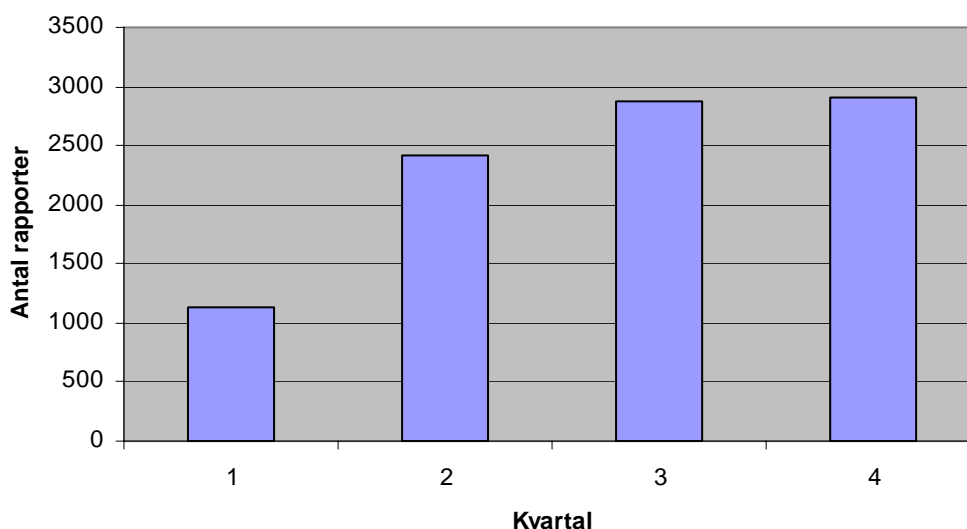
**Figur 1.** Antal nye rapporter i databasen fordelt på første, andet, tredje og fjerde kvartal af 2005.

## 1.2 Rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen modtog i 2005 i alt 9096 færdigt analyserede rapporter fra amtskommunerne/H:S.

Nedenfor vises en opgørelse over den kvartalsvise tilgang af hændelser rapporteret i den sekundære rapportering. Der var en stor stigning i antallet af indsendte hændelser pr. kvartal gennem 2005, så der i tredje og fjerde kvartal blev indsendt omkring 3 gange flere hændelser end i første kvartal.

**Utilsigtede hændelser indsendt til Sundhedsstyrelsen i 2005**



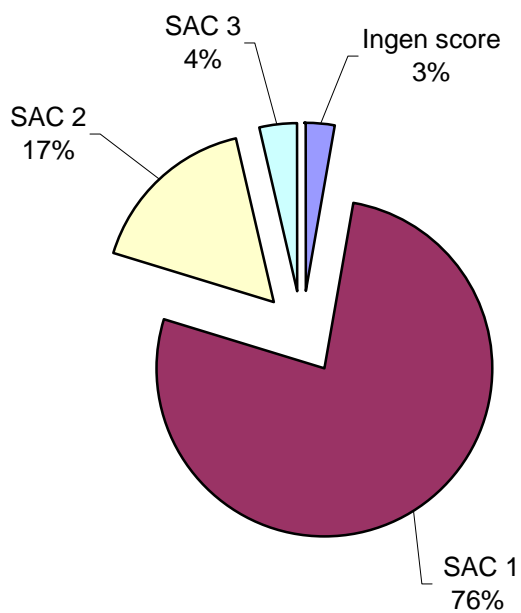
**Figur 2.** Antal rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen fordelt på første, andet, tredje og fjerde kvartal af 2005.

Rapporterne er fordelt på de 3 obligatoriske hændelseskategorier:

- 3666 rapporter omhandlede utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinering
- 1111 rapporter omhandlede utilsigtede hændelser i forbindelse med operative/invasive procedurer
- 4319 rapporter omhandlede andre alvorlige utilsigtede hændelser.

Sagsbehandleren i amtskommunerne/H:S 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.

Se følgende for den procentvise fordeling af hændelserne på den faktuelle risikoscore.



**Figur 3.** Indsendte rapporter til Sundhedsstyrelsen 2005 fordelt på den faktuelle risikoscore (SAC) af den rapporterede hændelse.

Af figur 3 ses, at kun 4 % af de indsendte hændelser er rapporteret med en faktisk risikoscore på 3, det vil sige som meget alvorlige.

### 1.3 Indsendte rapporter om klinisk betydende hændelser i forbindelse med medicinering

Der er i denne kategori indsendt i alt 3666 rapporter til Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen har ud fra de indsendte fritekstbeskrivelser inddelt hændelserne i kategorier som vist i tabel 1. Hændelseskategorierne er uændret fra 2004.



**Tabel 1.** Antal hændelser rapporteret under medicinering inddelt i hændelseskategorier.

Hændelseskategorier	Antal
Ingen medicin	643
Forkert præparat	728
Forkert dosis	1246
Medicin trods kendt allergi	124
Forkert tidspunkt	198
Forkert administrationsvej	176
Forkert patient	379
Hændelser i forbindelse med blodtransfusion	38
Kendte komplikationer og bivirkninger	13
Andre hændelser	121

### 1.3.1 Ingen medicin

I alt 643 rapporter omhandlede patienter, der ikke fik deres medicin eller var i risiko for ikke at få den.

Omkring halvdelen af rapporterne i denne gruppe omhandlede fejl i forbindelse med dosering og administration på trods af korrekt ordination og korrekt udfyldt medicinskema. I de fleste af hændelserne er beskrevet, at patienten ikke fik udleveret medicinen. Årsagen til hændelserne er hovedsageligt angivet som forglemmelse i meget travle og stressede arbejdssituationer, hvor sygeplejersken foruden medicin-givning varetog mange andre plejeopgaver.

En patient blev flyttet tilbage til stamafdelingen efter en operation. Efter et ukendt antal dage opdagede sundhedspersonalet, at patienten efter operationen ikke havde fået sin vanlige tablet Amaryl (sukkersygemedicin) og tablet Cipramil (depressionsmedicin), fordi behandlingen ikke var ordineret.

Nogle af rapporterne omhandlede fejl og mangler ved overskrivning fra journal til medicinskema og fra gammelt til nyt medicinskema samt andre fejl ved transkription og dokumentation resulterede i, at oplysninger om medicinen forsvandt, og medicinen derfor ikke blev administreret.

Få rapporter drejede sig om manglende ordination af medicin.

I en del tilfælde opdagede patienten eller de pårørende, at medicinen manglede og fungerede dermed som en effektiv barriere mod utilsigtede hændelser.

Kategorien "Ingen medicin" omfatter ikke de rapporter, hvor en patient ikke fik sin medicin, fordi den var givet til den forkerte patient. Disse rapporter er kategoriseret under "Forkert patient", 1.3.7.

### 1.3.2 Forkert præparat

I alt 728 rapporter omhandlede patienter, der fik et forkert præparat eller var i risiko for at få det.

Mange af rapporterne omhandlede hændelser, hvor der blev givet et forkert præparat som følge af forveksling af meget ens udseende ampuller, klargjorte sprøjter eller fejllæsning på medicinskema grundet navnelighed. Der er rapporteret en del hændelser med forveksling af væsker til infusion i blodårerne, fordi poserne med væske lignede hinanden.

Nogle af rapporterne omhandlede fejl ved ordinationen og fejl og mangler ved overskrivning fra journal til medicinskema eller andre fejl ved transskription og dokumentation.

Andre rapporter omhandlede hændelser, hvor medicin var givet, selvom den var seponeret, eller patienten skulle pausere med medicinen. Årsagerne til hændelserne er i rapporterne angivet at være uoverskuelige medicinskemaer eller vanskeligheder med at anvende den elektroniske patientjournals medicinmodul.

En patient fik 1000 ml 10 % glukosevæske (sukkervand) i blodkarene i stedet for som ordineret 1000 ml 5 % glukosevæske. Patienten fik som følge heraf en meget høj koncentration af blodsukker i blodet. Sygeplejersken opdagede senere, at der lå 10 % glukosevæsker på vognen, hvor der ifølge den interne instruks kun måtte ligge 5 % glukosevæsker.

Få rapporter omhandlede hændelser, hvor medicin blev givet uden at være ordineret.

Sundhedsstyrelsen har etableret et fast samarbejde med Lægemiddelstyrelsen. Alle hændelser med forveksling af præparatnavne og pakninger videregives til Lægemiddelstyrelsens afdeling for Forbrugersikkerhed samt afdeling for Inspektion og Laboratorier, se 4.1.

### 1.3.3 Forkert dosis

I alt 1246 rapporter omhandlede patienter, der fik forkert dosis af det rigtige præparat eller var i risiko for at få det.

Næsten halvdelen af rapporterne omhandlede hændelser i forbindelse med dosering og administration af medicin. I rapporterne er der som årsag til hændelserne blandt andet anført, at præparaterne lignede hinanden, som for eksempel Sufentanil (bedøvelsesmiddel) 5 mikrogram/ml og 50 mikrogram/ml. Andre hændelser skyldtes, at sygeplejersken blev forstyrret i medicinophædningsproceduren og derfor ikke dobbelttjekkede den doserede medicin, som det var beskrevet i den aktuelle afdelings interne procedure. Forstyrrelse medvirkede også til, at der blev beregnet en forkert dosis, eksempelvis er der

Nattevagten konstaterede, at der i den i elektroniske patientjournal ikke var dokumenteret, at natmedicinen var givet. Medicinen blev derfor ophældt og tilbudt patienten, der protesterede. Nattevagten opdagede herefter, at den elektroniske journal havde skiftet til det næste døgn.

rapporteret en hændelse, hvor en patient skulle have haft 125 mg Cisordinol depot (antipsykotikum), ampullen var på 200 mg/ml, og patienten fik grundet en regnefejl 150 mg.

Nogle rapporter omhandlede fejl ved ordinationen, for eksempel dobbeltordination af antibiotika eller af synonympræparater, eller fejl i forbindelse med overskrivning fra journal til medicinskema eller fra gammelt til nyt medicinskema. Eksempelvis er der rapporteret en hændelse, hvor ordination af tablet Keppra 1000 mg (epilepsimedicin) ved overskrivning til et nyt medicinskema var blevet til tablet Keppra 100 mg.

Andre rapporter omhandlede manglende dokumentation af medicingivning, hvilket risikerede at medføre, at patienten fik dobbelt dosis.

Der er rapporteret en del hændelser, hvor der som årsag er angivet, at patienten havde medbragt sin egen doseringsæske. Patienten tog derfor både egen medicin og den medicin, som blev udleveret af personalet.

Problemer med den elektroniske patientjournal var årsag til andre hændelser. Der er eksempelvis rapporteret en hændelse, hvor det i journalen var anført, at patienten skulle have 60 mg ½ tablet, men patienten fik en hel tablet, idet oplysningen, om at der kun skulle gives en halv tablet, ikke umiddelbart var synlig på skærmen.

Der er endvidere rapporteret hændelser, hvor infusionspumper doserede forkert, for eksempel hvor slangen gik af, og væsken løb ud på gulvet. Lægemiddelstyrelsen er orienteret om alle rapporterede hændelser med infusionspumper, som sandsynligvis skyldtes tekniske svigt ved pumperne.

#### 1.3.4 Medicin trods kendt allergi

I alt 124 rapporter omhandlede patienter, der var ved at få eller fik medicin, som vedkommende var kendt allergisk overfor eller af andre årsager ikke kunne tåle.

Trods relevante oplysninger i journalen om allergi overfor præparaterne fik en patient Zinacef (antibiotikum) og Furix (vanddrivende). Patienten udviklede en voldsom allergisk reaktion og døde.

I en del af rapporterne er beskrevet, at oplysningen om allergi skulle skrives mange steder: i journalen, medicinkardex, og anæstesijournalen resulterende i, at oplysningen ofte manglede ét af stederne.

I andre tilfælde skyldtes hændelserne, at oplysning om allergi ikke blev indhentet eller oversat i forbindelse med ordination eller administration af medicin.

#### 1.3.5 Forkert tidspunkt

I alt 198 rapporter omhandlede patienter, der fik eller var i risiko for at få medicinen på et forkert tidspunkt.

De fleste af rapporterne omhandlede hændelser i forbindelse med dispensering og administration. Disse hændelser omhandlede blandt andet lægemidler, der skulle doseres på atypiske tidspunkter, som Antabus (doseres typisk 2 eller 3 gange om ugen). Andre af rapporterne omhandlede hændelser, hvor konfuse patienter indtog al medicin i deres doseringsæske (til hele døgnet) på en gang.

Den ordinerede depotmedicin blev ikke givet rettidigt. Fejlen blev først opdaget efter 6 døgn. Depotmedicinen var ikke som sædvanligt på afdelingen skrevet i kalenderen.

Nogle rapporter omhandlede hændelser i forbindelse med overskrivning fra journal til medicinskema eller fra gammelt til nyt medicinskema.

Få rapporter omhandlede hændelser i forbindelse med ordinationen, eksempelvis ordination af tablet Metformin (sukkersygemedicin) klokken 8 – 14 – 21. Disse tidspunkter er ikke hensigtsmæssige, da sukkersygemedicin bør gives i forbindelse med måltiderne.

Forsinkelse grundet travlhed er angivet som årsag til en del hændelser. Ofte gjorde patienter eller pårørende opmærksom på, at der manglede at blive udleveret medicin og fungerede derved som en barriere for utilsigtede hændelser.

#### 1.3.6 Forkert administrationsvej

I alt 176 rapporter omhandlede patienter, hvor medicinen blev eller var i risiko for at blive administreret forkert.

De fleste af rapporterne omhandlede fejl ved administrationen af medicinen. I mange af rapporterne er beskrevet, at der skete en forveksling af sonder til maven og dropslanger til blodkarrene eller forveksling af centrale venekatetre (slanger til de centrale blodkar) og epiduralkatetre (slanger til hulrummet ved rygmarven) eller af kanyler i vener og arterier.

Bupivacain (bedøvelsesmiddel) blev givet i venen i stedet for epiduralt (hulrummet ved rygmarven), angiveligt grundet manglende vejledning og viden.

Nogle rapporter omhandlede transskriptions- eller dokumentationsfejl, og få af rapporterne omhandlede hændelser i forbindelse med ordinationen, som for eksempel en hændelse hvor astmamedicinen Bricanyl – i form af koncentrat til infusion - blev ordineret som 15 mg 4 gange dagligt til indtagelse gennem munden. Desuden er der rapporteret få hændelser, hvor ordination af stikpiller og almindelige tabletter blev forvekslet.

#### 1.3.7 Forkert patient

I alt 379 rapporter omhandlede patienter, der fik eller var i risiko for at få en medpatients medicin.

De fleste af rapporterne omhandlede hændelser, hvor medicin blev givet eller var i risiko for at blive givet til den forkerte patient som følge af manglende identifi-

kation af patienten før medicinudleveringen. En medvirkende årsag var ofte travlhed, men også uoverskuelige medicinbakker og varierende udformning af medicinkardex.

En patient sad sammen med en medpatient og spiste morgenmad og indtog medicin. Patienten indtog først sin egen medicin og dernæst medpatientens medicin.

Få rapporter omhandlede hændelser, som var en følge af ordinationsfejl. Andre rapporter omhandlede transskriptions- og dokumentationsfejl, eksempelvis påsætning af en forkert patientlabel på medicin til indgift i venerne, så medicinen blev givet til den forkerte patient.

Desuden er der beskrevet hændelser, hvor konfuse patienter tog medicin, der var stillet frem til andre patienter.

### 1.3.8 Hændelser i forbindelse med blodtransfusion

I alt 38 rapporter omhandlede utilsigtede hændelser i forbindelse med transfusion af blod og blodprodukter.

De fleste hændelser skete i forbindelse med håndteringen af blodproduktet, eksempelvis at man overså manglende posenummerseddel på transfusionsjournalen, eller at sundhedspersonalet opsatte blod trods manglende blodtype på patienten. Årsagen til disse hændelser er angivet at være travlhed eller manglende rutine.

Andre rapporter omhandlede transskriptions- eller dokumentationsfejl, for eksempel fejlskrivning i journalen af en patients blodprocent, så patienten fik en unødigt blodtransfusion.

Der var bestilt leukocytfilteret blod (blod uden hvide blodceller), hvilket også fremgik af transfusionsjournalen. Først 20 minutter efter, at infusionen var startet, opdagede sundhedspersonalet, at det var blod med leukocytter, der var leveret fra blodbanken.

Få rapporter omhandlede ophængning af et forkert produkt. Derudover er der rapporteret hændelser, hvor blodet løb for langsomt ind på grund af problemer med droppet.

Lægemiddelstyrelsen er orienteret om alle rapporter, der omhandlede hændelser i denne kategori.

### 1.3.9 Kendte komplikationer og bivirkninger

Der er i alt 13 rapporter i denne kategori. Kendte komplikationer og bivirkninger er ikke omfattet af rapporteringspligten til DPSD.

En patient fik i forbindelse med anlæggelse af rygmarsbedøvelse kvalme, langsom hjerteaktion og blev bevidstløs.

### 1.3.10 Andre hændelser

I alt 133 rapporter omhandlede andre hændelser i forbindelse med medicinering.

Denne kategori er en meget heterogen gruppe af hændelser. Der er blandt andet rapporteret hændelser omhandlende uoverensstemmelse mellem medicinrekommendationen i primær- og sekundærsektoren, medicin med overskreden sidste anvendelsesdato, bortkommet medicin på en patientstue og nedbrud af computere ved skift fra sommertid til vintertid.

En patient fik i tilslutning til elektrochokbehandling indgivet thio-pental (bedøvelsesmiddel). Men der var ikke tilstrækkelig effekt. Patienten havde tidligere responderet på en langt mindre dosis af bedøvelsesmidlet.

### 1.3.11 Konklusion

Over halvdelen af de utilsigtede hændelser vedrørende medicinering skete i forbindelse med dosering og administration, mens kun godt 10% skete i forbindelse med ordinationen. Denne fordeling er i det væsentlige uændret fra 2004.

Fordelingen af de rapporterede hændelser i forbindelse med medicinering på de 10 anvendte hændelseskategorier er uændret fra 2004. Kategorien ”Forkert præparat” adskiller sig dog, idet der er sket en omfordeling af rapporterne vedrørende fejl ved dosering og administration til de øvrige underkategorier. Årsagen til dette er ikke afklaret.

I 2005 udkom Temarapporten: Medicinering (se 3.4.2). En stor del af de erfaringer, der er fremkommet ved analyse af rapporterne, vil blive anvendt i revisionen af Sundhedsstyrelsens vejledning om medicinhåndtering, som forventes at udkomme foråret 2006.

## 1.4 Indsendte rapporter om hændelser i forbindelse med operative/invasive procedurer

I denne kategori er i alt 1111 rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen har ud fra de indsendte fritekstbeskrivelser inddelt hændelserne i kategorier som vist i tabel 2.

**Tabel 2.** Antal hændelser rapporteret under operative/invasive hændelser inddelt i hændelseskategorier

Hændelseskategorier	Antal
Forvekslinger ved operative procedurer	98
Fysisk traume på patient i forbindelse med operative procedurer	99
Glemte og knækkede genstande i patienten	53
Hændelser i forbindelse med anvendelse af venekatetre	127
Hændelser i forbindelse med anvendelse af fødesonder	25
Planlægnings- og kapacitetsproblemer	67
Fejl eller manglende diagnosticering og behandling vedrørende operation	125
Kendte komplikationer	168
Andre hændelser	349

#### 1.4.1 Forvekslinger ved operative procedurer

I alt 98 rapporter omhandlede hændelser, hvor der i forbindelse med operative og invasive procedurer skete eller var risiko for forvekslinger.

En patient skulle have opereret det venstre knæ. Før operationen havde patienten fået markeret det venstre knæ, men blev afdækket og opereret på det højre knæ.

Ved egentlig forvekslingskirurgi forstås alle hændelser, hvor der er påbegyndt kirurgiske eller invasive procedurer udført på den forkerte patient, på det forkerte sted eller det forkerte organ. Definitionen omfatter også forveksling af indgrebstype eller implantater. I alt 30 rapporter omhandlede denne type hændelser: Seks omhandlede operative indgreb, der var udført på den forkerte patient, 15 der var udført på den forkerte side (højre venstre ombytning) eller i den forkerte region og ni, hvor der var sket forveksling af implantattypen.

Derudover er der rapporteret 30 nærhændelser, det vil sige hændelser, der kunne have resulteret i forvekslingskirurgi, men hvor det via kontrolsystemer blev opdaget i tide.

I denne kategori er også kategoriseret hændelser, som omhandlede forvekslinger ved røntgenundersøgelser som forberedelse til kirurgiske indgreb, i alt 38 rapporter. I rapporterne er eksempelvis beskrevet, at patienterne fik eller var i risiko for at få røntgenfotoferet den forkerte region.

Årsagerne til hændelserne er i rapporterne angivet som manglende interne instrukser samt manglende overholdelse af allerede eksisterende instrukser, eksempelvis vedrørende identifikation af patienter.

Nationalt kender man ikke præcist forekomsten af forvekslingsindgreb. En amerikansk undersøgelse anslår, at for hver 30.000 indgreb sker der ét forvekslingsindgreb. Det er således en sjælden hændelse, men den kan have alvorlige konsekvenser for patienten og kan forebygges med en meget enkelt procedure.

### Potentiale for forebyggelse:

I handleplanen for DPSD år 2006 indgår Temaemnet: Forvekslingskirurgi. Der vil i løbet af 2006 blive udsendt en national vejledning med en standardiseret procedure for forberedelse til operation, 'De fem trin', som er beskrevet af den amerikanske hospitalskæde Veteran Affairs.

De fem komplementære trin omfatter:

- 1) Indhentning af samtykke fra patienten. Samtykket, indgrebstypen og operationssted dokumenteres i journalen.
- 2) Markering af operationssted med en sprit- og vandfast pen. Mærkningen foregår i aktivt samarbejde med patienten. Operatøren eller dennes stedfortræder skriver sine initialer eller sætter et kryds.
- 3) Identificering af patienten, som på forespørgsel selv siger sit fulde navn og CPR-nummer. Desuden oplyser patienten, hvor på kroppen operationen skal foretages. Det er ikke tilstrækkeligt, at patienten konfirmerer egne data. Svaret fra patienten sammenholdes med identifikationsarmbåndet, markeringen af operationsstedet samt oplysningerne i journalen.
- 4) Det dokumenteres, at billeddokumentationen er mærket og ophængt korrekt. Endvidere tjekkes, at eventuelt implantat eller lignende er til stede på stuen.
- 5) Umiddelbart før indgrebets start er der en såkaldt 'time out', hvor teamet over for hinanden bekræfter, at det er den korrekte patient, det korrekte operationssted og den korrekte procedure, samt at patienten er korrekt lejret.

#### 1.4.2 Fysisk traume på patient i forbindelse med operative procedurer

I alt 99 rapporter omhandlede hændelser, hvor patienterne i forbindelse med operative procedurer fik eller var i risiko for at få et fysisk traume.

Mange af rapporterne omhandlede tandskader hos patienterne i forbindelse med intubering. I en del af rapporterne er nævnt, at patientens tænder var løse, før intuberingen startede.

Andre rapporter omhandlede forbrændingsskader af patienter i forbindelse med anvendelse af diatermiapparatur og elkoagulatorer. I enkelte rapporter er beskrevet, at patienterne under anæstesi proceduren fik en rift i hornhinden.

Som årsager til hændelserne er i rapporterne nævnt manglende opmærksomhed, uddannelse og erfaring hos personalet.

En patient skulle bedøves. Ved intubationen gik der en flig af patientens venstre fortand.

Som forebyggende tiltag er i rapporterne vedrørende tand - og øjenskader nævnt brug af øjen - og tandbeskyttere.

### Potentiale for forebyggelse:

Umiddelbart er der ikke noget oplagt potentiale for forebyggelse på nationalt niveau. Området vil blive revurderet, såfremt der indkommer et større antal rapporter.



#### 1.4.3 Glemte og knækkede genstande i patienten

I alt 53 rapporter omhandlede hændelser, hvor genstande blev glemt eller knækkede i patienten, eller der var risiko herfor.

Mange af rapporterne omhandlede hændelser, hvor nåle, tråde med videre knækkede under operationen.

Andre rapporter omhandlede hændelser hvor knivblade, servietter, sakse og pincetter blev glemt i patienten eller var i risiko herfor.

En patient, der var i fuld anæstesi, fik i forbindelse med en tandlægebehandling lagt en pakning af gaze i svælget. Efter behandlingen blev pakningen ikke fjernet. Under opvågningen fik patienten kraftige hostereflekser og hostede pakningen op.

I nogle rapporter er angivet, at der skete en kontroloptælling i umiddelbar tilknytning til operationen, og man blev opmærksom på den manglende genstand. I andre rapporter er beskrevet, at optælling skete efter operationen var afsluttet og i et fåtal af rapporter er beskrevet, at der ingen optælling fandt sted.

I mange af rapporterne er nævnt, at de aktuelle afdelinger havde instrukser på området, men at der manglede undervisning og dermed opmærksomhed på netop denne instruks.

#### **Potentiale for forebyggelse:**

Sundhedsstyrelsen udsendte i år 2000 en vejledning om kontrolforanstaltninger ved anvendelse af servietter, tamponer, duge og instrumenter. I denne beskrives, hvorledes kontroloptælling af duge, servietter og tamponer før, under og efter operation bør tilrettelægges.

For nærværende er der ingen anledning til yderligere nationale udmeldinger. Der vil ske en revurdering, hvis der indkommer et større antal rapporter.

#### 1.4.4 Hændelser i forbindelse med anvendelse af venekatetre

I alt 127 rapporter omhandlede hændelser i forbindelse med venekatetre.

De fleste af rapporterne i denne kategori omhandlede hændelser, hvor væsken fra venekateteret løb under huden. I mange af disse rapporter er nævnt, at væsken indeholdt lægemidler, der blev givet som en del af en kemoterapibehandling. Disse lægemidler er meget vævsgiftige, og i nogle rapporter er beskrevet, at vævet døde (nekrose), hvor væsken var sivet ud.

Andre rapporter omhandlede hændelser, hvor venekateteret ikke var blevet skiftet i henhold til de interne procedurer, hvorved risikoen for udvikling af betændelse i venerne var større end hvis kateteret var blevet skiftet.

Få rapporter beskrev hændelser, hvor venekateteret var gledet ud.

En patient i kemobehandling fik indgivet 20 ml adriamycin (lægemiddel, som blev givet som en del af kemoterapibehandling) i en vene. Patienten følte svien ved indstikstedet, og venekateteret blev fjernet. Biopsi fra indstikstedet viste efterfølgende, at adriamycin var løbet under huden.

Hændelserne havde store konsekvenser for patienterne, idet de først blev observeret, da der var løbet omkring 1 liter blod ud i sengen.

Få andre rapporter omhandlede hændelser, hvor sundhedspersoner under anlæggelse af kateter i vena subclavia perforerede den nærliggende arteria subclavia.

Som årsag til hændelserne er i en del af rapporterne nævnt, at der var dårlig belysning på stuerne. Dette vanskeliggjorde dels anlæggelse af venekateteret dels observationen.

I mange af rapporterne er nævnt, at det var sikret, at venekateteret lå korrekt, idet der var tilbageløb af blod, og man havde gennemskyllet med saltvand. Som forebyggende tiltag er i rapporterne nævnt, at man meget ofte bør tilse den legemsdel (oftest hånden), hvor venekateteret er placeret.

#### **Potentiale for forebyggelse:**

Umiddelbart er der ikke noget oplagt potentiale for forebyggelse på nationalt niveau. Området vil blive revurderet, hvis der indkommer et større antal rapporter.

#### 1.4.5 Hændelser i forbindelse med anvendelse af fødesonder

I alt 25 rapporter omhandlede hændelser i forbindelse med fødesonder.

De fleste af rapporterne i denne kategori omhandlede hændelser i forbindelse med anlæggelse af sonderne, eksempelvis fejlplacering af sonden, så sonden efter nedlæggelsen var placeret i lungerne i stedet for i mavesækken. I nogle af rapporterne er beskrevet, at beliggenheden af sonden var røntgenkontrolleret, men at det først efter indgift af sondemad, hvor patienten blev dårlig, blev erkendt, at sonden var placeret forkert. Røntgenbillederne var således tolket forkert.

Andre rapporter omhandlede hændelser i forbindelse med fjernelse (seponering) af fødesonder. I forbindelse med fjernelse af sonde, som var stukket gennem huden og ind i mavesækken (PEG sonde (Percutan endoscopisk gastrostomi)), og som derfor blev seponeret ved træk ud af mavesækken gennem huden, kom sonden ud uden silikone pladen (bagpladen).

En patient fik svært ved at trække vejret. Tolv timer før havde patienten fået lagt en fødesonde, og der var givet sondemad. Det viste sig efterfølgende ved røntgenkontrol, at sonden var placeret i lungerne.

I rapporterne er anført, at det sandsynligvis ikke fik konsekvenser for patienterne, da silikonepladen på et senere tidspunkt ville komme ud med afføringen.

Enkelte rapporter omhandlede hændelser, hvor sundhedspersonalet betjente sonderne forkert, det vil sige havde brugt den forkerte studs til at give føde i.

Som årsager til hændelserne er i mange af rapporterne nævnt manglende uddannelse i sondeanlæggelse, fejlvurdering af sondens placering på røntgenbilleder med videre. Som forebyggende tiltag er nævnt efteruddannelse af sundhedspersonale.

### Potentiale for forebyggelse:

Sundhedsstyrelsen udsendte i 2002 en vejledning om anvendelse af perorale fødesonder. Det fremgår heraf, at beliggenheden af fødesonden skal kontrolleres efter nedlæggelse og inden enhver anvendelse. Det fremgår videre, at kontrol kan foregå på flere forskellige måder, og den valgte kontrolprocedure skal fremgå af afdelingens instruks.

For nærværende er der ingen anledning til yderligere nationale udmeldinger. Der vil ske en revurdering, hvis der indkommer et større antal rapporter.

#### 1.4.6 Planlægnings- og kapacitetsproblemer

I alt 67 rapporter omhandlede hændelser, som havde forbindelse med planlægning eller kapacitetsproblemer.

En del af rapporterne omhandlede hændelser, hvor planlagte operationer blev aflyst eller udskudt på grund af akutte operationer, eller fordi der var planlagt for mange operationer i forhold til kapaciteten på operationsgangen.

Endvidere er der rapporteret hændelser, hvor det er beskrevet, at patienter var bedøvet unødigt længe, inden operationen startede, fordi det udstyr og de instrumenter, der skulle anvendes til operationen, ikke var rekvireret af operatøren eller sat frem af assistenterne.

På grund af personalemangel på operationsgangen blev operationer på to patienter aflyst. Patienterne skulle begge have haft foretaget indgreb i livmoderen på grund af celleforandringer (kræft). Patienterne blev meget nervøse og urolige. De blev begge opereret den næste dag.

Årsager til hændelserne er i rapporterne angivet som resurse problemer med hensyn til personale og operationsstuer samt manglende eller dårlig planlægning af operationsprogrammer. Som forebyggende tiltag er i en del rapporter nævnt bedre bemanning.

### Potentiale for forebyggelse:

Umiddelbart er der ikke noget oplagt potentiale for forebyggelse på nationalt niveau, men alle rapporter i denne kategori vil blive taget i betragtning i Sundhedsstyrelsens videre arbejde på området.

#### 1.4.7 Fejl eller manglende diagnosticering og behandling vedrørende operation

I alt 125 rapporter omhandlede hændelser i forbindelse med fejl eller manglende diagnosticering og behandling vedrørende operation. Forvekslingshændelser er kategoriseret under 1.4.1

Dette er en heterogen gruppe af rapporter. Der er eksempelvis hændelser, der omhandlede gravide, hvor der skete fejl i diagnosticering på grund af fejltolkning af den elektroniske kurve, der blev udskrevet over foster-hjerte aktiviteten

En patient fik fjernet et 1 cm stort raskt hudelement på skulderen. Hudlægen, som fjernede det, læste forkert på beskrivelsen fra patologen. Beskrivelsen var 1 år gammel, og patienten havde på dette tidspunkt fået fjernet et element med hudkræft på skulderen.

og veaktiviteten (CTG = CardioTocoGraf) samt hændelser, hvor der skete en anastomose lækage efter tarmoperationer, fordi der i forbindelse med operationerne var brugt et forkert materiale til samling af tarmstykkerne.

Årsagerne til hændelserne er i rapporterne angivet som travlhed, manglende efteruddannelse af sundhedspersonale, kommunikationsbrister mellem sundhedspersoner med videre. I rapporterne er der blandt andet som forebyggede tiltag nævnt revision af eksisterende lokale instrukser og procedurer.

#### **Potentiale for forebyggelse:**

På baggrund af de indsendte rapporter tegner der sig ikke noget entydigt mønster, og hermed heller ikke noget oplagt potentiale for forebyggelse på nationalt niveau. Området vil blive revurderet, hvis der indkommer et større antal rapporter. Oplysninger om hændelserne videregives til de relevante videnskabelige selskaber.

#### 1.4.8 Kendte komplikationer

I alt 168 rapporter omhandlede hændelser, hvor der er beskrevet komplikationer til operationer.

Dette er ligeledes en heterogen gruppe af rapporter. Hændelserne omhandlede eksempelvis patienter med væske i bughulen, hvor sundhedspersoner - ultralydsvejledt og ved hjælp af et dræn - forsøgte at fjerne væsken, men i stedet lagde drænet i tarmen. Andre hændelser omhandlede patienter, der fik lavet brystimplantater, og hvor der efterfølgende var udsivning af væske fra brystproteserne.

En patient skulle opereres i bughulen. Kirurgen skar imidlertid igennem blæren. I rapporten er angivet, at der fra tidligere operationer var meget bindevævsdannelse på netop dette sted.

I nogle af rapporterne er beskrevet, at komplikationerne kunne have været færre og mindre, hvis patienterne var blevet observeret bedre, eksempelvis havde opholdt sig længere tid på intensiv afdelinger. Endvidere er i rapporterne nævnt, at bedre faglig viden hos sundhedspersonalet ligeledes kunne have formindsket konsekvenserne, idet nogle af diagnoserne så kunne have været stillet på et tidligere tidspunkt i sygdomsforløbet.

#### **Potentiale for forebyggelse:**

På baggrund af de indsendte rapporter tegner der sig ikke noget entydigt mønster og hermed heller ikke noget oplagt potentiale for forebyggelse på nationalt niveau. Området vil blive revurderet, hvis der indkommer et større antal rapporter. Oplysninger om hændelserne videregives til de relevante videnskabelige selskaber.

#### 1.4.9 Andre hændelser

I alt 349 rapporter omhandlede hændelser, som det ikke har været muligt at kategorisere i andre kategorier. Dette er ligeledes en heterogen gruppe af rapporter.

Efter en operation blev man opmærksom på, at der var hul i det papir, som instrumenterne havde været pakket ind i. Instrumenterne var således usterile, og patienten var derfor i risiko for at få en infektion.

En del af rapporterne omhandlede hændelser, hvor patienter efter operationer havde urinretention - op til 1400 ml. I rapporterne er angivet, at sundhedspersonalet ikke var opmærksomt på, om patienterne havde tømt blæren før operationen. Blæren blev ikke undersøgt ved bankning (perkussion), og der blev ikke udført scanning af blæren. Som forebyggende tiltag er i rapporterne nævnt, at der lægges kateter i blæren før langvarige operationer, eller at blæren skannes.

Andre rapporter omhandlede hændelser, hvor sterilt materiale blev usterilt før eller under operationerne. I disse rapporter er der som forebyggende tiltag anført, at sundhedspersonalet skal vise større opmærksomhed og omhyggelighed.

#### **Potentiale for forebyggelse:**

På baggrund af de indsendte rapporter tegner der sig ikke noget entydigt mønster og hermed heller ikke noget oplagt potentiale for forebyggelse på nationalt niveau. Området vil blive revurderet, hvis der indkommer et større antal rapporter.

### 1.5 Indsendte rapporter om andre alvorlige hændelser

I denne kategori er i alt 4319 rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen har ud fra de indsendte fritekstbeskrivelser inddelt hændelserne i kategorier, som vist i tabel 3.

***Tabel 3. Antal hændelser rapporteret under andre alvorlige hændelser inddelt i hændelseskategorier.***

<b>Hændelseskategorier</b>	<b>Antal</b>
Ombytning	666
Selvmodsforsøg og selvmord	88
Fald	1830
Fysisk traume (andet end fald) som er relateret til hospitalets indbo	103
Hændelser i forbindelse med anæstesi	124
Sikkerheden på psykiatriske afdelinger	85
Hændelser i forbindelse med analyser på blod, plasma, spinalvæske med videre i laboratorier	102
Hændelser i forbindelse med defekt udstyr	201
Mangelfuld information	527
Planlægnings- og kapacitetsproblemer	116
Fejl eller manglende diagnosticering og behandling	248
Andre hændelser	229

### 1.5.1 Ombytning

Der er i alt rapporteret 666 hændelser, som omhandlede ombytning af journalmateriale eller journaler på to patienter eller ombytning af prøver fra to patienter.

Omkring halvdelen af rapporterne omhandlede hændelser, hvor der var sket eller var risiko for ombytning af journaler eller journalmateriale, eksempelvis svar på laboratorieprøver fra to patienter.

Resten af rapporterne omhandlede ombytning eller risiko herfor af prøver fra to patienter og i mange af disse er beskrevet, at rekvisitionssedlen og prøvematerialet ikke tilhørte samme patient.

Under denne kategori er endvidere beskrevet hændelser, hvor der var byttet om på udmalket modermælk fra to mødre.

Laboratoriesvar fra blodprøver på en 80-årig mand blev fundet i en svangrejournale.

Årsagerne til hændelserne er i mange af rapporterne beskrevet som manglende overholdelse af eksisterende instrukser. Eksempelvis er der i nogle af rapporterne beskrevet, at prøver blev taget fra patienter, det ikke var muligt at kontakte, og som heller ikke bar et bånd med navn og CPR-nummer. Patienterne blev ikke identificeret af personale eller pårørende.

Som forbyggende tiltag er i rapporterne nævnt korrekt identifikation af patienterne samt at den person, som udtager eller ilægger svarsedler med videre i journaler, altid skal kontrollere, at der er overensstemmelse mellem navnelabels på forsiden og det relevante journalark.

#### **Potentiale for forebyggelse:**

I 1998 udsendte Sundhedsstyrelsen en vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet. I denne pålægges de enkelte afdelinger at udforme klare retningslinjer/instrukser for identifikation af patienter og sikring mod forveksling eller forbytning af oplysninger.

Sundhedsstyrelsen vil i 2006 udsende en folder til patienterne. Formålet med folderen er at gøre patienterne opmærksomme på, at det af sikkerhedsmæssige grunde er nødvendigt for personalet at identificere patienten ved fulde navn og CPR-nummer ved hver eneste medicinadministration og hver eneste prøvetagning med videre. Folderen vil blive distribueret til alle risikomanagere i amterne og H:S, som vil fordele dem videre i systemet.

### 1.5.2 Selvmordsforsøg og selvmord

I alt 88 rapporter omhandlede hændelser, hvor patienten forsøgte selvmord eller begik selvmord.

Omkring halvdelen af rapporterne omhandlede patienter, som forsøgte at begå selvmord. Patienterne forsøgte selvmord ved overdoseringer af medicin, ved hængning i eksempelvis bruseslanger samt ved spring fra tage på bygninger. For en del af patienterne havde det alvorlige konsekvenser som eksempelvis brud på rygsøjle og hofter.

Den anden halvdel af rapporterne omhandlede patienter, som begik selvmord ved samme metoder som ovenfor nævnt.

I nogle af rapporterne er det beskrevet, at patienterne forud for hændelsen var blevet selvmordvurderet og ikke fundet selvmordstruede. I andre rapporter er anført, at selv om patienten var fundet selvmordstruet, var det ikke muligt resurse-mæssigt at tildele patienten fast vagt.

I en enkelt rapport er det beskrevet, at det for en patient, der var vurderet som selvmordstruet, og som havde fået fast vagt, alligevel lykkedes at begå selvmord ved at springe fra taget af en sygehusbygning.

En sygeplejerske på en psykiatrisk afdeling var ved at ophælde medicin. Hun vendte ryggen til medicinskabet og en patient tog et glas Pamol (hovedpinepiller), som patienten slugte en del af. Patienten blev derefter overflyttet til en medicinsk afdeling til udpumpning.

### **Potentiale for forebyggelse:**

Sundhedsstyrelsen udsendte i 2004 en vejledning: "Vurdering og visitation af selvmordstruede". Heri er inkluderet en tjekliste, som kan bruges af sundhedspersonalet til vurdering af, om en patient er selvmordstruet.

I handleplanen 2006 for DPSD indgår temaet: Forebyggelse af selvmord. Der er blevet nedsat en arbejdsgruppe, som blandt andet skal vurdere, om der på baggrund af de indsendte rapporter til DPSD omhandlende selvmordsforsøg og selvmord er behov for yderligere tiltag, eksempelvis en vejledning omkring de fysiske forhold på psykiatriske afdelinger.

### 1.5.3 Fald

I alt 1830 rapporter omhandlede hændelser, hvor patienten faldt eller var i risiko for at falde. Hændelser omhandlende fald udgør således 40 procent af hændelserne rapporteret under kategorien 'Andre alvorlige hændelser'.

Rapporterne kan inddeles i to grupper: Én, hvor inventaret på sygehuset var den primære årsag til faldet, og én, hvor patienternes sygdom var den primære årsag.

#### 1.5.3.1 Inventar på sygehuset og fald

I denne kategori er der rapporteret hændelser, hvor patienter faldt over kørestole, kontorstole, taburetter, dørmåtter, sengeborde, avisstativer, telefonledninger, i forbindelse med oplukning af stramme døre og i indgangspartier. Der er endvidere rapporter om hændelser, hvor patienter faldt i forbindelse med kørestole, som ikke var indstillet korrekt, toiletsæder, der var defekte og løse, manglende ryglæn på badebænke, som skulle støtte patienterne bagtil, senge som ikke kunne låses, lifte som ikke virkede med videre.

En patient var i bad siddende på en bækkenstol. Patienten ville rejse sig, mens han støttede sig til stolen. Gulvet var glat, stolen skred og patienten faldt.

Der er også rapporteret hændelser, hvor det i forbindelse med faldet er angivet, at sengen ikke var optimal, hvilket var den primære årsag til, at hændelsen indtraf. I

en del af disse rapporter er beskrevet, at sengene var for høje, og at eleverbare senge kunne have forebygget hændelsen.

Andre rapporter omhandlede hændelser, hvor patienter gled på glatte gulve. I en del af rapporterne er beskrevet, at gulvene var blevet glatte i forbindelse med, at patienten tog bad. I enkelte rapporter er beskrevet, at patienten gled på gulvet, fordi det netop var bonet, mens andre rapporter beskrev gulvene som generelt glatte, og patienterne faldt, fordi de ikke havde sko på.

Nogle rapporter omhandlede hændelser, hvor patienter faldt i forbindelse med genoptræning i samarbejde med fysioterapeuter. Disse rapporter omhandlede blandt andet fald, når patienterne gik op og ned ad trapper til vandbassiner. Patienterne faldt, fordi trapper og gelændere var glatte. Endvidere er der beskrevet hændelser, hvor patienterne faldt, når de skulle op og stå ved en gangbarre og ved gangtræning på trappe.

Enkelte rapporter omhandlede hændelser, hvor patienterne faldt, fordi senge, kørestole, bækkenstole og rollatorer var ulåste. Patienterne faldt i forbindelse med flytning fra ulåste kørestole, bækkenstole med videre. I rapporterne er det angivet, at det var muligt at låse kørestole og bækkenstole, men at personalet eller patienterne ikke fik det gjort, før hændelsen indtraf.

Årsagerne til hændelserne er primært angivet som inventarfejl, herunder manglede skridsikring af trapper og gelændere ved vandbassiner og sekundært fysioterapeuters manglede opdateringer om patienternes formåen.

#### 1.5.3.2 Sygdom og fald

I de fleste af rapporterne i denne kategori er beskrevet, at patienterne var konfuse eller demente og ingen sygdomsindsigt havde. Patienterne glemte derfor, at de ikke kunne gå eller ikke havde balance til at gå alene.

I andre rapporter er det angivet, at patienterne var fysisk svækkede med nedsat gangfunktion, men forstandsmæssigt klare. Mange af disse rapporter omhandlede patienter (på ortopædkirurgisk eller genoptræningsafdelinger), som forud for faldet havde fået indsat en ny hofte.

I få rapporter er sygdomsbeskrivelsen mere specifikt angivet end ovenfor. Det er beskrevet, at patienter faldt i forbindelse med krampeanfald, hjerneblødning, besvimelser, svimmelhed eller hosteanfald. I enkelte rapporter er beskrevet, at patienterne havde Alzheimers sygdom (demens), Parkinsons syge (rystesyge), kræft i hjernen eller alkoholabstinenser.

En patient med kræft i hjernen faldt ud af sengen. Sengehesten var oppe, og patienten havde således passeret denne. Patienten var forvirret og kunne bagefter ikke huske hændelsen.

I en del af rapporterne er nævnt, at mere personale, eventuelt faste vagter, kunne have forebygget hændelserne.



### **Potentiale for forebyggelse:**

For effektivt at kunne vurdere patienters risiko for fald skal indhentelse af få data give en nøjagtig vurdering af patientens risiko for fald. I risikovurderingen skal data som tidligere episoder om fald, konfusion eller ændret mental tilstand, angst, medicinindtag, for lavt blodtryk, alder, nedsat syn, kronisk sygdom, inkontinens, ernæringstilstand med videre indgå.

Når en patient er identificeret til at være i risiko for at falde, skal der iværksættes passende forebyggende tiltag. Lægen skal revurdere patientens tilstand, herunder behandling og ordination af medicin, mens plejepersonalet skal vurdere andre tiltag, der skal iværksættes for den aktuelle patient, eksempelvis brug af hjælpemidler som rollator.

Medicinindtag er beskrevet som en risikofaktor for fald. Det er derfor vigtigt, at lave en grundig gennemgang af patientens medicinindtag ved vurdering af hvilken risikogruppe, patienten tilhører.

Hvis fodtøjet ikke er optimalt, øges risikoen for fald. En international undersøgelse har vist, at 47 procent af patienterne på en geriatrisk afdeling havde sko, der ikke passede eller udgjorde en risiko for fald.

Der er rapporteret om store skader og dødsfald på patienter, der var kravlet over sengeheste. Patienterne faldt dermed fra en højere højde, end hvis sengehestene ikke havde været slået op. Det er ikke vist, at antallet af alvorlige skader er øget, når sengehestene ikke er oppe.

Det vigtigste er, at interventionerne i stedet for at være kontrollerede svarer til patientens adfærd, og at opsynet med patienten ligeledes er tilpasset dennes adfærd.

For at give patienter maksimal beskyttelse i et eventuelt fald er det nødvendigt at overveje strategier, som kan nedsætte skaden. Det er vist, at hoftebeskyttere kan reducere risikoen for hoftefrakturer med op til 60 procent. Hoftebeskyttere absorberer og spreder energien fra faldet væk fra hofteleddet til muskler og det omkringliggende bløde væv.

Underernæring eller fejlnæring øger risikoen for fald. Underernæring ses ofte hos ældre patienter. Ældre patienter har endvidere også ofte nedsat muskelmasse og nedsat balance. Faktorer, der alle øger risikoen for fald.

Træningsprogrammer er effektive til faldforebyggelse, specielt hos ældre personer. Specielt balancetræning er velegnet til faldforebyggelse 1\*.

Rapporterne omhandlende fald udgør som tidligere beskrevet en stor del af de indsendte, og DPSD vil fremover have særlig fokus på dette område.

---

1\* Fall prevention: Best practice guidelines for public hospitals and statement government, USA

#### 1.5.4 Fysisk traume (andet end fald) relateret til hospitalets indbo

I alt 103 rapporter handlede om hændelser, hvor patienter var udsat eller i risiko for et fysisk traume, der var relateret til hospitalets indbo. Fald, der er relateret til hospitalets indbo, er kategoriseret under 1.5.3.

På en patientstue faldt en loftplade ned efter en vandskade. Materialet over loftpladen var blevet meget vådt og dermed tungt. Pladen faldt ned lige ved siden af en sygeseng.

En del af rapporterne omhandlede hændelser, hvor sygehusenes inventar faldt ned fra vægge (lamper) eller lofter (loftplader) med efterfølgende patientskade eller risiko herfor.

Andre rapporter omhandlede patienter, som fik fingre og tæer i klemme i sprækker på brikse og senge. Enkelte rapporter beskrev patienter, der kom i klemme i døre, som lukkede automatisk.

Årsagerne er i rapporterne angivet som tekniske og rapporterne er videregivet til de lokale tekniske afdelinger.

#### **Potentiale for forebyggelse:**

På baggrund af de indsendte rapporter tegner der sig ikke noget entydigt mønster og hermed heller ikke noget oplagt potentiale for forebyggelse på nationalt niveau. Området vil blive revurderet, hvis der indkommer et større antal rapporter.

#### 1.5.5 Hændelser i forbindelse med anæstesi

I alt 124 rapporter omhandlede hændelser i forbindelse med anæstesi procedurer.

Omkring halvdelen omhandlede hændelser, hvor tilførsel af ilt og atmosfærisk luft var byttet om. I stedet for ren ilt fik patienten atmosfærisk luft.

Andre rapporter omhandlede hændelser, hvor der ingen iltforsyning var. Der er beskrevet hændelser, hvor patienter fik hjertestop under transport, og den medbragte iltbombe var tom samt hændelser, hvor iltslangerne til anæstesiapparater ikke var sat på.

En patient skulle lægges i respirator, og man blev først ved klargøringen af respiratoren opmærksom på, at udåndings-slangen og indåndings-slangen var byttet om.

Få rapporter omhandlede hændelser, hvor anæstesiapparater ikke var samlet rigtigt, eller der var fejl ved apparaterne. I nogle hændelser er beskrevet, at slangerne til respiratoren ikke var samlet rigtigt med den konsekvens, at ekspirationsluften blev ledt udenom kuldioxidabsorbereren, så der skete en genindånding af luften med stort kuldioxidindhold. I andre hændelser er beskrevet, at slanger, masker med videre ved indledningen af bedøvelsen viste sig at være utætte.

I rapporter med forbytning af ilt og atmosfærisk luft er beskrevet, at de vigtigste årsager til hændelsen var, at udtagrørene for ilt og atmosfærisk luft var placeret ved siden af hinanden og havde samme farve. Et oplagt forslag til forebyggelse af

lignende hændelser er, at udtagrørene farves i to forskellige farver og placeres adskilt.

Som årsager til hændelserne er i rapporterne endvidere nævnt uerfarenhed hos personalet samt apparaturfejl, og som forslag til forebyggende tiltag blandt andet øget efteruddannelse af sundhedspersonalet.

#### **Potentiale for forebyggelse:**

Det anbefales, at der på alle anæstesiaafdelinger indføres procedurer, der sikrer, at anæstesiapparater, iltforsyninger med videre kontrolleres før brug, samt at udtagrørene til ilt og atmosfærisk luft markeres forskelligt, så der er mindre risiko for forveksling.

#### 1.5.6 Sikkerheden på psykiatriske afdelinger

I alt 85 rapporter omhandlede hændelser vedrørende sikkerheden på psykiatriske afdelinger.

Størstedelen af rapporterne omhandlede patienter fra lukkede afdelinger, der forlod eller prøvede at forlade afdelingerne. En del af patienterne stak af i forbindelse med at de, ledsaget af sundhedspersonale, var på udgang fra afdelingen, mens andre patienter fik åbnet aflåste vinduer på afdelingen og forlod afdelingen ad denne vej.

På en psykiatrisk afdeling startede brandalarmen. En patient havde sat ild til sin seng og derefter forladt stuen.

Konsekvenserne for patienterne var en forværring af deres sygdom, idet de ofte var uden medicinsk behandling i den periode, hvor de ikke var på afdelingen.

Andre rapporter omhandlede patienter, som var verbalt og fysisk truende over for sundhedspersoner eller medpatienter. I en del af disse rapporter er beskrevet, at der var sket et fejlskøn fra personalets side med hensyn til farlighed, tidspunkt for intervention med videre.

Få rapporter i denne kategori omhandlede psykotiske patienter, som satte ild til genstande (tøj, gardiner og borde). I rapporterne er beskrevet, at det var svært at forudsige disse hændelser, men at psykotiske patienter generelt bør være under konstant opsyn.

#### **Potentiale for forebyggelse:**

På baggrund af de indsendte rapporter tegner der sig ikke noget entydigt mønster og hermed heller ikke noget oplagt potentiale for forebyggelse på nationalt niveau. Området vil blive revurderet, hvis der indkommer et større antal rapporter.

#### 1.5.7 Hændelser i forbindelse med analyser på blod, plasma, spinalvæske med videre i laboratorier

I alt 102 rapporter omhandlede hændelser i laboratorier. Hændelser, der omhandlede ombytning af prøvemateriale mellem to patienter, er kategoriseret under kategorien ombytning, 1.5.1.

Mange rapporter omhandlede fejl i den manuelle indtastning af prøvesvar på afdelingernes EDB systemer. Det er i rapporterne angivet, at dobbeltkontrol af alle svar fra laboratorierne sandsynligvis vil kunne nedsætte antallet af disse utilsigtede hændelser.

Ved svarafgivelse fra et laboratorium blev antallet af hvide blodlegemer angivet som procenttal i stedet for absolutte tal.

Andre rapporter omhandlede hændelser, hvor der var sket en fejl i analyseprocessen, eksempelvis kontaminering af negative prøver fra en positiv prøve.

Nogle af rapporterne omhandlede hændelser, hvor der var sket fejl ved prøvetagningen, eksempelvis at blodprøver var transporteret i forkert transportmedium. For udførelse af nogle analyser er det eksempelvis nødvendigt, at blodet tilsættes EDTA ved prøvetagningen, for andre analyser er det nødvendigt med tilsætning af heparin.

Få rapporter omhandlede hændelser, hvor der var sket en fejl i udregning af analyseresultatet, eksempelvis at analyseresultatet blev opgivet i procent i stedet for i absolutte tal.

I nogle af rapporterne er beskrevet, at årsagerne til hændelserne var manglede retningslinjer og procedurevejledninger omkring bl.a. håndtering af biologisk prøvemateriale og analyseapparater.

#### **Potentiale for forebyggelse:**

På baggrund af de indsendte rapporter tegner der sig ikke noget entydigt mønster og hermed heller ikke noget oplagt potentiale for forebyggelse på nationalt niveau. Området vil blive revurderet, hvis der indkommer et større antal rapporter. Oplysninger om hændelserne vil herudover blive videregivet til de relevante videnskabelige selskaber.

#### 1.5.8 Hændelser i forbindelse med defekt udstyr

I alt 201 rapporter omhandlede hændelser i forbindelse med defekt udstyr. Rapporter omhandlede defekt anæstesiudstyr er kategoriseret under 1.5.5.

En del af rapporterne omhandlede hændelser, hvor det er beskrevet, at apparaterne (eksempelvis røntgenapparater) virkede, da behandlingerne eller undersøgelserne startede, men gik itu undervejs. I mange af rapporterne er anført, at det var gammelt apparatur.

En indlagt patient fik hjertestop. Et bræt og en Rubens ballon blev hentet. Men Rubens ballonen var ikke samlet korrekt, og der var ikke noget personale tilstede, som umiddelbart kunne samle den. Proceduren blev hermed forlænget.

Nogle rapporter omhandlede hændelser, hvor apparaturet var intakt, men blev betjent eller samlet forkert af sundhedspersonalet. Som forebyggende tiltag er i disse rapporter foreslået bedre oplæring af sundhedspersonalet.

Andre rapporter omhandlede hændelser, hvor apparaturet var i stykker før anvendelsen. Nogle af disse rapporter omhandlede patienter, som fik hjertestop. Der skulle derfor bruges en defibrillator, men denne virkede ikke. I en del af disse rapporter er beskrevet, at defibrillatoren ikke var testet før brug.

Enkelte rapporter omhandlede manglende apparatur, eksempelvis at der ingen defibrillator var på hjertestopvognen. I disse rapporter er som forebyggende tiltag nævnt større opmærksomhed fra sundhedspersonalets side.

Få rapporter omhandlede strømsvigt på sygehusene. Som årsagerne til hændelserne er angivet kortslutninger, snestorme med videre. I rapporterne er beskrevet, at nødstrømsanlæg ikke startede som forventet på grund af fejl.

### **Potentiale for forebyggelse:**

Alle rapporterne i denne kategori er videregivet til afdelingen Medicinsk udstyr, Lægemiddelstyrelsen. Se endvidere 4.2.

#### 1.5.9 Mangelfuld information

I alt 527 rapporter omhandlede hændelser i forbindelse med mangelfuld information.

Nogle rapporter omhandlede hændelser, hvor informationen mellem to sygehuse var mangelfuld. Der er beskrevet hændelser, hvor patienter blev transporteret fra et sygehus til et andet for at få udført bestemte undersøgelser, men ved ankomsten fik de at vide, at undersøgelserne ikke var bestilt. Endvidere er der beskrevet hændelser, hvor patienter blev overflyttet fra et sygehus til et andet, men CT-scanningsbilleder, journaler med videre var ikke sendt med.

Andre rapporter omhandlede hændelser, hvor information mellem to afdelinger inden for det samme sygehus var mangelfuld. I rapporterne er især beskrevet hændelser, hvor henvisninger til og svar på undersøgelser fra en afdeling til en anden aldrig kom frem. Årsagerne til hændelserne er dels angivet som manglende afstedelse fra den aktuelle afdeling, dels at materialet blev forlist i transportsystemet. Mangelfuld information mellem to afdelinger omhandlede endvidere akutte opkald, hvor information om hændelsen ikke nåede de fagligt relevante personer fra andre afdelinger rettidigt, eksempelvis hændelser vedrørende hjertestop, akutte blødninger, patienter med lavt blodsukker med videre. Da information ikke nåede frem udeblev hjælpen.

Da der var mistanke om, at en patient havde hudkræft, blev der taget en biopsi. Patienten havde hudkræft, men fik først besked 3 måneder efter ved næste kontrolbesøg. Journalen var blevet arkiveret, uden at henvisningen til en plastikkirurg var sendt til patienten.

Mange rapporter omhandlede hændelser, hvor informationen inden for afdelingen var mangelfuld. Der er eksempelvis hæn-

delser, hvor svar på laboratorieprøver, beskrivelser af røntgenbilleder og CT-scanninger med videre blev sendt til de rigtige afdelinger, men de blev ikke rettidigt set af de fagligt relevante personer. I mange af disse rapporter er beskrevet, at svarene blev arkiveret af sekretæren, uden at lægerne kontraskrivede dem, som det var angivet i de interne procedurer på afdelingerne.

Andre rapporter omhandlede hændelser, hvor informationen fra sygehuset til patient eller pårørende manglede eller var mangelfuld. Der er beskrevet hændelser, hvor patienter ved ambulante undersøgelser fik at vide, at de skulle indlægges til udredning for kræftsygdomme. Patienterne blev imidlertid først indkaldt, da de selv kontaktede sygehusene. Patienternes journaler var efter de ambulante besøg blevet placeret sammen med afsluttede patienters journaler.

Der er også rapporteret hændelser, der omhandlede patienter, som blev indkaldt telefonisk eller skriftligt til undersøgelser, men relevant information til patienterne om, at de skulle være fastende, for at undersøgelsen kunne gennemføres, blev ikke givet. Endvidere er der også rapporter omhandlede akutte opkald, som ikke nåede de fagligt relevante personer inden for stamafdelingen (se ovenfor vedrørende akutte opkald).

Få rapporter omhandlede hændelser, hvor informationen fra patient eller pårørende var mangelfuld. Der er eksempelvis rapporter, der omhandlede patienter, som ved journaloptagelse ikke fortalte, at de tidligere var opereret, havde allergier med videre.

Årsagerne til hændelserne er beskrevet som mangfoldige, eksempelvis tekniske (hjertestopknap virkningsløs, telefoner virkede ikke) samt manglende overholdelse og revision af eksisterende interne instrukser.

#### **Potentiale for forebyggelse:**

Veletablerede rutiner giver bedre patientsikkerhed, og et af redskaberne er, at de enkelte afdelinger udarbejder entydige, opdaterede og relevante instrukser.

Mange af hændelserne i ovenstående kategorier kunne have været undgået, såfremt der var udformet instrukser til de forskellige procedurer, og de var blevet fulgt. Sundhedsstyrelsen udsendte i 2000 en vejledning i udfærdigelse af instrukser.

Det er afdelingsledelsens, dvs. den administrerende overlæges eller oversygeplejerskens ansvar, at der forefindes de nødvendige instrukser. Instrukserne skal afspejle autorisationslovgivningens bestemmelser om omhu og samvittighedsfuldhed. Dette ansvar kan ikke delegeres. Derimod kan opgavevaretagelsen i forbindelse med udarbejdelse af den enkelte instruks delegeres.

Det skal bemærkes, at den enkelte sundhedsperson altid har et ansvar for at udvise omhu og samvittighedsfuldhed.

Omfanget af nødvendige instrukser er dels bestemt af Sundhedsstyrelsens forskrifter, dels af karakteren af de arbejdsprocedurer, der findes på den enkelte afdeling.

For at forhindre lignende hændelser, som beskrevet i denne kategori, skal der udarbejdes procedurer og instrukser på baggrund af lokalt betingede forhold.

#### 1.5.10 Planlægnings- og kapacitetsproblemer

I alt 116 rapporter omhandlede hændelser omkring planlægnings og kapacitetsproblemer.

Nogle rapporter omhandlede manglede koordinering ved overflytninger mellem afdelinger og hospitaler, eksempelvis hvor patienter blev overflyttet til andre afdelinger eller sygehuse uden sundhedsfagligt kompetente ledsagere, eller at der

ikke var kompetent personale ved modtagelsen af patienten på det sygehus eller den afdeling, som patienten blev overflyttet til.

En patient var henvist til akut scanning af hjernen, da der var mistanke om en blødning i hjernen. Patienten kom gående til røntgenafdelingen uden ledsager.

Få rapporter omhandlede sundhedspersonale, der ikke mødte op i ambulatorium, på stuegang med videre. I disse rapporter er ligeledes angivet manglende koordinering som årsag til hændelsen.

I en del af rapporterne er som forslag til forebyggelse af lignende hændelser nævnt, at retningslinjer skal implementeres i de aktuelle afdelinger, samt at afdelingerne skal have en bedre bemanning af sundhedspersonale.

#### **Potentiale for forebyggelse:**

Umiddelbart er der ikke noget oplagt potentiale for forebyggelse på nationalt niveau, men alle rapporter i denne kategori vil blive taget i betragtning i Sundhedsstyrelsens videre arbejde på området.

#### 1.5.11 Fejl eller manglende diagnosticering og behandling

I alt 248 rapporter omhandlede hændelser omkring fejl eller manglende diagnosticering og behandling vedrørende andre alvorlige hændelser. Lignede hændelser relateret til operative/invasive procedurer er kategoriseret under 1.4.7.

Denne kategori er en meget heterogen gruppe af hændelser. De fleste hændelser omhandlede dog patienter, som blev fejldiagnosticeret eller fejlbehandlet, eksempelvis patienter med mælkeallergier, som fik mælkeholdige fødevarer.

Få hændelser omhandlede manglende diagnosticering og behandling.

I mange af rapporterne er som årsag til hændelserne nævnt manglende lokale instrukser og dermed som forebyggende tiltag implementering af retningslinjer for de aktuelle procedurer.

En patient skulle have foretaget laserbehandling på brystet på grund af stråleskader. På henvisningen stod, at patienten skulle have laserbehandling på ryggen af næsen på grund af blodudtrækninger.

#### **Potentiale for forebyggelse:**

På baggrund af de indsendte rapporter tegner der sig ikke noget entydigt mønster og hermed heller ikke noget oplagt potentiale for forebyggelse på nationalt niveau. Området vil blive revurderet, hvis der indkommer et større antal rapporter. Oplys-

ninger om hændelserne vil endvidere blive givet videre til de relevante videnskabelige selskaber.

#### 1.5.12 Andre hændelser

I alt 229 rapporter omhandlede hændelser, som det ikke har været muligt at kategorisere i andre kategorier. Kategorien indeholder ligeledes en heterogen gruppe af hændelser.

Nogle af hændelserne omhandlede patienter, som burde have været isoleret, enten på grund af patientens eget nedsatte immunforsvar og dermed risiko for at patienten selv blev smittet, eller på grund af at patienten havde en meget smitsom infektionssygdom, og der dermed var risiko for smittespredning til andre patienter.

En patient med en verificeret meget smitsom luftvejsinfektion blev indlagt akut. Da patienten kom op på stamafdelingen, blev det ikke oplyst, at han havde denne infektion. Patienten blev placeret på en to-sengs stue sammen med en anden patient. På journalen var der en mærkat med ordlyden: 'OBS: patienten skal isoleres ved indlæggelse' Men sundhedspersonalet overså denne mærkat.

Andre rapporter omhandlede patienter med tryksår efter langvarige eller uheldige lejringer. I nogle af rapporterne er angivet, at der ikke var brugt trykaflastende madrasser.

I rapporterne vedrørende tryksår er som forebyggende tiltag nævnt implementering af en procedure for trykskårsprofylakse. Tryksår forebygges med trykaflastning. Trykaflastning skal iværksættes tidligt, og risiko-scoresystemer vil derfor være en del af proceduren.

#### **Potentiale for forebyggelse:**

På baggrund af de indsendte rapporter tegner der sig ikke noget entydigt mønster og hermed heller ikke noget oplagt potentiale for forebyggelse på nationalt niveau. Området vil blive revurderet, hvis der indkommer et større antal rapporter.



## 2 Sammenligning af hændelserne rapporteret i 2004 og 2005

### 2.1 Antallet af rapporter

Nedenfor vises en opgørelse over antallet af rapporter i den primære og sekundære rapportering i 2004 og 2005. Det ses, at der i 2005 var en stigning på omkring 100 % i den primære rapportering og 150 % i den sekundære rapportering i forhold til 2004.

**Tabel 4.** Antal rapporter i henholdsvis den primære og den sekundære rapportering i 2004 og 2005.

	2004	2005
Primær rapportering (antal rapporter)	5740	11.401
Sekundær rapportering (antal rapporter)	3626	9096

### 2.2 Kategorisering af rapporterne

Nedenfor vises en opgørelse over fordelingen af de indsendte rapporter på de 3 rapporteringspligtige kategorier i henholdsvis 2004 og 2005. Af tabellen ses, at andelen af klinisk betydende hændelser i forbindelse med medicinering er faldet med 10 %, mens andelen af klinisk betydende hændelser omhandlende operative/invasive procedurer og andre alvorlige hændelser er øget med henholdsvis 4 % og 6 %.

Ved sammenligning af opgørelsen over indsendte rapporter i 2004 og 2005 (se Årsrapporten 2004, DPSD) bemærkes, at for hændelsestypen operative/invasive hændelser er andelen af rapporter i kategorien 'forvekslingskirurgi' øget. For hændelsestypen 'andre alvorlige hændelser' er andelen af rapporter i kategorierne 'fald' og 'mangelfuld information' øget i 2005.

En af forklaringerne kan være, at nogle af amtskommunerne/H:S har haft fokus på netop disse emner i 2005.

**Tabel 5.** Fordelingen af indsendte rapporter på de 3 rapporteringspligtige kategorier i procent.

	2004	2005
Klinisk betydende hændelser i forbindelse med medicinering	50 %	40 %
Klinisk betydende hændelser i forbindelse med operative eller invasive procedurer	8 %	12 %
Andre alvorlige hændelser	42 %	48 %

## 2.3 Risikoscore

I 2004 var 3 % af de indsendte rapporter kategoriseret som meget alvorlige, og i 2005 var andelen 4 % (se Figur 3). De meget alvorlige hændelser udgjorde således i 2005 ikke en større andel af de indsendte rapporter end i 2004.

# 3 Sundhedsstyrelsens opfølgning

Amtskommunerne/H:S skal lokalt behandle og analysere de enkelte rapporter. Formålet med analysen er, at amtskommunerne/H:S kommer med forslag til ændringer (tiltag), som kan forebygge en lignende hændelse. Rapporterne samles i Sundhedsstyrelsen, som analyserer dem aggregeret og ser efter sammenhænge og tendenser.

## 3.1 Forslag til forebyggelse af utilsigtede hændelser

Der er installeret en funktion i sagsbehandlermodulet, hvor det i forlængelse af analysen af en hændelse er muligt at stille konkrete forslag til forebyggelse af aktuelle utilsigtede hændelser på lokalt (sygehusniveau), regionalt (amtskommunalt) eller nationalt niveau (Sundhedsstyrelsen).

Forslagene stilles automatisk til rådighed for alle amterne. Viden og læring fra et amt deles således med de andre amter.

Af de 9096 rapporter, som Sundhedsstyrelsen modtog i 2005, har de 657 givet anledning til konkrete forslag til forebyggelse. Forslagene indsendes altid sammen med den anonymiserede rapport til Sundhedsstyrelsen. Under 3.2.1, 3.2.2 og 3.3.3 er refereret de forslag til forebyggelse, der er stillet på nationalt niveau. Alle forslag stillet på nationalt niveau er problemstillinger relateret til Lægemiddelstyrelsen, se nedenfor.

**Tablet 6.** Antal af forslag til lokale, regionale og nationale forebyggelse af utilsigtede hændelser i 2005.

Hændelsestype	Lokale forslag	Regionale forslag	Nationale forslag
Medicinering	248	6	5
Operative/invasive procedurer	63	0	3
Anden alvorlig hændelse	326	4	2
Total	637	10	10

### 3.1.1 Nationale forslag vedrørende medicin håndtering

Nedenstående 5 forslag til tiltag er stillet af amtskommunerne/H:S.

#### **1. Ændring af emballage**

Det er foreslået, at medicinproducenterne, herunder amternes egne apoteker, skal undersøge hvilke betingelser, der skal stilles til medicinprodukters emballage, så muligheden for forveksling mellem præparater, grundet udseendet af emballage, bliver mindst muligt.

Eksempelvis er 250 ml beholderne til NaCl (saltvand) og Darrow-glucose (sukker vand) fra SAD ens i udseende, herunder også udformning og farve på mærkaten.

#### **Sundhedsstyrelsens opfølgning:**

Forslaget er videregivet til Lægemiddelstyrelsen.

#### **2. Nationalt varenummersystem for lægemidler**

Det er foreslået, at der udarbejdes et nationalt varenummersystem til lægemidler, som kan bruges af alle leverandører.

Forslaget har baggrund i en hændelse på et sygehusapotek, hvor kontrol af varenummer indgik som en del af kontrollen ved udlevering af lægemidler. Magistrelle lægemidler (i dette tilfælde leveret fra et andet apotek) havde ikke et varenummer, som kunne bruges i det aktuelle system.

#### **Sundhedsstyrelsens opfølgning:**

Lægemiddelstyrelsen er orienteret om ovenstående problem.

#### **3. Infusionspumper**

Det er foreslået, at der regionalt eller nationalt udarbejdes en vurdering af infusionspumper samt fælles indkøbspolitik til gavn for patientsikkerheden. Baggrunden for forslaget er en utilsigtet hændelse, hvor en patient via en infusionspumpe af typen Argus 414 fra Argus Medical AG modtog en kontinuerlig stråle af nitroglycerin (hjertemedicin) i stedet for de 3 ml /time, som dråbetælleren var indstillet til.

Årsagerne til hændelsen var uhensigtsmæssigt design af infusionspumpen kombineret med en mangelfuld instruktionsbeskrivelse til denne.

Det er endvidere anbefalet, at sundhedspersonalet systematisk oplæres i brugen af de infusionspumper, der er på de aktuelle afdelinger.

#### **Sundhedsstyrelsens opfølgning:**

Forslaget er sendt videre til Lægemiddelstyrelsens afdeling for Medicinsk udstyr.

#### **4. Ændring af design af dialyseposer**

En amtskommune har kontaktet firmaet Gambroe, som producerer dialyseposer med henblik på at få ændret den nuværende design af dialyseposerne, hvor membranerne mellem de to kamre (A og B) med henholdsvis bikarbonat og dialysevæske skal brydes manuelt.

Forslaget til firmaet Gambroe er at designe dialyseposerne, så de to væsker blandes automatisk, når posen sættes på prismealysen. Blanding af dialysevæske og bikarbonat bliver dermed ikke afhængig af den menneskelige hukommelse.

### **Sundhedsstyrelsens opfølgning:**

Lægemiddelstyrelsens afdeling for Medicinsk udstyr er orienteret med henblik på opfølgning af ovenstående henvendelse til firmaet Gambro.

### **5. Elektronisk medicinmodul**

Det er foreslået, at elektroniske medicinmoduler understøttes af et patientvenligt udskrift med præparatnavn, dosis og klokkeslæt for administration med det formål at vågne, velfungerende patienter gøres til aktive medspillere i medicinadministrationen under indlæggelse.

### **Sundhedsstyrelsens opfølgning:**

Forlaget er sendt videre til Lægemiddelstyrelsen og vil endvidere blive inddraget i Sundhedsstyrelsens videre arbejde med den elektroniske patientjournal.

### 3.1.2 Nationale forslag vedrørende operative/invasive hændelser

Nedenstående 3 forslag til tiltag er stillet af amtskommunerne/H:S.

#### **1. Nye navne til proteser (hoftalloplastik) med risiko for forveksling**

Det er foreslået, at der for komponenter af mærket LINK, proteser til total cementeret hoftealloplastik, gives nye navne. Med de nuværende navne er der risiko for forveksling. Eksempelvis er femurdele nummereret R01, R1, R2, R3 og så videre, og der er risiko for forveksling med R01 og R1. Forslaget er her at ændre R01 til R0.

### **Sundhedsstyrelsens opfølgning:**

Afdelingen for medicinsk udstyr i Lægemiddelstyrelsen er orienteret og vil tage kontakt med fabrikanten.

#### **2. Centrale venekatetres studs og sidestuds til ernæringssonde**

Det er foreslået, at der indledes et samarbejde med fabrikanterne af centrale venekatetre (CVK katetre) og ernæringssonder, så der findes en løsning på, at der ofte ved medicinindgift tages fejl af de forskellige studse på centrale venekatetre og ernæringssonder. Udover at de forskellige studse ofte ligner hinanden, har de også ofte samme størrelse, hvorfor samme sprøjtetype kan passe i indtil flere forskellige studse.

### **Sundhedsstyrelsens opfølgning:**

Lægemiddelstyrelsens afdeling for medicinsk udstyr er orienteret om problemstillingen.

#### **3. Farvning af slangerne til sondeernæring.**

Det er foreslået, at der indføres farvede slanger i sondeernæringssæt. Efter forveksling af infusionslanger til centrale venekatetre og slanger til sondeernæring er der indført farvede slanger i ernæringssæt fra Nutricia. Det anbefales, at andre producenter ligeledes farver slagen til sondeernæring.

### **Sundhedsstyrelsens opfølgning:**

Lægemiddelstyrelsens afdeling for medicinsk udstyr er orienteret om problemstillingen.

### 3.1.3 Nationale forslag vedrørende andre alvorlige hændelser

Nedenstående 2 forslag til tiltag er stillet af amtskommunerne/H:S.

#### **1. Forebyggelse af at BIPAP-maskine (Bilevel Positive Airway Pressure) af mærket Vision anvendes, uden at der er tilsluttet ilt.**

Det er foreslået, at der monteres en iltcelle på BIPAP-maskiner af mærket Vision. Forslaget har baggrund i utilsigtede hændelser, hvor patienter fik BIPAP behandling med apparater, som ikke var koblet til iltudtag i væggen. Manglende øgning i patientens iltmætningen blev fejltolket som udtryk for, at patienten havde en svær lungeskade.

Den mekaniske funktion af de aktuelle apparater er fuldstændig upåvirket af manglende ilttilførsel. Der er ingen måling af iltprocenten i systemet. Der er en alarm for manglende O<sub>2</sub>-flow, men den viser sig kun som en tekstlinie med beskeden typografi. Lokale medikoteknisk afdelinger har undersøgt problemet og mener det teknisk set vil være nemt at montere en iltcelle på apparaterne.

#### **Sundhedsstyrelsens opfølgning:**

Lægemiddelstyrelsen er orienteret med henblik på at kontakte producenten.

#### **2. Sprøjter med luer lock (speciel låsemekanisme) ved dialysebehandling**

Det er anbefalet, at der anvendes sprøjter af typen luer lock ved dialysebehandling. Forslaget har baggrund i hændelser, hvor slangen, som forbandt heparinsprøjten med blodslangen i dialyseapparater, sprang af. Anvendelse af sprøjter med luer lock vil kunne forhindre dette.

#### **Sundhedsstyrelsens opfølgning:**

Problemstillingen er sendt videre til Lægemiddelstyrelsens afdeling for Medicinsk udstyr.

## 3.2 Publikationer

### 3.2.1 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)

I nyhedsbrevene beskrives antallet af rapporter, der er rapporteret i den primære og sekundære rapportering. Der gives endvidere et kort resumé af de hændelser, der i det foregående kvartal er rapporteret til Sundhedsstyrelsen som meget alvorlige, dvs. med en faktuel risikoscore på 3. Såfremt det i rapporterne er anført, at der på baggrund af hændelsen er iværksat lokale eller regionale tiltag beskrives dette også i Nyhedsbrevene.

Nye OBS-meddelelser, resultater af samarbejdet med Lægemiddelstyrelsen, Statens Institut for Strålehygiejne med videre er ligeledes at finde i Nyhedsbrevene.

### 3.2.2 Temanumre

I december 2005 udkom: 'Temarapport 2005: Medicinering'. Temarapporten er udarbejdet på baggrund af de hændelser, der er indsendt til Sundhedsstyrelsen i 2004 under kategorien 'Klinisk betydende hændelse i forbindelse med medicinering', og som udgjorde 50% af de indsendte rapporter. Rapporterne er gennemlæst og klassificeret efter, hvad der gik galt, og hvordan det gik galt. Rapporten afdækker årsagerne og kommer med forslag til forbedring og til forebyggelse af yderligere fejl. Således vil en stor del af de erfaringer, der er fremkommet ved analyse af rapporterne blive anvendt til revision af Sundhedsstyrelsens vejledning om medicinhåndtering, som forventes udsendt foråret 2006. Temarapporten kan hentes på hjemmesiden [www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk)

### 3.2.3 OBS-meddelelser

Hvis Sundhedsstyrelsen via amterne (risikomanagere), Lægemedelstyrelsen eller på baggrund af de rapporterede hændelser bliver opmærksom på emner, hvor det vurderes, at det er vigtigt, at disse kommunikeres hurtigt ud til sundhedspersonalet, lægges meddelelserne ud på hjemmesiden [www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk) under menupunktet DPSD-OBS meddelelser, såkaldte akutte meddelelser. Ved vurderingen af om aktuell information skal meldes ud som en akut meddelelse tages omfanget og risikovurderingerne af hændelserne i betragtning.

Nedenstående 5 OBS meddelelser blev i 2005 lagt ud på hjemmesiden.

#### 3.2.3.1 Risiko for forveksling af vedligeholdelsesdosis og infusionshastighed af Pro-Epanutin (fosfenytoin)

En 4-årig dreng indlagt med krampetilfælde blev behandlet med fosfenytoin (epilepsimedicin). Ved en fejl overså man, at den foreskrevne vedligeholdelsesbehandling i Lægemedelkataloget (2002-udgave) ikke var en egentlig infusionshastighed, men en indløbshastighed af en afgrænset dosis over begrænset tid. Drengen modtog derfor fejlagtig en kontinuerlig for stor dosis fosfenytoin, som var letal.

Oplysningerne i Lægemedelkataloget er meget komprimerede, og det anbefales derfor i stedet at læse de nyeste opdaterede produktresuméer på Lægemedelstyrelsens hjemmeside [www.produktresume.dk](http://www.produktresume.dk) samt indføre oplysninger fra disse sider i afdelingernes instrukser.

#### 3.2.3.2 Risiko for kvælning ved brug af bløde bæltter

Til beskyttelsesfiksering af patienter bruges på afdelingerne bløde bæltter. Alle nye bløde bæltter er CE-mærkede, hvilket blandt andet betyder, at der foreligger brugsanvisning og sikkerhedsforskrifter på disse. På afdelingerne bruges der dog stadig bæltter, der ikke er CE-mærkede.

Der er beskrevet to hændelser, hvor patienter kom i klemme og blev kvalt i bløde bæltter. Begge hændelser omhandlede ældre demente patienter.

Hos den ene patient blev fiksering med det bløde bælte anvendt for at få patienten til at falde til ro om natten. Når patienten sov, blev bæltet løsnet igen. Når bæltet var spændt, var der luft mellem bæltet og patientens mave, hvilket muliggjorde, at

patienten delvis kunne vride sig ud af bæltet. Patienten forsøgte at stå ud af sengen, men bæltet var kommet op omkring brystkassen, og patienten blev kvalt.

Den anden hændelse omhandlede en patient, der ikke kunne gå. For at forhindre ham i at falde blev han beskyttelsesfikseret med et blødt bælte til en stol. I forsøg på at komme nedenunder af bæltet blev patienten kvalt. I analysen af hændelsen blev blandt andet stolens konstruktion fundet som en væsentlig årsag. Sædet var for kort i forhold til patienten. Patienten kunne forholdsvis let få bagdelen ud over kanten og glide ud af bæltet.

På den baggrund anbefales det, at der i videst muligt omfang anvendes CE-mærkede bløde bæltetil sikkerhedsfiksering. Ved CE-mærkede bæltet foreligger der en brugsanvisning og sikkerhedsforskrifter, som nøje bør følges. Alle ikke CE-mærkede bæltet bør underkastes en sikkerhedsvurdering, ligesom der bør udarbejdes det fornødne vejledningsmateriale til personalet.

I øvrigt bør det altid i forbindelse med sikkerhedsfiksering overvejes, hvorvidt en forsvarlig overvågning af patienten kan etableres inden for afdelingens sædvanlige rutiner, eller om der skal etableres en fast vagt hos patienten, så længe fikseringen varer.

### 3.2.3.3 Vaseline og behandling med ilt

Der skal advares mod anvendelsen af vaseline eller andre oliebaseerede produkter i forbindelse med iltbehandling, herunder til smøring af slimhinden i næseborene.

Vaseline er et petroleumsprodukt, som har et nedsat selvantændelsepunkt i ilttholdigt miljø. Der har været flere eksempler på selvantændelse af vaseline senest for et par år siden, hvor en sygeplejerske fik en 2. grads forbrænding på den ene hånd. Hun havde smurt sine hænder med vaseline umiddelbart før, hun skulle skifte iltflaske på et behandlingssystem. I forbindelse med samlingen sivede lidt ilt ud - dette sammen med friktionsvarmen ved drejning af samlingen var nok til at skabe en selvantændelse af vaselinen.

Risikoen for selvantændelse er primært bestemt af vaselinens vandindhold, som kan være stærkt varierende ikke blot mellem forskellige fabrikater, men også indenfor det samme fabrikat. Således vil vandindholdet falde ved almindelig fordamning i forbindelse med anvendelse. Jo mindre vandindholdet er, des større er risikoen for selvantændelse.

Det anbefales, at der i stedet for vaseline anvendes vandbaseeret creme, f.eks. Decubal eller Labidan.

Det kan oplyses, at læbepomade ligeledes er oliebaseeret. Sundhedsstyrelsen har været i kontakt med Danmarks største leverandør af læbepomader, som ikke kan afvise en vis risiko for selvantændelse ved anvendelse af læbepomader i forbindelse med rent ilt.

Sundhedsstyrelsen er ikke bekendt med tilfælde, hvor det faktisk er sket, men baseret på styrelsens kendskab til indholdsstofferne i læbepomader må det tilrådes, at man i forbindelse med nasal- eller oralilt anvender en almindelig vandbaseeret fugtighedscreme til erstatning for almindelig læbepomade.

#### 3.2.3.4 Artroskopipumpe med shaver af typen FMS Duo+

Der er rapporteret en utilsigtet hændelse, hvor en artroskopipumpe med shaver af typen FMS Duo+ var involveret. Apparatet blev betjent med en fodpedal, som aktiverede pumpe og shaver. Shaveren blev imidlertid aktiveret uden tryk på fodpedalen.

Medikoteknisk udredning viste, at en enkelt fejl - at saltvand trængte ind i fodpedalen - var tilstrækkelig til at få shaveren til at køre uden at være aktiveret.

For at sikre bedst muligt mod utætheder blev samtlige fodpedaler på den aktuelle afdeling udskiftet. Endvidere blev brugerne af apparatet instrueret om, at ved mindste tegn på at shaveren aktiverede sig selv, skulle shaveren straks trækkes ud, og apparatet fejlmeldes til teknisk afdeling.

#### 3.2.3.5 Plastikposer i affaldsspande på psykiatriske afdelinger og selvmord

En indlagt psykiatrisk patient begik selvmord ved at trække en plastikpose over hovedet. Patienten var op til hændelsen blevet vurderet som værende selvmordstruet, dog ikke den aktuelle dag. Patienten var forblevet indlagt på en skærmet afdeling.

Det er fortsat kutyme på en række psykiatriske afdelinger, at der er plastikposer i affaldsspande, også på afdelinger hvor der er potentielt selvmordstruede patienter. Ud fra ovenstående hændelse anbefales, at landets psykiatriske afdelinger overvejer den risiko plastikposer i affaldsspande og andre steder udgør og finder alternativer hertil.

#### 3.2.4 Årsrapport

Sundhedsstyrelsen udsender én gang årligt en rapport om de aktiviteter, der har været omkring rapporteringssystemet til utilsigtede hændelser det foregående år.

### 3.3 Erstatningspersonnumre

Flere rapporter, der er indsendt til Sundhedsstyrelsen, omhandlede hændelser, hvor der på sygehuse har været problemer med tildeling af erstatningspersonnumre, eksempelvis når patienter blev indlagt bevidstløse på sygehuse, eller når ikke-danske statsborgere blev indlagt.

CPR-kontoret under Indenrigs og Sundhedsministeriet har nedsat en arbejdsgruppe med henblik på etablering af et nationalt system for tildeling af erstatningspersonnumre.

I arbejdsgruppen indgår bl.a. personer fra Amtsrådsforeningen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Hovedstadens Sygehusfællesskab.

Der er skønnet, at der som minimum er brug for 75.000 erstatningspersonnumre. Der er i antallet skelnet mellem personnumre til patienter og personnumre, som en myndighed eller en privat virksomhed har brug for.



Sundhedsstyrelsen har til arbejdsgruppen anbefalet, at der for patienter, der ikke har noget personnummer, benyttes et erstatningsnummer, hvor de første 6 cifre angiver fødselsdag, - måned og år; det 7. ciffer er 0 for patienter født i 1900-1999 og 5 for patienter født før 1900 og 6 for patienter født efter 1999, 8. og 9. ciffer udfyldes med bogstaver, og det 10. ciffer er ulige for mænd og lige for kvinder.

Kendes fødselsdatoen ikke, eksempelvis fordi patienten er bevidstløs og uden papirer, der viser fødselsdatoen, eller patienten ikke vil oplyse personnummer, hvilket ofte er tilfældet for psykiatriske patienter, anbefales, at fødselsdag og – måned udfyldes med dags dato, og at fødselsår udfyldes med skønnet fødselsår.

Arbejdsgruppen har anbefalet, at systemet idriftsættes 1. december 2006.

### 3.4 Informationsaktiviteter

Sundhedsstyrelsen har i 2005 undervist i Patientsikkerhedsloven ved kurser i amterne og H:S samt på Master Class uddannelsen, sidstnævnte arrangeret af Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

## 4 Samarbejde med Lægemedelstyrelsen

Der er etableret et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og Lægemedelstyrelsen. Med udgangspunkt i utilsigtede hændelser rapporteret til DPSD diskuteres patientsikkerhedsmæssige problemstillinger indenfor Lægemedelstyrelsens kompetenceområder, herunder problemstillinger og problemløsninger relateret til navne- og pakningsforvekslinger, medicinsk udstyr samt utilsigtede hændelser, hvor blodkomponenter, væv og celler er involveret.

### 4.1 Lægemedelstyrelsens opfølgning vedrørende utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinering

Lægemedelstyrelsen har siden sommeren 2005 modtaget kopi af rapporter om utilsigtede hændelser vedrørende medicinering, hvori der har været nævnt et specifikt præparatnavn. De modtagne utilsigtede hændelser er rapporteret i perioden 1. januar til 31. december 2005.

Lægemedelstyrelsen foretager en faglig vurdering af, om hændelsen skyldes en forveksling mellem to lægemidler, eller om årsagen til hændelsen skyldes andre faktorer. Derefter rekvirerer Lægemedelstyrelsen de pågældende lægemidler og kommunikerer med producenten af lægemidlerne. Lægemedelstyrelsen vurderer, om lægemidlerne lever op til mærkningsbekendtgørelsens<sup>1</sup> krav om, at lægemidlers mærkning ikke må være egnet til at fremkalde forveksling med andre lægemidler. På baggrund af Lægemedelstyrelsens vurdering og producentens bemærkninger, træffer Lægemedelstyrelsen afgørelse i de enkelte sager.

---

<sup>1</sup> Bekendtgørelse nr. 1210 af 7. december 2005, om mærkning m.m. af lægemidler.

Lægemiddelstyrelsen har identificeret ni rapporter (16 lægemidler) om forveksling af lægemidler ud af 396 gennemgåede rapporter om utilsigtede hændelser. Udover forveksling med lægemidler omhandlede hændelserne omkring medicinering blandt andet navnelighed, medicinoverførselsfejl fra journal til medicinskema, fejl i dosisberegninger, indgift af seponeret medicin, problemer med elektroniske medicinmoduler, dobbeltdosering fordi patienten fortsætter med at tage egen medicin, dobbeltdosering grundet manglende notering i medicinskema eller medicin indgivet på forkert tidspunkt. Navnelighed af præparatnavne varetages ligeledes af Lægemiddelstyrelsen. Ved godkendelse af nye lægemidler vurderes præparatnavnet med henblik på patientsikkerhed blandt andet mulig forveksling med andre lægemidler. De øvrige områder varetages af Sundhedsstyrelsen.

Rapporterne om forveksling af lægemidler har for seks lægemidler resulteret i, at producenten af lægemidlet har ændret lægemidlets yderemballage og etikette. For fire lægemidler har Lægemiddelstyrelsen accepteret udformningen af yderemballage og etiket, idet dette ikke var den tilgrundliggende årsag til forvekslingen. For de resterende seks lægemidler afventer Lægemiddelstyrelsen bemærkninger fra producenterne af lægemidlerne.

Derudover har Lægemiddelstyrelsen i 2005 opstartet sager om forveksling af lægemidler på baggrund af oplysninger fra Bivirkningsrådet samt reklamationer fra sundhedspersonale og patienter.

#### 4.2 Lægemiddelstyrelsens opfølgning vedrørende utilsigtede hændelser hvor medicinsk udstyr indgår

Lægemiddelstyrelsen har siden sommeren 2005 modtaget kopi af de utilsigtede hændelser, hvor Sundhedsstyrelsen har vurderet, at apparatur var medvirkende til hændelsen. Hændelserne er rapporteret i perioden fra 1. oktober 2004 til 31. december 2005.

Alle rapporter er gennemgået med henblik på at fastslå, om det ud fra det rapporterede er muligt at identificere hændelser, som vedrører medicinsk udstyr. Hændelsesbegrebet i nedenstående bekendtgørelse om medicinsk udstyr er dog forskelligt fra Dansk Patient Sikkerheds Databases.

Alvorlige hændelser med medicinsk udstyr er indberetningspligtige til Lægemiddelstyrelsen ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 1268 af 12. december 2005 om medicinsk udstyr, og er her defineret 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.

For at Lægemiddelstyrelsen kan behandle sagen, skal det være muligt at identificere og analysere det implicerede udstyr. I den forbindelse er det helt centralt, at Lægemiddelstyrelsen får kendskab til hændelsen umiddelbart efter, at den er sket. Af de fremsendte 121 sager har Lægemiddelstyrelsen vurderet, at hovedparten af disse ikke er indberetningspligtige, jævnfør ovennævnte bekendtgørelse.

Der blev identificeret 15 hændelser ud fra rapporter til Dansk Patient Sikkerheds Database, som kunne være potentielt indberetningspligtige, jf. ovennævnte

bekendtgørelse. Heraf var 4 hændelser allerede indberettet særskilt til Lægemedelstyrelsen. Det var ikke muligt at undersøge de nærmere omstændigheder for de øvrige 11 sager. Dette skyldes dels anonymiseringen i Dansk Patient Sikkerheds Database, og dels den tid der er gået mellem hændelsen og overdragelsen til Lægemedelstyrelsen.

På baggrund af resultatet af gennemgangen af rapporterne har Sundhedsstyrelsen og Lægemedelstyrelsen aftalt, at det ved rapportering til Dansk Patient Sikkerheds Database bliver muligt for den rapporterende direkte at afkrydse felter, der identificerer, at medicinsk udstyr kan være medvirkende årsag til hændelsen. I de tilfælde vil Lægemedelstyrelsen hurtigt modtage besked om, at der er rapporteret en hændelse med medicinsk udstyr, hvorefter Lægemedelstyrelsen kan tage kontakt med den lokale risikomanager med henblik på videre sagsbehandling. Denne fremgangsmåde skal sikre, at Lægemedelstyrelsen hurtigt får kendskab til de hændelser med medicinsk udstyr, som rapporteres til Dansk Patient Sikkerheds Database. Fremgangsmåden ændrer ikke i, at den rapporterende sundhedsperson forsat er anonym.

#### 4.3 Lægemedelstyrelsens fremtidige arbejde med utilsigtede hændelser

I foråret 2006 vil Lægemedelstyrelsen få elektronisk adgang til Dansk Patient Sikkerheds Database for på den måde dels at kunne bidrage til at kvalitetssikre data, og dels for at få hurtig og nem adgang til oplysningerne.

Derudover har Lægemedelstyrelsen i 2006 igangsat et tværfagligt handlingsplansprojekt om forebyggelse af medicineringsfejl, som skal bidrage til at belyse problemets omfang og skitsere løsningsmodeller og forbedringer.

## 5 Samarbejde med Statens Institut for Strålehygiejne

Sundhedsstyrelsen har etableret et samarbejde med Statens Institut for Strålehygiejne (SIS). Formålet med samarbejdet er, at Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Strålehygiejne - via utilsigtede hændelser rapporteret til Dansk Patient Sikkerheds Database – får kendskab til utilsigtede stråleudsættelser af patienter ved medicinsk anvendelse af ioniserende stråling.

I alle bekendtgørelser vedrørende brug af ioniserende stråling inden for det medicinske område, findes der bestemmelser om, at SIS skal underrettes ved utilsigtet stråleudsættelse af patienter.

En række af landets sygehusafdelinger har gennem længere tid ønsket, at indberetninger om utilsigtet stråleudsættelse af patienter kun skal ske ét sted, lige som Institutet ønsker at gøre brug af den viden, der opfanges i DPSD i arbejdet med strålebeskyttelse med videre. SIS indledte derfor i efteråret 2005 et samarbejde med DPSD-gruppen i Sundhedsstyrelsen.

Indberetningspligten har to formål, at

- A. kunne gennemføre umiddelbare afbødende foranstaltninger af hensyn til at begrænse stråleudsættelsen mest muligt. Disse situationer vil normalt kun forekomme ved brug af åbne radioaktive kilder,
- B. opsamle erfaringer om situationer, hvor der er eller kunne være sket stråleudsættelse, der ligger ud over hvad der vurderes som rimeligt i den konkrete sammenhæng, eller andre situationer, hvor en kommunikation af erfaringer i sundhedssystemet gennem Sundhedsstyrelsen generelt vil være velegnet til at forbedre sikkerheden ved brug af ioniserende stråling.

SIS understreger, at ved uheld eller andre akutte hændelser omfattet af punkt A, skal der fortsat ske umiddelbar henvendelse til SIS' døgnvagt på telefon 44 94 37 73.

Alle hændelser efter pkt. A (efter at den akutte fase er afklaret jf. foran) og pkt. B skal herefter rapporteres til Sundhedsstyrelsen via DPSD.

Rapportering via DPSD er ikke umiddelbart velegnet til at kunne håndtere mere akutte problemstillinger, idet der vil kunne gå op til 3 måneder, inden indberetningen når SIS. Det understreges derfor, at hvis rapporteringen omfatter situationer, der ikke tåler denne ekstra ventetid, bør der sideløbende ske en direkte henvendelse til SIS om sagen.

Til brug i SIS' arbejde med data fra DPSD er der udvalgt en række søgeord, der skal sikre, at SIS modtager de rapporter, der har interesse ud fra et strålehygiejnisk synspunkt. Med udgangspunkt i rapporter fra 2005, har SIS defineret fire grupper, som er relevante for strålehygiejnen. Grupperingerne er således:

Gruppe	Definition
1	Hændelser, der udelukkende skyldes fejl i forbindelse med papirhåndtering, patientjournaler, kommunikation etc. Det er hændelser uden direkte patientkontakt.  <i>Eksempel: forkert patientidentifikation i forbindelse med bookning af røntgenundersøgelse. Dette kan f.eks. være patienter med samme navn eller lignende.</i>
2	Hændelser med direkte patientkontakt. Det er fejl ved behandlingen af patienten, f.eks. bestråling af forkert organ eller lignende, uden at dette er afstedkommet af de fejl, der er rubriceret under gruppe A.  <i>Eksempel: forkert anvendelse af kile betyder at røntgenoptagelsen skal tages om.</i>
3	Hændelser som følge af tekniske fejl.  <i>Eksempel: fodpedal til gennemlysning sætter sig fast pga. af undertryk, og medfører forøget dosis til patient.</i>
4	Øvrige hændelser, hvor der er sket stråleudsættelse af en patient, men som ikke umiddelbart hører hjemme i grupperne A, B eller C.

Rapporterne indgår nu i det forebyggende arbejde, som SIS udfører. Den viden, der bliver opsamlet gennem de utilsigtede hændelser, vil indgå i overvejelserne ved SIS regelfastsættende arbejde som myndigheden på området. Samtidig vil rapporterne blive brugt som baggrund for eksempler i den undervisning af blandt andre radiografstuderende, sygeplejersker og radiologer, som SIS står for. Endeligt overvejer SIS løbende i et nyhedsbrev at beskrive forekommende hændelser, og hvordan de kan forebygges.

Afslutningsvis skal det nævnes, at rapportering til SIS via DPSD kun omfatter situationer, der involverer patienter. Hvis der sker utilsigtet stråleudsættelse af personale eller andre personer, hvis radioaktive kilder bortkommer mv., eller der sker større forurening af personer, lokaler, udstyr eller miljøet, skal der som hidtil ske omgående rapportering direkte til Statens Institut for Strålehygiene.

## 6 Centrale organisationen omkring rapporteringssystemet

I august 2005 blev der i Amtsrådsforeningen vedtaget en handlingsplan for organisatoriske forbedringer omkring rapporteringssystemet DPSD. Som følge heraf blev der nedsat to fora: Et strategisk Forum for Patientsikkerhed og et Fagligt Forum for Patientsikkerhed, begge med sekretariatsfunktion i Sundhedsstyrelsen.

### 6.1 Strategisk Forum for Patientsikkerhed

Det Strategiske Forum for Patientsikkerhed er et rådgivende organ. I dette forum deltager seks repræsentanter udpeget af Amtsrådsforeningen (ARF) (en repræsentant fra hver af de kommende regioner samt en repræsentant fra ARF), to repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, en repræsentant fra sammenslutningen af privathospitaler i Danmark, en repræsentant fra Den Almindelige Danske Lægeforening, en repræsentant fra Dansk Sygeplejeråd, en repræsentant fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed og en repræsentant fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Det Strategiske Forum skal medvirke til at sikre videreudvikling af Rapporteringssystemet DPSD og medvirke til at koordinere arbejdet mellem Sundhedsstyrelsen og de regionale og lokale enheder.

### 6.2 Fagligt Forum for Patientsikkerhed

Det Faglige Forum er ligeledes et rådgivende organ. I dette forum deltager én repræsentant pr. kommende region. Deltagerne er primært beskæftiget med analyse af rapporter om utilsigtede hændelser i regionerne. Derudover deltager en repræsentant fra ARF samt to repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen.

Det faglige forum skal blandt andet drøfte forslag til fælles indsatsområder, uddannelsesbehov, praksis i forvaltning og administration af lov om patientsikkerhed med videre.

## 7 Indførelse af hændelsestyper og variable

Fra 1. januar 2006 har risikomanagere i amterne og H:S skullet kategorisere rapporter, før de indsendes til Sundhedsstyrelsen. Rapporterne skal kategoriseres i ni kategorier: Medicineringsfejl, patientfald, selvmord/selvordsforsøg, operative/invasive indgreb, anæstesi, forveksling/fejlkommunikation, kontinuitetsbrud, hjertestop/uventet dødsfald samt øvrige.

For hændelsestyperne medicinering og fald er endvidere implementeret variable, som ligeledes skal være udfyldt før indsendelse til Sundhedsstyrelsen. Definitioner på hændelsestyperne med videre er udsendt til risikomanagerne.

Der vil løbende blive implementeret nye variable under de forskellige hændelsestyper, og der vil ske en løbende evaluering i de to ovennævnte fora.

## 8 "Det er menneskeligt at fejle – og at lære"

I 2005 blev der på Københavns Universitet skrevet et afgangsspeciale af to psykologi studerende med titlen: ' Det er menneskeligt at fejle og at lære '. I specialet sættes fokus på læring fra Rapporteringssystemet til utilsigtede hændelser, specielt på vægningen mellem omstændighederne og den menneskelige faktor som årsag til utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet.

Et resumé af specialet er vedlagt som Bilag II.

## 9 English summary

### 9.1 The Act

On the 1<sup>st</sup> of January 2004 the Act on Patient Safety in the Danish Health Care System came into force.

A health care professional, who becomes aware of an adverse event in connection with a patient's treatment or stay in a hospital, shall report such event to the county councils.

The county councils shall receive record and analyse reports on adverse events for use in the improvement of patient safety and treatment and report the information to the National Board of Health.

The National Board of Health has established a national register for the adverse events and shall receive the above mentioned reports and on the basis of the information received advise the health care system on patient safety.

County councils are not allowed to disclose information about reporting health care professional's identity to anybody except people carrying out tasks concerning patient safety locally. A health care professional reporting an adverse event will not as a result of reporting be subjected to disciplinary investigations or measures by the employing authority, supervisory reaction by the National Board of Health or criminal sanctions by the courts.

## 9.2 Reports of adverse events

In 2004 and 2005 a total of 3626 and 9096 adverse events were reported to the National Board of Health, respectively. This is an increase of 150 percentages and interpreted as a culture change among health care professionals. The health care professionals now understand that it is of great value to inform about adverse events.

About 40 percentage of the adverse events reported were events concerning medication, 12 percentage operative or invasive procedures and 48 percentage other adverse events.

## 9.3 Publication from the National Board of Health

Every three month the National Board of Health publishes a news letter. Adverse events received in the previous three months and others news concerning patient safety and the reporting system are described.

Based on the information from different sources e.g. the adverse events reported, the risk managers in the councils and the Danish Medicines Agency, the National Board of Health publishes acute notices concerning patient safety.

Further, in 2005 The National Board of Health published a report concerning medication. This report is based on the adverse events concerning medication received in 2004, a total of 1803. In the reports a number of proposes for prevention of adverse events in connection with medication are included.

All publications are available on [www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk)

## 9.4 The future

In 2006 the Reporting system for adverse events will be evaluated. The purpose of this evaluation is to plan how and when the primary health care is included. Further, in the future it shall be possible for patients and the relatives to report the adverse events they have been involved in.

Based on the reports received in 2005 the National Board of Health has decided in 2006 to describe a national protocol for preventing wrong site, wrong procedure, wrong organ and wrong person surgery and to investigate methods for preventing suicides for hospitalized patients.



## 10 Bilagsfortegnelse

**Bilag I:** Risikovurdering af utilsigtede hændelser

**Bilag II:** "Det er menneskeligt at fejle – og at lære"

**Bilag III:** Amdsrådsforeningens og amternes/H:S overordnede aktiviteter omkring rapporteringssystemet DPSD

# Bilag I: Risikovurdering af utilsigtede hændelser

Sagsbehandleren i amtskommunerne/H:S 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 (hvor stor en skade kunne hændelsen teoretisk have forvoldt patienten) alvorlighedsgrad.

## Skadens omfang

**Katastrofal:** En af følgende:

- Død
- Varigt betydende funktionsstab/handikap, dvs. hvor mengraden var større end eller lig 15% for én patient (mengraden 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 mengraden var mindre en 15% for minimum én patient (mengraden 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: "Det er menneskeligt at fejle – og at lære"

Af Kirsten Lysholt og Mette Borg

Med Lov om patientsikkerhed er "læring" for alvor sat på dagsordenen i det danske sygehusvæsen. Patienternes sikkerhed afhænger af, at de danske hospitaler bliver såkaldt lærende organisationer. Kunsten i en lærende organisation er at gøre systematisk erfaringsopsamling til en integreret del af arbejdet; det er med andre ord væsentligt hele tiden at evaluere fortiden med henblik på at kunne gøre det bedste i fremtiden. I sundhedsregi fremstår systemet for rapportering af utilsigtede hændelser som det organisatoriske tiltag, der skal sikre denne konstante - og i dette tilfælde livsnødvendige - læring.

## Fokus på omstændigheder som forudsætning for læring

Ideologien bag rapporteringssystemet er, at læring står og falder med et fokus på omstændigheder frem for på mennesker. Dette såkaldte "systemperspektiv" hviler på den ide, at der grundlæggende ikke kan ændres ved menneskers fejlbarlighed: "Det er menneskeligt at fejle", siges det. Derfor søges fejl forhindret ved at sætte barrierer op i systemet; Ændring på arbejdsgange, udstyr og fysisk indretning (jf. Reason 1997, 2000). Det massive omstændighedsfokus har samtidig en omsorgsdragende og motiverende funktion: patientsikkerhedsarbejdet skal ikke forfalde til pegen-fingre-af-hinanden og skyldsspørgsmål. Tværtimod skal personalet inviteres til at tage åben og aktiv del i at lære af hændelserne. Det antages, at en sådan deltagelse kræver en radikal kulturændring – et skift i fokus fra sanktion til læring blandt sygehuspersonalet. Loven søger i selve sin udformning at tage højde for de barrierer for rapportering, der måtte være blandt personalet, som f.eks. frygt for retslig sanktion og kollegial kritik, ved at tilbyde et juridisk 'helle', hvor det ikke er afgørende *hvem*, der rapporterer, men *at* der rapporteres og tages fælles ansvar for læring.

## Hvor bliver læringen af?

Der ligger mange overvejelser, politiske kræfter og ressourcer bag rapporteringssystemet. Derfor er status nu 2 år efter dets indtog tankevækkende: Personalet er blevet gode – faktisk bedre end forventet – til at rapportere utilsigtede hændelser. Der *er* altså tilsyneladende skabt en kultur, hvor man gerne sætter sine erfaringer under lup. Men til trods for dette tyder noget på, at læring ikke *nødvendigvis* er givet med den måde, rapporteringssystemet er skruet sammen på: Selvom rapporter vælter ind, sker samme fejl nogle steder igen og igen. Desuden ved man, at vejledninger og retningslinier for korrekt praksis, der formidles til sygehusene, ikke altid følges optimalt af personalet (Årsrapport 2004 – DPSD); en bekymrende indsigt set i lyset af at læringen fra kerneårsagsanalyser af de rapporterede hændelser netop søges implementeret gennem vejledninger og retningslinier til personalet. Vi står således over for det paradoks, at rapporteringssystemet anvendes fuldt ud, men at den læring, som tiltaget skal afføde, ikke er givet hermed. Hvordan kan det være?

## Fokus på læring

Det er nærliggende at søge løsning på ovenstående paradoks ved at optimere rapporteringssystemet, f.eks. ved at gøre vejledningerne skarpere og udvide fejlkate-

gorierne. Med denne tilgang beholder man imidlertid samme sæt briller på med hvilke, man udformede systemet. Vi mener, at løsningen på paradokset i stedet skal findes gennem en kritisk undersøgelse af den teori om læring, som rapporteringssystemet tager afsæt i: Lærer mennesker overhovedet af vejledninger? Lærer mennesker bedst af at undersøge *fejl* i arbejdet? I vores speciale: "Det er menneskeligt at fejle – og at lære. En analyse af systemet for rapportering af utilsigtede hændelser som et læringstiltag i det danske sygehusvæsen" (Jensen og Jespersen 2005) har vi netop stillet sådanne spørgsmål og undersøgt rapporteringssystemet i lyset af moderne læringsteori – et sæt briller som inviterer os til at rette opmærksomheden mod nye steder i arbejdet med patientsikkerhed<sup>2</sup>.

To temaer er helt centrale, når vi anlægger en moderne vinkel på læring i arbejdet: 1. Læring er altid knyttet til en *social sammenhæng* og 2. Læring kan fremmes og hæmmes med det *sprog*, vi bruger på arbejdspladsen. Disse to pointer giver anledning til følgende fokusskift i relation til arbejdet med utilsigtede hændelser.

#### *Fra generelle vejledninger til det sociale læringsmiljø*

At læring er knyttet til en social sammenhæng betyder, at viden ikke kan overføres fra én sammenhæng til en anden. Det giver således ikke mening at føre viden fra kerneårsagsanalyser til sygehuspersonalet gennem generelle vejledninger. Læring sker i det lokale miljø, hvor man arbejder til daglig; man tilegner sig viden ved at få adgang til netop den praksis, man skal lære. Derfor kommer patientsikker adfærd til at hvile på, hvorvidt man som medarbejder har adgang til at observere og 'have fingrene i' den lokale arbejdspraksis. Dette har nemlig afgørende indflydelse på læring af korrekt udførelse af arbejdet og dermed på forebyggelse af fejl. At gøre en indsats for patienternes sikkerhed garanteres altså ikke ved at udfylde rapporteringsskemaer, lave præcise fejlanalyser og læse universelle vejledninger. Læring sikres i langt højere grad ved at kigge på den måde, mennesker er sammen på i et konkret arbejdsfællesskab og især på den måde, hvorpå nye og mindre erfarne kollegaer inddrages i det fælles arbejde og får del i de erfarnes viden. At yngre læger og overlæger ikke drikker morgenkaffe sammen, som det er tilfældet på nogle afdelinger, kan også have betydning for patientsikkerheden, da der her udveksles vigtig information om arbejdsgange, fortælles historier om særlige udfordringer og håndteringen heraf mv. Vi må med andre ord se på, hvordan vi både giver og får mulighed for at deltage i formelle såvel som uformelle arbejdsituationer.

#### *Fra patientsikkerhed til patientsikkerhed*

En anden vigtig antagelse i moderne læringsteori er, at vi skaber fremtiden gennem vores opmærksomhedsfokus og vores sprog. Det betyder, at retter vi vores opmærksomhed og sprog mod fejl og mangler, er vi med til at skabe en verden i disses tegn. Et organisationsudviklingstiltag som rapporteringssystemet, der hovedsageligt tager afsæt i alt det 'utilsigtede', inviterer på uheldig vis til et problem-

---

<sup>2</sup> I afhandlingen forholder vi os til rapporteringssystemets læringspotentiale som en teoretisk problemstilling. Når vi sætter spørgsmålstejn herved er det altså ikke med belæg i empiriske studier af, hvorvidt læring er et resultat af rapporteringssystemet (det er jo endnu for tidligt) men med det formål at udfordre gældende antagelser og invitere til ny indsigt som forhåbentlig kan inspirere det praktiske arbejde med patientsikkerhed.

fokus og mangelsprog, hvilket giver læring trange kår. Er vores øjne rettet mod de fejl, vi laver, og er det fejl, vi konstant taler om – ja, så er det dét at begå fejl, vi lærer noget om. At analysere fejl til bunds, som ved kerneårsagsanalysen, lærer os således meget om, hvordan vi *ikke* skal gøre, og vi får skabt en verden i patient-usikkerhedens tegn. Denne fejlorientering blænder helt for de mange gange, hvor der faktisk er patientsikkerhed til stede. Er fokus rettet mod de situationer, hvor det lykkes at medicinere korrekt, hvor blodprøverne ikke forbyttes osv. lærer vi derimod, hvad det vil sige at udøve patientsikker adfærd. Tag f.eks. 'nærhændelserne', som også rapporteres i dag: I stedet for at undersøge, hvorfor det *næsten* gik galt, ville det være langt mere lærerigt at udforske, hvorfor det *netop ikke* gik galt. På denne måde får visionen om patientsikkerhed på konstruktiv vis lov at bane vejen for fremtiden.

### **Læring handler om mennesker – ikke omstændigheder**

Samlet set karakteriserer ovenstående læring en proces, hvor mennesker aktivt ændrer på sig; det være sig måden, hvorpå man er sammen i et arbejdsfællesskab såvel som måden, hvorpå man undersøger sine gjorde erfaringer. Denne grundlæggende pointe om læring harmonerer dårligt med rapporteringssystemets læringsteori; systemperspektivet, hvor mennesket ses som uheldbredeligt fejlbarligt (jf. Reason 2000). Det virker således paradoksalt at stadfæste, at 'det er menneskeligt at fejle' og herefter se fuldstændigt bort fra mennesker i forståelsen af disse fejl. Med den tunge vægtning af omstændigheder risikerer man ansvarsfralæggelse frem for ansvarstagen – for hvem tager ansvar for at forandre sine handlinger, når signalet indirekte er, at forandring af mennesker er umulig? Patientsikkerhedsarbejdet bør i højere grad tage sigte på at udvikle mennesker – herunder sociale samarbejdsrelationer og kommunikation frem for omstændigheder! Det handler absolut *ikke* om at skulle tilbage til et skyldsfokus men om at have en tro på, at mennesker er læringsdygtige og i stand til at tage ansvar for en fælles ønsket fremtid. Det er menneskeligt at fejle – og at lære!

### **Referencer**

- Jensen, M. B. & Jespersen, K. (2005): "Det er menneskeligt at fejle – og at lære. En analyse af systemet for rapportering af utilsigtede hændelser som et læringstiltag i det danske sygehusvæsen". Kandidatafhandling ved hhv. Københavns og Aarhus Universiteter.
- Reason, J. (1997): *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot: Ashgate.
- Reason, J. (2000): *Human error: models and management*. I: *BMJ* 2000; 320, p. 768-770.
- Sundhedsstyrelsen (2005): Årsrapport 2004 – DPSD DanskPatient-Sikkerheds-Database. København: Sundhedsstyrelsen.

Afhandlingen er skrevet som afslutning på forfatterens uddannelse til (erhvervs)psykologer inspireret af praktikophold i udviklingsafdelingerne på to danske hospitaler.

Afhandlingen kan rekvireres elektronisk ved at skrive en mail til:

[Kirsten@lysholt.net](mailto:Kirsten@lysholt.net)

eller

[Metteborg@hotmail.com](mailto:Metteborg@hotmail.com)

## Bilag III: Amtsrådsforeningens og am- ternes/H:S overordnede aktiviteter om- kring rapporteringssystemet DPSD

Et centralt omdrejningspunkt for Amtsrådsforeningens og H:S/amternes mere overordnede og generelle arbejde med DPSD i 2005 har været udarbejdelsen af *Handlingsplan for organisatoriske forbedringer omkring rapporteringssystemet DPSD*. Dette arbejde skete i tæt samarbejde med Sundhedsstyrelsen.

Handlingsplanen blev i løbet af 2005 godkendt af amternes og H:S' Temagrube for Kvalitet og Service og amtssundhedsdirektørerne, og gav herefter anledning til organisatoriske ændringer i de fora som knytter sig til DPSD, samt til visse tekniske justeringer i selve rapporteringssystemet. En konsekvens af handlingsplanen var bl.a. en reorganisering af det hidtidige Kontaktforum til fordel for to fora, hhv. et Fagligt og Strategiske Forum for patientsikkerhed i relation til DPSD. Begge fora betjenes af Sundhedsstyrelsen og i det Strategiske Forum er sundhedsvæsnets mange aktører bredt repræsenteret.

Efter aftale mellem Sundhedsstyrelsen og Amtsrådsforeningen nedsatte amterne og Amtsrådsforeningen en teknisk arbejdsgruppe, bestående af daglige amtslige brugere af DPSD, for igennem disse personer at få kortlagt omfanget af systemproblemer i DPSD og komme med konkrete løsningsforslag.

Amtsrådsforeningens og amterne produktive engagement i udarbejdelse af såvel tekniske løsningsforslag som i mere overordnede anbefalinger til organisatoriske forbedringer omkring DPSD, har sin parallel i de mere end 11000 hændelser som er indsendt til Sundhedsstyrelsen. Til sammen udtrykker dette et klart signal om, at rapportering og læring af utilsigtede hændelser spiller en vigtig rolle i et moderne og kvalitetsbevidst sundhedsvæsen.

**Københavns Amts bidrag til årsrapport for DPSD 2005**

Amt	Københavns Amt
<p>Diagram/procesbeskrivelse  (Valgfri)</p>	<p><b>Patientsikkerhedsorganisation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amtslig risikomanager</li> <li>• Lokale risikomanagere</li> <li>• Patientsikkerhedsrepræsentanter</li> </ul> <p>Personalet rapporterer UTH via www.dpsd.dk. Sygehusets/Psykiatriens risikomanager modtager besked herom, kvitterer for modtagelsen, anonymiserer hændelsen og orienterer den relevante ledelse. Afdeling ansvarlig for handleplan for hændelser SAC 1-2. Kerneårsagsanalyse ved SAC-3 med læringspotentiale. Sygehusets/Psykiatriens risikomanager indsender UTH til DPSD efter endt sagsbehandling.</p>
<p><b>Aktiviteter i og omk. DPSD i 2005</b></p>	<p>Deltagelse i Teknisk arbejdsgruppe vedr. DPSD Løbende kontakt til SST mhp. optimering af analysemodulets funktioner</p>
<p><b>TEMA:</b> Resultater og erfaring med DPSD (2004- 2005) og andre UTH relaterede patientsikkerhedsaktiviteter</p>	<p>Har anvendt statistikmodul meget, kan udtrække mange informationer, men processen er tidskrævende, da validering af søgeresultat er vanskelig pga. manglende gennemskuelighed af filtrering og prioritering af data.</p> <p>Vi anvender de udtrukne data til at følge udviklingsmønstre i UTH på tværs i amtet. Dette kræver efterfølgende manuel bearbejdelse.</p> <p>Amtet har gennemført aggregeret analyse af medicinerigs- og faldhændelser på baggrund af udtræk fra DPSD og manuel grupperinger.</p> <p>Netværksmøder med risikomanagere og patientsikkerhedsrepræsentanter afholdes regelmæssigt for vidensdeling.</p> <p>Amtet har uddannet 150 patientsikkerhedsrepræsentanter, fordelt på sygehuse og i psykiatrien.</p>
<p><b>Publikationer, hjemmesider, links</b></p>	<p>Amtslig hjemmeside om patientsikkerhed projekteret</p>
<p><b>Kontaktinformation i amtet</b></p>	<p>Rikke Maaløe, overlæge, ph.d. Enhed for Patientsikkerhed, KAS Herlev 110-16, Herlev Ringvej 75, 2730 Herlev E-mail: Rikmaa01@shf.kbhamt.dk</p>



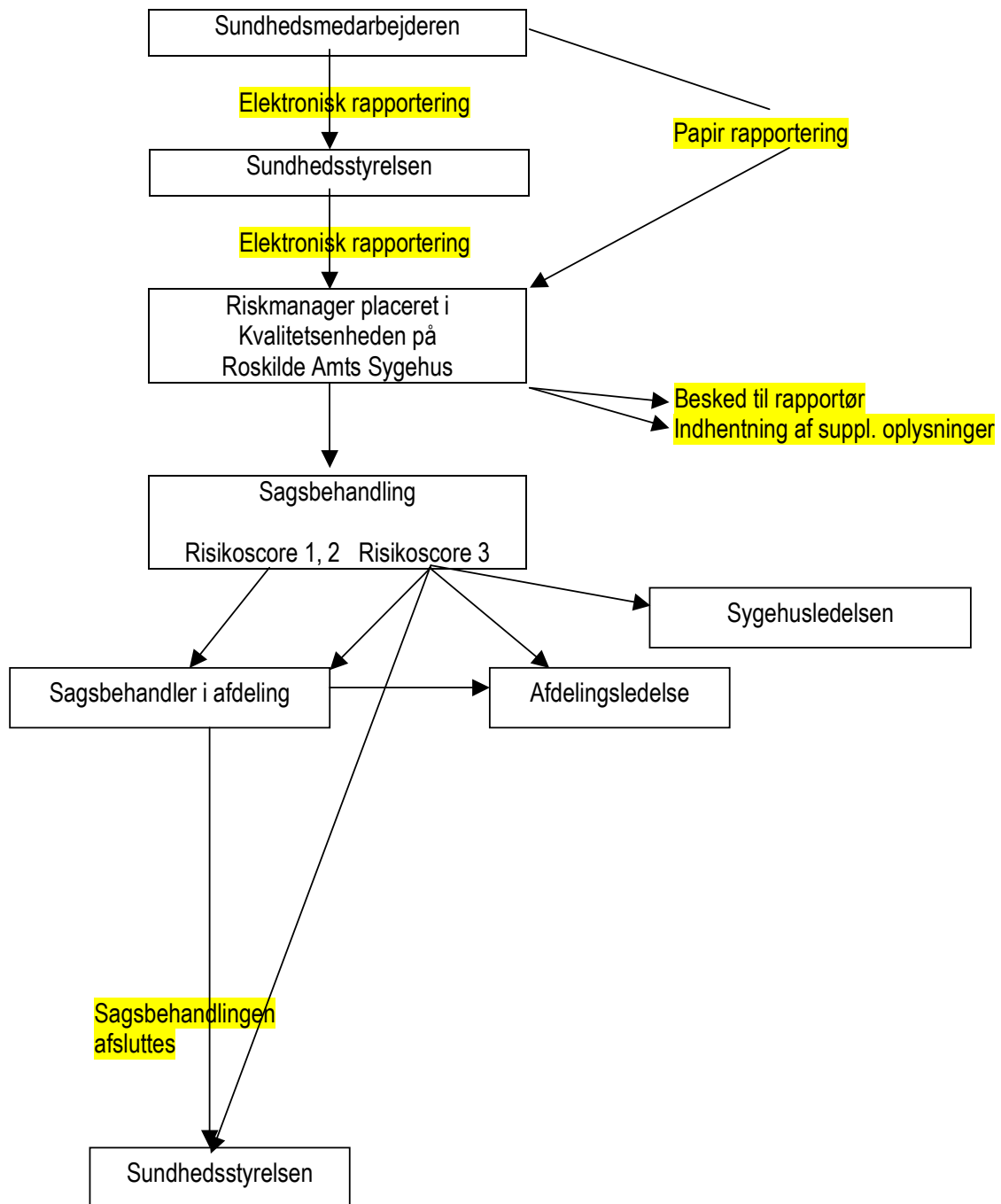
**Frederiksborg Amts bidrag til årsrapport for DPSD 2005**

<b>Amt</b>	<b>Frederiksborg Amt</b>
<b>Diagram/procesbeskrivelse</b>  (Valgfri)	Hændelser rapporteres via de PatientSikkerhedsAnsvarlige i FunktionsEnhederne til RiskEnheden. RiskEnheden deltager i analyse af hændelserne og rapporterer videre til Sundhedsstyrelsen. Riskenheden er organisatorisk indplaceret i amtets Kvalitetsafdeling, FoQUS.  Respons på hændelserne (feed-back og forebyggelsestiltag) varetages i de enkelte FunktionsEnheder i samarbejde mellem de PatientSikkerhedsAnsvarlige og disses ledelser. RiskEnheden understøtter det lokale arbejde og bidrager til koordinering og videndeling på tværs af amtet.
<b>Aktiviteter i og omk. DPSD i 2005</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbejde med Sønderjyllands Amt, SST og Pentia omkring videreudvikling af DPSD.</li> <li>• Deltagelse i Teknisk Arbejdsgruppe vedr. DPSD.</li> <li>• Deltagelse i udarbejdelsen af handlingsplan vedr. DPSD.</li> <li>• Deltagelse i mindre arbejdsgruppe mhp udarbejdelse af forslag til justeringer af DPSD</li> </ul>
<b>TEMA:</b> Resultater og erfaring med DPSD (2004- 2005) og andre UTH relaterede patientsikkerhedsaktiviteter	<p><b>Sikkerhedskultur</b> Frederiksborg amt har i 2005 arbejdet med en fortsat udvikling af sikkerhedskulturen. En række forberedende aktiviteter er gennemført mhp fremtidig måling af sikkerhedskulturen vha procesværktøj til brug i de enkelte FunktionsEnheder.</p> <p><b>Videndeling &amp; læring</b> Der er afholdt møder i netværket af patientsikkerhedsansvarlige med fokus videndeling og læring på tværs af amtet.</p> <p><b>Medicinering</b> På baggrund af de mange rapporterede medicineringshændelser er der indgået samarbejde med Sønderjyllands Amt og FORCE Technology om analyse og forebyggelse af hændelser i forbindelse med medicin håndtering.</p> <p><b>Forveksling/fejlkommunikation</b> En stor gruppe af hændelsesrapporter vedr. skriftlig kommunikation har givet anledning til planlægning af en aggregeret analyse. Arbejdet påbegyndes januar 2006.</p>
<b>Publikationer, hjemmesider, links</b>	<a href="http://www.foqus.fa.dk">www.foqus.fa.dk</a>
<b>Kontaktinformation i amtet</b>	RiskEnheden, FoQUS Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen Helsevej 2, opg. 50B 3400 Hillerød Tlf.: 4829 4664 mailto: riskenhed@fa.dk

**Roskilde Amts bidrag til årsrapport for DPSD 2005**

<b>Amt</b>	<b>Roskilde Amts Sygehus, Roskilde og Køge</b>
<b>Diagram/procesbeskrivelse</b>  (Valgfri)	Jf. venligst vedlagte bilag.
<b>Aktiviteter i og omk. DPSD i 2005</b>	<p>I 2005 er i alt indberettet 360 sager på Roskilde Amts Sygehus, Roskilde og Køge og heraf er antaget 339 til videre sagsbehandling. Til sammenligning blev rapporteret 301 sager i 2004 og heraf blev antaget 273 til videre sagsbehandling.</p> <p>Hændelserne havde følgende fordeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicineringsfejl: 128 (37,7%)</li> <li>• Anden hændelse af alvorlig karakter: 164 (48,3%)</li> <li>• Operativ/invasiv indgreb: 47 (13,8%)</li> </ul>
<b>TEMA:</b> Resultater og erfaring med DPSD (2004- 2005) og andre UTH relaterede patientsikkerhedsaktiviteter	<p>Af særlige indsatsområder i 2004 - 2005 kan nævnes arbejdet med etableringen af en patientsikkerhedsorganisation på Roskilde Amts Sygehus og herunder især uddelegering af sagsbehandlingen til afdelingerne, fortløbende afholdelse af undervisning og kurser. Endvidere er udarbejdet 3 kerneårsagsanalyser, samt opstartet en aggregeret kerneårsagsanalyse af hændelser relateret til medicinering.</p> <p>Alle relevante afdelinger på sygehuset har fået tilbud om uddannelse af egne sagsbehandlere. Uddannelsen har fungeret som 1- 2 dages sidemandsoplæring i sygehusets Kvalitetsenhed. Aktuelt har 8 afdelinger egen sagsbehandler og den afdelingsvise opgørelse over antal indberetninger i 2005 peger på at de afdelinger, som har egen sagsbehandler, har større tendens til at indberette utilsigtede hændelser.</p> <p>Erfaringerne med DPSD og tilbagemeldingerne fra sygehusets sagsbehandlere peger bl.a. på, at spørgsmålene i relation til årsagsklassifikationen er problematiske at arbejde med. Spørgsmålene er i flere tilfælde uklart formulerede, og det skaber tvivl om klassificering af hændelserne i sagsbehandlingen.</p>
<b>Publikationer, hjemmesider, links</b>	<p>Roskilde Amts Sygehus har i 2005 udarbejdet pjecen ”Indberetning af utilsigtede hændelser”, som er udsendt til samtlige medarbejdere.</p> <p>Endvidere udarbejdes en årlig statusrapport over arbejdet med patientsikkerhed, som udsendes til alle afdelingsledelser og nøglepersoner.</p>
<b>Kontaktinformation i amtet</b>	<p>Kvalitetsenheden Roskilde Amts Sygehus Køgevej 7-13, opgang 27 4000 Roskilde Tlf: 47321190</p>

# Amternes bidrag til statusrapport for DPSD



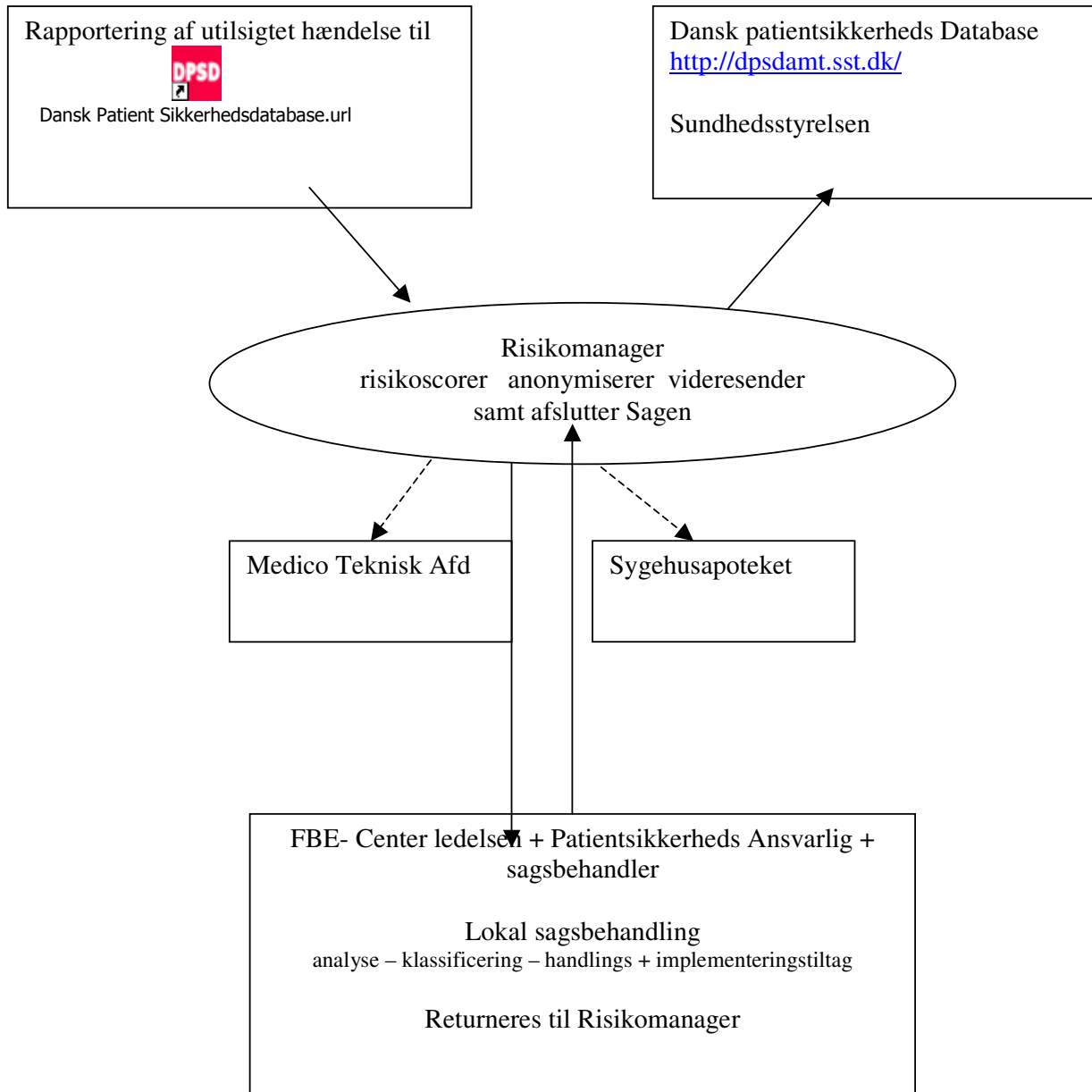
**Vestsjællands Amts bidrag til årsrapport for DPSD 2005**

<b>Amt</b>	<b>Vestsjællands Amt</b>
<b>Diagram/procesbeskrivelse</b> (Valgfri)	Se vedlagte bilag: Arbejdsgangen for rapportering af utilsigtede hændelser i Vestsjællands Amt.
<b>Aktiviteter i og omk. DPSD i 2005</b>	Amtets Visitator og Centrenes Riskmanagers har dannet Patientsikkerhedsnetværk og afholdt møder 10 gange i 2005. Opgaver i 2005 og 2006: Rapporterne, Patientsikkerhedsstandarder, udvalgte procedure med forbedringspotentialer og Temarapporten - 2005 Medicinering. Afholdt Patientsikkerhedsseminar 14. sept. 2005
<b>TEMA:</b> Resultater og erfaring med DPSD (2004- 2005) og andre UTH relaterede patientsikkerhedsaktiviteter	Henviser til: Notat – Amtsrådsforeningen – sags.nr.05/4545/ Vurdering af DPSD med henblik på nødvendige justeringer til forbedring af rapporteringssystemets funktionalitet. Her er der en lang, lang mangelliste som fortsat er ganske aktuel i V.A.
<b>Publikationer, hjemmesider, links</b>	
<b>Kontaktinformation i amtet</b>	Bodil Knokgaard Kvalitetskoordinator Sundhedssekretariatet Vestsjællands Amt Tlf. direkte: 57872476

**Storstrøms Amts bidrag til årsrapport for DPSD 2005**

<b>Amt</b>	<b>Storstrøms Amt / Storstrømmens Sygehus</b>
<b>Diagram/procesbeskrivelse</b> (Valgfri)	Se vedlagte bilag: Oversigt over Rapporterings- og Sagsbehandling forløbet.
<b>Aktiviteter i og omk. DPSD i 2005</b>	Der er uddannet 114 patientsikkerhedsansvarlige nøglepersoner i somatikken og 15 i psykiatrien. Risikomanager har i 2005 afholdt vejledning af patientsikkerhedsansvarlige nøglepersoner i sagsbehandling og analyse af utilsigtede hændelser (UTH) på diverse afsnit. Herudover er der ydet individuel rådgivning.
<b>TEMA:</b> Resultater og erfaring med DPSD (2004-2005) og andre UTH relaterede patientsikkerhedsaktiviteter	Der er i 2005 rapporteret 355 UTH. Risikoscores fordelte sig på følgende kategorier: 11 ingen score, 272 score 1, 54 score 2 og 18 score 3. Hændelseskategorierne var: 129 "medicinering", 45 "operativt/invasivt indgreb" og 181 "anden alvorlig hændelse. Seks sager med risikoscore 3 er afsluttet med kerneårsagsanalyse. Herudover er der iværksat kampagne med de "10 Gode Råd til patienter om patientsikkerhed". Materialet indgår i introduktionen af nyansatte, er tilgængeligt for patienterne under indlæggelse og lagt på sygehusets hjemmeside. Patientsikkerhedsdatabasen DPSD er blevet forbedret gennem 2005 og dermed mere brugervenlig. Der henstår dog stadig en del problemer som forventes løst i 2006.
<b>Publikationer, hjemmesider, links</b>	På Storstrøms Amts intranet er der et link omhandlende Patientsikkerhed, hvor det samlede oplysnings- og undervisningsmateriale, organisationsstruktur, vejledninger i forbindelse med rapportering og analyse af utilsigtede hændelser, relevante links og litteratur henvisninger er tilgængeligt. Linket er primært beregnet til Patientsikkerhedsansvarlige nøglepersoner og ledere indenfor sundhedsvæsenet, men er tilgængeligt for alt sundhedspersonale ansat på sygehuset og i psykiatrien i Storstrøms Amt. Linket vedligeholdes af Risiko Manager og er også beregnet til nyhedsformidling vedr. arbejdet med patientsikkerhed lokalt, regionalt og nationalt.
Kontaktinformation i amtet	Hilde Cloos Oversygeplejerske Sygehusledelsen Tlf. 55729000 - tast lok. 3829 Suhcl@stam.dk Storstrømmens Sygehus 4700 Næstved

### Oversigt over Rapporterings- og Sagsbehandling forløbet



**Bornholms Regionskommunes bidrag til årsrapport for DPSD 2005**

Amt	Bornholms Regionkommune
<p><b>Diagram/procesbeskrivelse</b> <i>(Valgfri)</i></p>	<p>På Bornholms Centralsygehus anvendes DPSD udelukkende, hvilket betyder at der ikke internt på sygehuset arbejdes med andre rapporteringssystemer.</p>
<p><b>Aktiviteter</b></p>	<p>Der er iværksat mange tiltag på afdelingsniveau. Af overordnede temaer kan følgende, som konsekvens af rapporteringer og centrale anbefalinger, nævnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Håndhygiejne</li> <li>➤ Faldscreening</li> <li>➤ Ernæringscreening</li> <li>➤ Medicinering, inkl. afbrydelsesfrizoner</li> <li>➤ Id – sikring mod forveksling af skriftlige dokumenter</li> <li>➤ Indarbejdet <b>5-trin</b> for at forebygge forvekslingskirurgi</li> <li>➤ Afskaffelse af Infusionspumper uden friløbshindring.</li> </ul> <p>For ovenstående er der udarbejdet overordnede tværgående vejledninger og instrukser, gennemført undervisning og andet supplerende materiale. Implementering monitoreres med audit såvel intern som ekstern. Udviklingen i antallet af rapporterede hændelser for områderne vurderes løbende.</p>
<p><b>TEMA:</b> Resultater og erfaring med DPSD (2004- 2005) og andre UTH relaterede patientsikkerhedsaktiviteter</p>	<p>Det interne arbejde i forbindelse med implementering af lov patientsikkerhed har, i forhold til DPSD, været højest prioriteret.</p> <p>Med hensyn til erfaringer med DPSD tilslutter Risk Manageren på Bornholms Centralsygehus sig til konklusioner og anbefalinger beskrevet i rapporten udgivet af arbejdsgruppen, hvis formål har været at komme med vurdering af og forslag til at forbedre DPSD.</p>
<p><b>Publikationer, hjemmesider, links</b></p>	<p>Der er udarbejdet internt materiale vedrørende ovenstående tiltag.</p>
<p><b>Kontaktinformation i amtet</b></p>	<p>Anette Kragh, Risk Manager, Bornholms Centralsygehus <a href="mailto:anette.kragh@bcpsygehus.dk">anette.kragh@bcpsygehus.dk</a></p>

**Fyns Amts bidrag til årsrapport for DPSD 2005**

Amt	Fyns Amt
<p><b>Diagram/procesbeskrivelse</b>  (Valgfri)</p>	<p>Rapporteringen skal ske snarest muligt og senest 7 dage efter man er blevet opmærksom på hændelsen. For ansatte i sygehusvæsnet skal rapporteringen ske til den afdeling, der er ansvarlig for behandlingen i relation til hændelsen. Rapporteringen skal ske til den patientsikkerhedsansvarlige i afdelingen. En utilsigtet hændelse rapporteres af den sundhedsprofessionelle enten direkte i <a href="http://www.dpsd.dk">www.dpsd.dk</a>, eller i nogle tilfælde opsamles papirrapporter lokalt på afdelingsniveau og indtastes af person fra afdelingen. I flere tilfælde sendes papirrapport til Fyns Amt Enhed for Klinisk Patientsikkerhed til indtastning i den nationale database, men dette er ikke den ønskede arbejdsgang. Alle afdelinger opsamler lokalt egne rapporter for videre analyse og opfølgning.</p> <p>For sundhedspersoner udenfor sygehusene der erfarer om hændelser skal der rapporteres direkte til Fyns Amt Enhed for Klinisk Patientsikkerhed.</p> <p>På afdelingsniveau skal der ske en risikoscore af hændelsen i henhold til "Vejledning i at vurdere en hændelse". Der skal eventuelt søges uddybende oplysninger, der skal tages stilling til handling og eventuel behov for kerneårsagsanalyse, og sagen skal sendes til Fyns Amt Enhed for Klinisk Patientsikkerhed. Hændelser med score 1 og 2 håndteres efter afdelingens egne retningslinier. Hændelser med score 3 anbefales analyseret med kerneårsagsanalyse iht. vejledning herom og afklaring heraf sker i dialog mellem afdelingsledelse og Fyns Amt Enhed for Klinisk Patientsikkerhed. Afdelingsledelse og Fyns Amt Enhed for Klinisk Patientsikkerhed indstiller derefter til centerchef/områdeledelse, der har det endelige beslutningsansvar.</p> <p>Enheden samler data og sikrer videreformidling af de rapporteringsforpligtigede hændelser til Sundhedsstyrelsen. Enheden skal anonymisere hændelserne inden videresendelse.</p>
<p><b>Aktiviteter i og omk. DPSD i 2005</b></p>	<p>Se nedenstående</p>



<p><b>TEMA:</b> Resultater og erfaring med DPSD (2004- 2005) og andre UTH relaterede patientsikkerhedsaktiviteter</p>	<p>Fundamentet i patientsikkerhedsarbejdet i Fyns Amt er den lokale læring, der sker, når man i den enkelte afdeling drøfter og analyserer sine egne UTH, samt implementerer forebyggende tiltag. Fyns Amt Enhed for Klinisk Patientsikkerhed bidrager ad hoc til denne proces. Flere afdelinger har nedsat en intern patientsikkerhedsgruppe, der gennemfører analyse af egne UTH med score 1 og 2.</p> <p>Derudover gennemføres i samarbejde mellem afdelinger og Fyns Amt Enhed for Klinisk Patientsikkerhed kerneårsagsanalyser, aggregerede kerneårsagsanalyser og audit af udvalgte hændelser. Rapporterne er afdelingernes arbejdsredskab til læring. Godkendte resuméer af kerneårsagsanalyser fremlægges i Kvalitetsudvalget for Fyns Amts Sygehusvæsen og er en del af referatet fra disse møder. Referaterne er tilgængelige på intranettet og resuméerne forventes således at anvendes i læringsammenhænge.</p> <p>Fyns Amt Enhed for Klinisk Patientsikkerhed udsender en årsrapport.</p> <p>På baggrund af udmeldte ”Specifikke patientsikkerhedsstandarder” fra Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Patientsikkerhed er der udarbejdet en fælles amtslig klinisk retningslinie til forebyggelse af forvekslingskirurgi. På baggrund af rapporteringer og de udmeldte anbefalinger forventes nedsat arbejdsgruppe til udarbejdelse af ”Politik og standarder for medicoteknisk udstyr, Odense Universitetshospital”.</p> <p>Der er udpeget proceskonsulenter i de to sygehusområder til uddannelse i varetagelse af kerneårsagsanalyser. Proceskonsulenterne mødes med Fyns Amt Enhed for Klinisk Patientsikkerhed og drøfter de gennemførte analyser, samt planlægger fremtidige analyser.</p> <p>Der afholdes statusmøder for netværk af patientsikkerhedsansvarlige 1 – 2 gange årligt, hvor årsrapport og læring er temaer.</p>
<p><b>Publikationer, hjemmesider, links</b></p>	<p>Links til intranettet på henholdsvis Odense Universitetshospital og Sygehus Fyn om patientsikkerhed. Årsrapport 2004. Nyhedsbrev NEFA</p>
<p><b>Kontaktinformation i amtet</b></p>	<p>Sundhedsfaglig konsulent Anamari Søgaard Fyns Amt Enhed for Klinisk Patientsikkerhed</p>

**Sønderjyllands Amts bidrag til årsrapport for DPSD 2005**

<b>Amt</b>	<b>Sønderjyllands Amt</b>
<p><b>Diagram/procesbeskrivelse</b> <i>(Valgfri)</i></p>	<p>Diagram el. procesbeskrivelse over sagsgangen/håndtering af UTH i amtet Hændelserne rapporteres primært på papir til afdelingsledelser, idet man har valgt at rapportere alle hændelser. Afdelingsledelserne har det primære ansvar for analyse og opfølgning på de rapporterede hændelser.</p>
<p><b>Aktiviteter i og omk. DPSD i 2005</b></p>	<p>I samarbejde med Frederiksborg amt arbejdet på en tilpasset version af DPSD. Arbejdet blev afsluttet med en samlet oversigt over ønsker og mangler. Arbejdet er derefter lagt i nationale faglige forum mhp. samlet national prioritering af forbedringer.</p>
<p><b>TEMA:</b> Resultater og erfaring med DPSD (2004- 2005) og andre UTH relaterede patientsikkerhedsaktiviteter</p>	<p>Opgørelse og analyse af medicineringshændelser 2004. Resultatet er en temarapport, som pt. følges op af nærmere analyser af indretning af medicinskabe samt projektoplæg med mere grundige analyser. Alle utilsigtede hændelser rapporteres på De Sønderjyske Sygehuse. Der foretages analyse af score 3 hændelser og andre alvorlige hændelser samt hændelser, der er mange af.</p>
<p><b>Publikationer, hjemmesider, links</b></p>	<p>Rapport vedr. analyse af medicineringshændelser er tidligere fremsendt. Kan findes på kvalitetsafdelingens hjemmeside: <a href="http://www.skruen.sja.dk/Kvalitet">www.skruen.sja.dk/Kvalitet</a></p>
<p><b>Kontaktinformation i amtet</b></p>	<p>Overlæge Birgit Viskum Kvalitetsafdelingen Sundhedsforvaltningen Skelbækvej 2 6200 Aabenraa</p>

**Ribe Amts bidrag til årsrapport for DPSD 2005**

Amt	Ribe
<b>Diagram/procesbeskrivelse</b>	<p>En utilsigtet hændelse rapporteres direkte i <a href="http://www.dpsd.dk">www.dpsd.dk</a> af den sundhedsprofessionelle. Alternativt rapporteres der på skema, som PSA/lokal ledelse eller i enkelte tilfælde Kvalitetsenhedens sekretær indtaster i <a href="http://www.dpsd.dk">www.dpsd.dk</a>. Hændelsesrapporten registreres i lokal database mhp kategorisering af</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hændelsestype (22 kategorier)</li> <li>• hvor hændelsen fandt sted ( SKS-koder ikke up-to date i dpsd.dk)</li> <li>• initial score</li> </ul> <p>Papirkopi af hændelsen(score 1 og 2) sendes herefter til PSA mhp inden 6 uger at udfylde en matrix med:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PSA score</li> <li>• hvordan der er fulgt op</li> </ul> <p>Herefter registreres PSA score og den lokale opfølgning i SVS` s lokale database og afsluttes herefter såvel her som i DPSD.dk</p> <p>Score 3 hændelser udløser en kerneårsagsanalyse/systemanalyse. Dette aftales mellem risikomanager og PSA/lokal ledelse.</p>
<b>Aktiviteter i og omk. DPSD i 2005</b>	<p>Rapportering til dpsd foretages lokalt efter oplæring af den enkelte sundhedsprofessionelle/den patientsikkerhedsansvarlige.</p>
<b>TEMA:</b> Resultater og erfaring med DPSD (2004- 2005) og andre UTH relaterede patientsikkerhedsaktiviteter	<p>I slutningen af 2005 er der iværksat et pilotprojekt mhp hvordan der kan etableres en systematisk læring fra rapporterede UTH.</p>
<b>Publikationer, hjemmesider, links</b>	<p>Årsrapport 2004 Penicillin adm. til ptt, trods nedskrevne advarsler i form af journalnotat om allergi eller cave i medicinmodul. Aggregeret kerneårsanalyse</p>
<b>Kontaktinformation i amtet</b>	<p>Ragnhild Kallestrup Kvalitetskoordinator <a href="mailto:rk@ribeamt.dk">rk@ribeamt.dk</a></p>

**Vejle Amts bidrag til årsrapport for DPSD 2005**

<b>Amt</b>	<b>Vejle</b>
<p><b>Diagram/procesbeskrivelse</b> <i>(Valgfri)</i></p>	<p>En utilsigtet hændelse rapporteres af den sundhedsprofessionelle; dette kan ske direkte i <a href="http://www.dpsd.dk">www.dpsd.dk</a>, men i nogle tilfælde opsamles papirrapporter lokalt på afdelingsniveau og indtastes af person fra afdelingen. I enkelte tilfælde sendes papirrapport til Enhed for Klinisk Kvalitet (EKK) eller sygehusets kvalitetskoordinator (KK), men dette er ikke den ønskede arbejdsgang. Alle afdelinger opsamler lokalt sine egne rapporter for videre analyse og opfølgning</p> <p>EKK eller KK tager ved behov kontakt til den rapporterende afdeling. Formålet med denne kontakt er</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- at sikre, at hændelsen er beskrevet tilstrækkeligt og forståeligt</li> <li>- at sikre risikoscoren</li> <li>- at formidle relevant viden fra KK/EKK til afdelingen</li> <li>- at rejse spørgsmålet om kerneårsagsanalyse eller anden særlig analyse, når dette er aktuelt.</li> </ul> <p>Kerneårsagsanalyse skal overvejes ved faktisk score 3 hændelse. EKK indstiller i samråd med den berørte afdelingsledelse til sygehusledelsen, om der skal foretages KÅA, hvorefter sygehusledelsen træffer den endelige beslutning.</p> <p>Ansvaret for at sikre analyse og opfølgning af den enkelte hændelse ligger hos afdelingsledelsen. Der sker ingen systematisk central opfølgning af samtlige udførte lokale analyser og tiltag.</p> <p>EKK har ansvaret for at sikre, at viden, der bør udbredes til andre afdelinger i amtet eller til det nationale netværk for risikomanagere, bliver dette. Takket være sin fysiske placering på medicoteknisk afdeling har EKK også i en række tilfælde haft let ved at formidle kontakt med medicoteknisk ekspertise, når det har været relevant for at belyse og følge op på en hændelse.</p> <p>Oplysninger om det månedlige antal rapporter, fordelt på hændelsestype, sygehus og afdeling, kan ses på amtets ledelsesinformationssystem.</p> <p>EKK udsender et nyhedsbrev hvert kvartal samt en årsrapport</p>

<b>Aktiviteter i og omk. DPSD i 2005</b>	<p>Det væsentligste udbytte af hændelsesrapporteringen har været den læring, der er sket lokalt i afdelingerne, og den kulturændring, som arbejdet med utilsigtede hændelser med et systemperspektiv medfører.</p> <p>Blandt aktiviteter på amtsligt plan, foranlediget af rapporter til DPSD; kan følgende nævnes:</p> <p>Konkrete hændelser i Vejle amt har givet anledning til tre forslag til nationale tiltag:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Nationalt varenummersystem for lægemidler</li><li>- Ændring af nummereringssystem for hofteproteser for at mindske forvekslingsrisiko</li><li>- Forslag til forbedret alarm på BIPAP-apparat</li></ul> <p>En forespørgsel fra en medarbejder er formidlet videre til Sundhedsstyrelsen og har foranlediget en DPSD-OBS med advarsel om samtidig anvendelse af ilt og vaseline.</p> <p>En hændelse, der involverede fejlfunktion af en shaver til artroskopi har foranlediget en DPSD-OBS.</p> <p>Rapporter om tekniske nedbrud har været anvendt i en analyse af den tekniske sikkerhed i radiologien.</p> <p>Information om hændelser, som involverer medikoteknisk udstyr, er udvekslet med risk managere i de øvrige amter via en mail-liste, og er videresendt til relevante modtagere i Vejle Amt. Typisk har det været muligt at finde løsninger på problemet i samarbejde mellem afdeling, medicoteknisk afdeling og leverandøren.</p> <p>Der er rapporteret en hændelse, hvor en ernæringssonde viste sig at være fejlplaceret i lungen, trods rtg-kontrol af placeringen og trods at patienten tålte infusion uden symptomer i 8 timer. Efter analyse i afdelingen er kontrolrutinerne skærpet. Ved indsendelsen til Sundhedsstyrelsen har vi gjort særligt opmærksom på problemstillingen.</p> <p>Analyse af en hændelse, der afslørede huller i implementeringen af rutiner omkring isolering af MRSA-patienter, har ført til en række konkrete anbefalinger, der er videregivet til MRSA-styregruppen i amtet.</p> <p>EKK har på forsøgsbasis foretaget supplerende registrering i Access-baseret database i perioden 1.maj-31.dec 2005. Formålet har været at afprøve nytten af en mere detaljeret hændelsesklassikation.</p>
--	--

<p><b>TEMA:</b> Resultater og erfaring med DPSD (2004- 2005) og andre UTH relaterede patientsikkerhedsaktiviteter</p>	<p><b>Temaer: Identifikation – Medicinering:</b></p> <p>En aggregeret kerneårsagsanalyse om forvekslinger ved medicinadministration har ført til konkrete anbefalinger, som dels testes, dels er indarbejdet i forslag til kliniske retningslinier for medicinering.</p> <p>Rapporteringer af utilsigtede hændelser har været medvirkende til at sætte gang i:</p> <p>Udarbejdelse af fællesamtslige kliniske retningslinier om identifikation og om medicinering.</p> <p>Beslutning om indførelse af de 5 trin til sikring mod forvekslingskirurgi.</p> <p>Lokale projekter for at øge sikkerheden ved medicinering.</p> <p><b>Øvrigt:</b></p> <p>EKK har gennemført en besøgsrunde til samtlige afdelinger i amtet, hvor man har drøftet både organisationen af patientsikkerhedsarbejdet i afdelingerne, konkrete patientsikkerhedsproblemer og mere overordnede spørgsmål. Vi har haft en lang række konstruktive diskussioner, og ser en særlig værdi i at skabe en direkte kontakt til ledelser og nøglepersoner i hele organisationen.</p> <p>Uddannelse i patientsikkerhedsrelaterede temaer efterspørges i stigende omfang, og vil fortsat være en vigtig del af vort arbejde.</p> <p>Der er særdeles gode erfaringer fra erfa-gruppen vedr. patientsikkerhed i Region Syd.</p>
---	--

Amternes bidrag til statusrapport for DPSD

<b>Publikationer, hjemmesider, links</b>	Direkte link til Enhed for Klinisk Kvalitet fra Vejle Amts forside på sundhed.dk.  Carsten Engel. Significant proportion of documentation errors in medication despite unified medication systems and computerised physician order entry systems. Mundtlig præsentation antaget til 11th European Forum on Quality Improvement in Health Care, Prag, april 2006.
<b>Kontaktinformation i amtet</b>	Klinisk kvalitetschef Carsten Engel, Enhed for Klinisk Kvalitet, Skovvangen 2, 6000 Kolding. Tlf. 7636 3027 E-mail <a href="mailto:cen@ekk.vejleamt.dk">cen@ekk.vejleamt.dk</a>  Klinisk kvalitetskonsulent Dorte Rørmann, Enhed for Klinisk Kvalitet, Skovvangen 2, 6000 Kolding. Tlf. 7636 3031 E-mail <a href="mailto:drm@ekk.vejleamt.dk">drm@ekk.vejleamt.dk</a>

**Ringkøbing Amts bidrag til årsrapport for DPSD 2005**

Amt	Ringkøbing
<p><b>Diagram/procesbeskrivelse</b></p>	<p>Rapporten fra DPSD behandles mellem rapportør og nærmeste leder sædvanligvis klinik- eller centerledelser og med inddragelse af nøglepersoner for patientsikkerhed. Ringkøbing Amts kvalitetsafdeling fungerer som amtslig risikomanager og fremsender de færdigbehandlede rapporter til Sundhedsstyrelsen.</p>
<p><b>Aktiviteter i og omk. DPSD i 2005</b></p>	<p><b>Analyse og læring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der er i DPSD foretaget sagsbehandling af over 400 indrapporteringer.</li> <li>• På baggrund af DPSD-rapporter er der iværksat tre aggregerede analyser: Patientfald, En undersøgelse ved sygehusene i Ringkøbing Amt. Aggregeret analyse af medicineringsfejl i Psykiatrien i Ringkøbing Amt, juni 2005 og aggregeret analyse af medicineringsfejl i Ringkøbing Amt (igangsat oktober 2005 afsluttes februar 2006).</li> <li>• Der er gennemført 3 Kerneårsagsanalyser</li> <li>• DPSD-rapporter om fald er fokusområde. En kvalitetskonsulent behandler disse separat.</li> </ul> <p><b>Uddannelse og undervisning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• To gange er udbudt et grundlæggende 2 dages kursus om patientsikkerhed arrangeret af Nordjylland, Viborg, Århus og Ringkøbing amter. Deltagerne indføres i UTH og DPSD. Målgruppen er nye nøglepersoner for patientsikkerhed.</li> <li>• Desuden er der i Region Nord gennemført en proceskonsulentuddannelse.</li> <li>• Der er afholdt to temadage om patientsikkerhed for nøglepersoner og afdelingsledelser, hvor statistik udtrykket fra DPSD er et fast dagsordens punkt.</li> <li>• Der er undervist i patientsikkerhed, UTH og DPSD på sygehusafdelinger, Sygeplejeskolen, på div.. seminarer m.v.</li> </ul>



	<p><b>Formidling</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sygehusledelsen har to gange fået en statusredegørelse for patientsikkerhedsarbejdet og DPSD. Der anvendes statistik fra DPSD</li> <li>• Sygehusafdelinger har fået tilsendt oversigter med UTH og data fra DPSD.</li> <li>• Der er udgivet tre nyhedsbreve om patientsikkerhed. I nyhedsbrevene præsenteres data fra DPSD.</li> <li>• Intensiv indsats med implementering af ”10 gode råd” samt udvikling af patientdagbog.</li> <li>• Kvalitetschefen er Region Midtjyllands repræsentant idet Strategiske Forum for DPSD under Sundhedsstyrelsen.</li> <li>• Riskomanageren har deltaget i Amtsrådsforeningens teknikergroupe vedr. DPSD.</li> <li>• Andre aktiviteter se under publikationer.</li> </ul>
<p><b>TEMA:</b> Resultater og erfaring med DPSD (2004- 2005) og andre UTH relaterede patientsikkerhedsaktiviteter</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fra rapportører kommer sjældent udsagn om vanskeligheder ved at indrapportere hændelser via <a href="http://www.DPSD.dk">www.DPSD.dk</a>.</li> <li>• DPSD-statistikmodul er brugervenligt og fungerer efter hensigten, men mangler blandt andet en funktion til eksport af data og tekst.</li> <li>• DPSD rapportdelen, samlerapporter og udskriv rapporter fungerer efter hensigten, men mangler mulighed for at samle og udskrive vigtige dele af rapporterne, f.eks. lokale tiltag.</li> <li>• To års erfaring med DPSD-sagsbehandlermodulet viser, at det kun delvist kan fungere som sagsbehandlersystem. Flere mangler gør, at det er nødvendigt at supplere med andre systemer.</li> <li>• Kvalitetsafdelingen har udarbejdet en liste med forslag til forbedringer, så der udvikles et fuldt funktionsdygtigt sagbehandlermodul Listen er forelagt Amtsrådsforeningens Teknikergrupper vedr. DPSD og indgår i amternes samlede udspil til forbedringer af DPSD-systemet.</li> </ul>

<b>Publikationer, hjemmesider, links</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Arbejdet med patientsikkerhed i Ringkjøbing Amt – status og handleplan, april 2005 og november 2005</li><li>• Aggregeret analyse af medicineringsfejl i Psykiatrien i Ringkjøbing Amt, juni 2005.</li><li>• Rapport fra temadag om patientsikkerhed, april 2005.</li><li>• Patientfald - En undersøgelse ved sygehusene i Ringkjøbing Amt, februar 2005</li><li>• Nyhedsbrev patientsikkerhed, februar, juni og november 2005.</li><li>• Håndtering af utilsigtede hændelser i Ringkjøbing Amt januar 2005.</li></ul> <p>Alle publikationer kan hentes på Kvalitetsafdelingens hjemmeside på <a href="http://www.kvalitetsafdelingen.ringamt.dk">www.kvalitetsafdelingen.ringamt.dk</a> , publikationer.</p>
<b>Kontaktinformation i amtet</b>	Ringkjøbing Amt Gl. Landevej 61, 7400 Herning. Kvalitetskonsulent Anna Marie Fink og Risikomanager Bo Borg Mikkelsen, email <a href="mailto:bobmi@ringamt.dk">bobmi@ringamt.dk</a> , tlf. 9927 2713

**Århus Amts bidrag til årsrapport for DPSD 2005**

Amt	Århus Amt (status pr. januar 2006)
<p><b>Diagram/procesbeskrivelse</b></p> <p><i>(Valgfri)</i></p>	<p>Inddraget i det efterfølgende punkt omkring aktiviteter i DPSD.</p>
<p><b>Aktiviteter i og omk. DPSD i 2005</b></p>	<p>Århus Amts patientsikkerhedsorganisation, der består af sygehusenes risikokoordinatorer samt en eller flere kliniske ledere med særlige interesse for området, ledes og sekretariatsbetjenes fra Sundhedsfagligt Sekretariat. Patientsikkerhedsorganisationen sikrer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ensartede principper for sagsbehandlingen</li> <li>• procedurer for auditrunder omkring hændelser med høj risikoscore samt medicineringsfejl og kirurgiske komplikationer</li> <li>• fælles læring af såvel utilsigtede hændelser som metodemæssig afklaring</li> <li>• vidensdeling på tværs i organisationen</li> <li>• iværksætter tværgående undersøgelser</li> </ul> <p>Vi udarbejder kvartalsstatistik fra DPSD, som omfatter amtets hændelser fordelt på eksempelvis sygehusniveau, måned hvor hændelsen fandt sted, hændelsestype og risikoscore. Hertil kommer forskellige ad hoc analyser.</p> <p>Der afholdes regelmæssigt – og i samarbejde med patientsikkerhedsorganisationerne i Viborg, Ringkøbing og Nordjyllands amter – fælles, systematisk uddannelsesaktiviteter målrettet to niveauer i patientsikkerhedsorganisationen hhv. sygehusenes nøglepersoner og sygehusenes risikokoordinatorer med Sundhedsstyrelsens og Dansk Selskab for Patientsikkerheds aktive medvirken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceskonsulentuddannelsen – et modulopbygget internatforløb inspireret af MasterClass i kerneårsagsanalyse/patientsikkerhed.</li> <li>• Uddannelse af sygehusenes</li> </ul>

	<p>nøglepersoner indenfor patientsikkerhed – internatkursus som giver en grundlæggende indføring i patientsikkerhedsområdets metoder og tankegange.</p> <p>Der er i 2005 gennemført to tværgående amtslige audit over rapporterede utilsigtede hændelser relateret til indførelsen af EPJ's medicinmodul i Århus Amt. Målet er at sikre vidensdeling på baggrund af en kategorisering og konsekvensvurdering af rapporterede, utilsigtede hændelser relateret til EPJ's medicinmodul. Den første af disse audit er tillige udmøntet i formulering af <i>abstract</i> optaget på <i>European Forum</i>, Prag 2006.</p> <p>Tillige har der i 2005 været fokus på faldhændelser samt medicinering – ikke mindst som følge af læring fra de eksterne kvalitetsaudit, Århus Amt gennemførte i 2004/2005 med udgangspunkt i et konkret, kompliceret patientforløb. Følgelig er gennemført faldaudit- herunder aggregeret kerneårsagsanalyse mhp. udarbejdelse af amtslige retningslinier, faldscreeningsinstrumenter mv. Endelig er udarbejdet retningslinier for medicinering på sygehusene i Århus Amt.</p>
<p><b>TEMA:</b> Resultater og erfaring med DPSD (2004-2005) og andre UTH relaterede patientsikkerhedsaktiviteter</p>	<p>De følgende stikord er uddybet i vedhæftede bilag:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingen problemer med indtastningsmodulet i DPSD</li> <li>- Sagsbehandlingsmodulet i DPSD er ufleksibelt og uegnet til sagsbehandling (nødvendiggør separate, parallelle systemer)</li> <li>- Store problemer med statistikmodulet i DPSD (se vedhæftede bilag)</li> <li>- Konklusion: Trods problemerne i sagsbehandlingsmodulet og specielt i statistikmodulet, har vi alligevel brugt DPSD-udtræk som grundlag for tværamtslige audits og kvartalsstatistik.</li> </ul>

<b>Publikationer, hjemmesider, links</b>	2 tværamtslige auditrapporter over EPJ-hændelser 1 tværamtslig auditrapport over fald-hændelser
<b>Kontaktinformation i amtet</b>	Cheflæge Paul Bartels Tlf 8944 6971 E-mail: pba@ag.aaa.dk

### **Bilag:**

#### Erfaring og statusoplevelse af DPSD

##### **Oplevelse af sagsbehandlingsmodulet i DPSD:**

I Århus Amt er sagsbehandlingen delt ud på de enkelte sygehuse i amtet, således at vi har i alt 5 sagsbehandlere, som er initialmodtagere af de indrapporterede hændelser og som foretager sagsbehandlingen og indsendelsen til Sundhedsstyrelsen. I forbindelse med denne tilbagemelding omkring ressourceforbrug og 'status-oplevelsen' af systemet, har vi bedt sagsbehandlerne om at skrive deres vurdering af systemet.

##### **Ressourceforbrug i Århus Amt, ved anvendelse af sagsbehandlingsmodulet i DPSD:**

Hver af de 5 sagsbehandlere i Århus Amt bruger ca. 10-15 min. pr. sag på direkte anvendelse af sagsbehandlermodulet i DPSD.

I Århus Amt har vi nu afsluttet og indsendt 1318 sager af ialt 3700 hændelser, siden januar 2004. Sagsbehandlerne summerer altså på nuværende tid til ca. 275 timer på direkte anvendelse af sagsbehandlingsmodulet.

På forvaltningsniveau bliver der anvendt ca. 4 timer pr. måned på anvendelse af statistikmodulet i DPSD.

##### **Statusoplevelse af sagsbehandlingssystemet**

På spørgsmålet omkring anvendeligheden af DPSD, er den gode nyhed, at det kliniske personale i Århus Amt indrapporterer utilsigtede hændelser i et stort omfang - uden de store problemer (3700 hændelser fra Århus Amt pr. 1.okt. 2005). Der synes ikke at være de store problemer med selve indrapporteringsmodulet i DPSD.

Når det kommer til sagsbehandlingsmodulet i DPSD ser det dog anderledes ud.

Tilbage meldingen fra sagsbehandlerne i Århus Amt er, at sagsbehandlingsmodulet i DPSD er ufleksibelt og ikke specielt velegnet til sagsbehandling og til at skabe sig overblik med.

Ufleksibiliteten knytter sig f.eks. til den automatiske nummerering i systemet uden mulighed for egen navngivning af sagerne. Det er endvidere ikke muligt selv at navngive og anvende egne definerede hændelseskategorier. I DPSD er der kun 3 faste hændelseskategorier, hvor eksempelvis kategorien 'Anden alvorlig hændelse' med fordel kunne udvides til flere forskellige hændelseskategorier.

Flere af sagsbehandlerne har deres eget parallelle system, i form af f.eks. et regneark, som benyttes til at holde overblik over de mange sager. Sagsbehandlingsmodulet benyttes endvidere ikke løbende i sagsbehandlingsforløbet. Først når alle oplysninger er indhentet, udfyldes de obligatoriske felter i DPSD, således at sagen kan afsluttes i systemet.

I sagsbehandlingssystemet kunne det f.eks. være ønskeligt, hvis systemet automatisk sendte en mail til teknisk/medicoteknisk afdeling når der blev indrapporteret hændelser af speciel relevans.

Netop denne automatiske generering af mails til medicoteknisk afdeling, er med stor succes indbygget i det sagsbehandlingsmodul for utilsigtede hændelser, som er udviklet på Skejby Sygehus.

### **Vedr. statistikmodulet i DPSD**

På forvaltningsniveau anvender vi sagsbehandlingsmodulet i DPSD primært til udtræk af månedlig statistik. Statistikken anvendes som ledelsesinformation og opfølgning på lokale møder. Tilbage meldingen fra forvaltningen i Århus Amt vedrører derfor primært statistikmodulet i DPSD.

I perioden januar 2004 til oktober 2005 har vi måned for måned fulgt udviklingen i antal indberettede hændelser fordelt på sygehuse i amtet, hændelsestype, risikoscore, måned hvor hændelsen fandt sted mv. Herudover har vi afholdt 2 audits på henholdsvis EPJ-hændelser og på Fald-hændelser. I forbindelse med disse 2 audits, har vi foretaget omfattende søgninger i DPSD, for at få inddraget alle relevante hændelser i de 2 audits. Vi har angivet eksempler på vores erfaringer med brugen af systemet i vedhæftede bilag.

Vi har løbende konstateret mange fejl og uoverensstemmelser i statistikmodulet i DPSD. Hver gang har vi beskrevet problemet og indsendt det pr. mail til Sundhedsstyrelsen. Vi har oftest fået besked tilbage om, at vores henvendelse bliver videresendt til programmeringsfirmaet. Det er dog yderst sjældent at vi har fået besked, når problemet var blevet løst.

På trods af de problemer vi har konstateret i statistikmodulet, har vi fortsat udarbejdet månedlig statistik over de utilsigtede hændelser i Århus Amt. Statistikkerne tages dog efterhånden med et vist forbehold, på grund af de mange konstaterede fejl og uoverensstemmelser.

### **Eksempler på vores erfaringer med statistikmodulet**

1) Vedrørende erfaringen med udtræk af relevante hændelser til eksempelvis fald-audit, hvor vi ønskede at inddrage alle hændelser hvor patienten er faldet:

*Hvad gjorde vi?*

I DPSD havde vi mulighed for at søge på ord i følgende fritekstfelter:

- Hændelsens forløb
- Hændelsens konsekvens beskrivelse
- Formodede årsager

Vi foretog en søgning, hvor vi i ovenstående felter søgte på følgende ord:

Fald, falder, gled, fraktur, brækket, vælte

Søgningen resulterede i mange hændelser som vedrørte et fald, men søgningen resulterede også i alle de hændelser, hvor følgende ord/sætninger optrådte:

- blodtryksfald
- fald i diverse værdier
- patienten faldt i søvn
- det faldt mig ind
- raserianfald

Vi oplevede desuden, at vores søgning ikke fandt alle de hændelser hvor ordet 'fald' indgik. Forklaringen fra Sundhedsstyrelsen var, at søgemaskinen i hændelsesbeskrivelserne kun søger 900 ord, men at ordet 'fald' i de pågældende Århus rapporter, optrådte som ord nr. 906 eller højere.

*Hvad er problemet i statistikmodulet?*

Problemet i sagsbehandlermodulet er selvfølgelig, at det ikke er muligt at kategorisere hændelserne særlig godt. Vi er overladt til søgning i fritekstfelter. Pr. 1. januar 2006 er der indført ekstra kategorier i DPSD, hvilket vi er meget godt tilfredse med.

Det bør desuden være muligt at oprette kategorier lokalt.

2) Når sagsbehandleren skifter job, og en ny person skal overtage sagsbehandlingen i DPSD:

Vi har i Århus Amt oplevet et stort besvær, når vi har skiftet sagsbehandler, således at en ny person har skullet overtage alle indrapporterede hændelser samt være initialmodtager for alle kommende indrapporteringer.

*Hvad er problemet i sagsbehandlingsmodulet:*

Stort besvær med at få alle tidligere sager gjort tilgængelige for den nye sagsbehandler. Når det endelig lykkedes, har den nye sagsbehandler efterfølgende haft problemer med at trække statistik på den gamle sagsbehandlers sager.

3) Samlesager i sagsbehandlermodulet

I sagsbehandlermodulet er det muligt at oprette 'Samlesager', hvor sagsbehandleren kan samle alle de sager, som vedrører den samme problematik.

*Hvad er problemet i sagsbehandlermodulet:*

De pågældende sager, som flyttes over i en 'samlesag', står stadig opført under 'aktive sager', og figurerer altså dobbelt i sagsbehandlermodulet. Når en sag færdiggøres og afsluttes, skal det ske 2 forskellige steder i sagsbehandlermodulet.

Sagsbehandlerne i Århus Amt ønsker derfor at sagerne kun optræder ét sted og helst kun i 'samlesagen'.

Dette ønske konflikter dog med forvaltningens ønske. På forvaltningsniveau har vi kun adgang til de sager, som står opført under 'Aktive sager', 'Indsendte sager' og 'Kasserede sager'.

Forvaltningen har således ikke adgang til sagsbehandlerens 'samlesager'.

Hvis forvaltningen kunne få denne adgang til sygehusenes 'samlesager' ville det være en meget stor fordel, ikke mindst fordi vi så kunne bruge disse samlesager som grundlag for statistik, opfølgning, audit for eksempelvis fald-hændelser og lignende.

4) Manglende opdatering af SKS-sygehus/afdelingskoder

I forbindelse med indberetning af en utilsigtet hændelse, skal rapportøren vælge hvilken afdeling, hændelsen skete på. Afdelingen vælges ud fra en oversigt over alle mulige amter i et pågældende amt. Oversigten for Århus Amt er ikke en opdateret liste over de afdelinger vi har i dag. Der mangler simpelthen en række afdelinger.

Konsekvensen heraf har været, at rapportøren ikke vælger en afdeling, men efterlader dette felt blankt, hvilket efterfølgende er til ulempe for sagsbehandleren og for statistikudtræk.

5) Eksempel på u hensigtsmæssig sortering i statistikmodulet

I Århus Amt forsøger vi at følge udviklingen i hvornår hændelserne finder sted. Dvs. er der sæson variation og udsving hen over året mht. hvornår hændelserne finder sted.

I Statistikmodulet kan man vælge at få de rapporterede hændelser opdelt på 'Måned hvor hændelsen fandt sted'. Når man vælger dette, får man en statistik ud, hvor månederne er sorteret alfabetisk, dvs. april, august, december osv. Denne statistik kan man selvfølgelig få vist grafisk i form af

søjlediagrammer, kurver med videre, men det siger sig selv, at det ikke er relevant, så længe sorteringen sker efter alfabetet. Sorteringen bør rettes. Hændelserne opgjort på januar, dækker desuden både hændelser fra januar-2004, januar 2005 og januar 2006, hvilket er meget uhensigtsmæssig.

6) Fejl i statistikudtræk fra DPSD

Vi har ofte oplevet problemer, når vi har opstillet en søgning i DPSD, hvor vi har bedt om at få alle Århus Amt sagerne opdelt på en given variabel. F.eks. alle sager fordelt på 'potentiell risikoscore'. Problemet har bestået i, at ikke 100 % af sagerne blev fordelt på den ønskede variabel. Måske fik vi kun fordelt 80 % af sagerne på den pågældende variabel. Spørgsmålet har efterfølgende været, hvor de resterende sager blev af, og hvorfor de ikke indgik i statistikken under f.eks. kategorien 'Ikke angivet'?

7) Ændringer i variabelnavn

Vi har oplevet, at der pludselig bliver ændret på variabelnavnene, som vi kan foretage udtræk på i statistikmodulet, hvilket er uheldigt, når vi ikke er blevet informeret om ændringen.

Vi har desuden efterspurgt en variabelliste, hvor vi præcis kan se relationen mellem udtræksvariabel og feltet på indrapporteringsskemaet. Det har vi endnu ikke fået. Som det er i dag, er der flere felter som ikke hedder det samme i statistikmodulet som på indrapporteringsskemaet.

8) Vi vil generelt gerne have oplysninger om ændringer og tiltag i sagsbehandlingsmodulet og i statistikmodulet.

9) Vi kunne godt ønske, at Sundhedsstyrelsen ville opstarte en brugergruppe, for de personer som anvender statistikmodulet.



**Viborg Amts bidrag til årsrapport for DPSD 2005**

<b>Region</b>	<b>Viborg Amt</b>
<b>Diagram/procesbeskrivelse</b>	<p>Viborg Amt har organiseret arbejdet med patientsikkerhed decentralt, således at rapporter modtages af projektlederne på såvel psykiatriske som somatiske sygehuse. Afdelingsledelser og nøglepersoner for patientsikkerhed i de enkelte afdelinger samarbejder om analyse og læring af de indrapporterede hændelser. Projektlederen samler rapporter, analyser og konklusioner og videreformidler til Sundhedsstyrelsen. På Sygehus Nord er der sket en yderligere decentralisering, idet rapporterne sendes via dpsd ud til afdelingsledelserne der står for sagsbehandling og indrapportering af de rapporter hvor den utilsigtede hændelse er scoret til 1 og 2.</p>
<b>Aktiviteter i og omk. DPSD i 2005</b>	<p><b>Uddannelse og undervisning</b>  Der afholdes regelmæssigt i Region Midtjylland i fællesskab med Region Nord:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uddannelse af sygehusenes <i>nøglepersoner</i> indenfor patientsikkerhed – internatkursus som giver en grundlæggende indføring i patientsikkerhedsområdets metoder og tankegange.</li> <li>• <i>Proceskonsulentuddannelsen</i> – et modulopbygget internatforløb med efterfølgende opfølgingsdag inspireret af MasterClass i kerneårsagsanalyse/ patientsikkerhed.</li> </ul> <p>I Viborg Amt afholder sygehusene derudover forskellige opfølgingsmøder med nøglepersoner og afdelingsledelser med henblik på at kvalitetsudvikle patientsikkerhedsindsatsen. Projektlederne sikrer endvidere erfaringsudveksling på tværs af afdelingerne.</p> <p><b>Analyse og læring</b>  Der har i Viborg Amt været særlig fokus på medicinering i 2005. Der er indgået samarbejde med Sygehusapoteket omkring analyse af medicineringshændelser og udvikling af forebyggende tiltag på medicineringsområdet.</p> <p>Der er særligt på Sygehus Viborg udført 2 kerneårsagsanalyser i 2005 på baggrund af hændelser med en potentiel score 3.</p> <p><b>Formidling</b>  Tovholderne sikrer at viden (anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Patientsikkerhed m.m.) videreformidles til relevante afdelingsledelser.  Lokale tiltag – viden på baggrund af kerneårsagsanalyser</p>

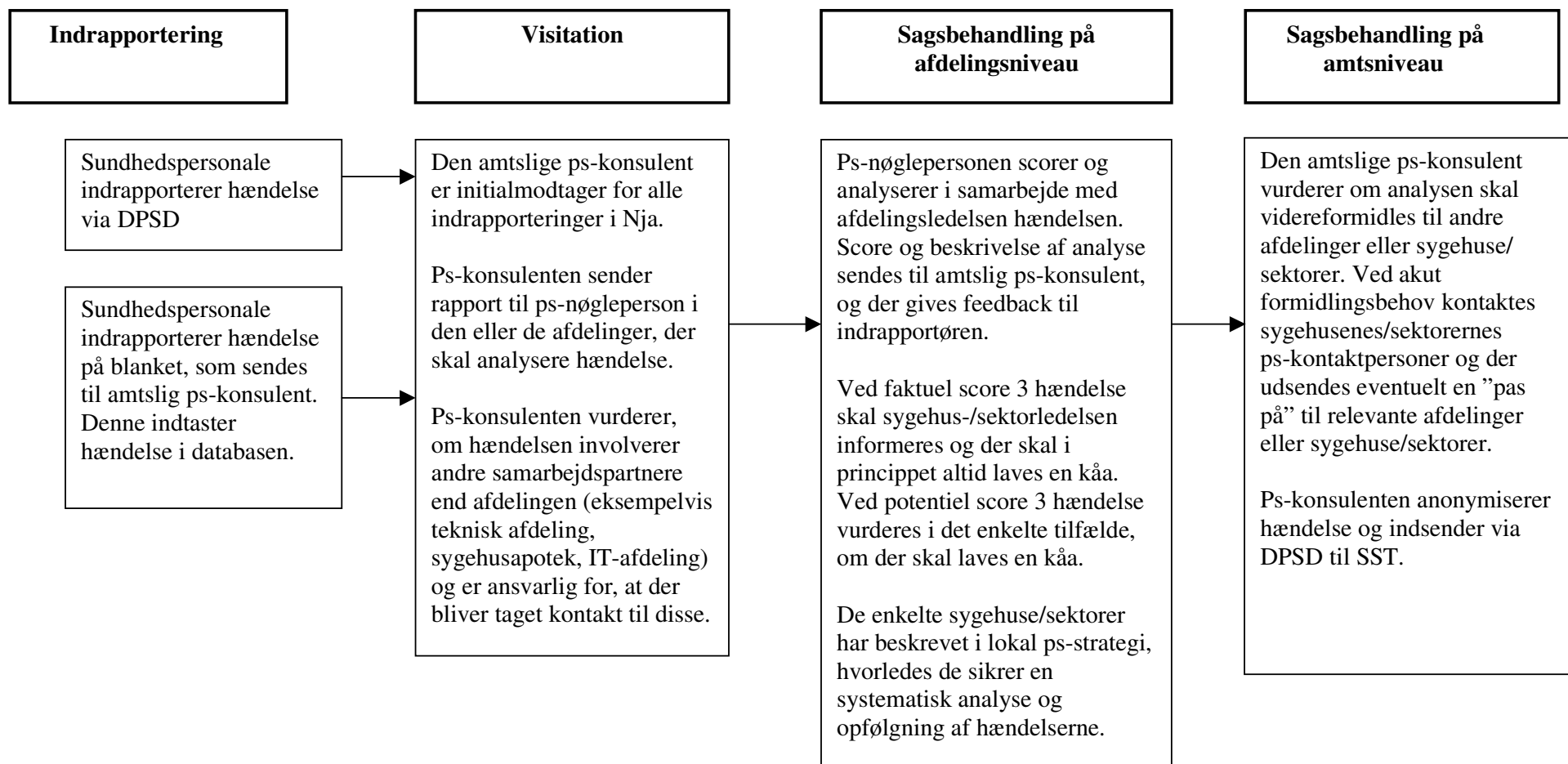
	m.m. - videreformidles i personaleblade eller på hjemmesiden.
<p><b>TEMA:</b> Resultater og erfaring med DPSD (2004-2005) og andre UTH relaterede patientsikkerhedsaktiviteter</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fra rapportør kommer sjældent udsagn om vanskeligheder ved at indrapportere hændelser via <a href="http://www.DPSD.dk">www.DPSD.dk</a>.</li> <li>• Sagsbehandlingsmodulet i DPSD er ufleksibelt og uegnet til sagsbehandling. To års erfaring med DPSD-sagsbehandlermodulet viser, at det kun delvist kan fungere som sagsbehandlersystem. Flere mangler gør, at det er nødvendigt at anvende separate parallelle systemer.</li> <li>• DPSD-statistikmodul er på visse områder dårligt fungerende og mangler blandt andet en funktion til eksport af data og tekst.</li> <li>• Kvalitets- og Uddannelsessektionen på Sygehus Viborg har udarbejdet en liste med forslag til forbedringer, så der kan udvikles et fuldt funktionsdygtigt sagsbehandlermodul. Listen er forelagt ARF Teknikergruppe vedr. DPSD.</li> <li>• Der bør lægges mere fokus på vidensdeling i patientsikkerhedssystemet. Dette både i form af funktionalitet i DPSD-systemet, der kan understøtte behovet – men også i form af intensiveret formidling fra Sundhedsstyrelsen.</li> </ul>
<p><b>Publikationer, hjemmesider, links</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artikler i sygehusenes personaleblade</li> <li>• <a href="http://www.sygehusviborg.dk/sw6527.as">http://www.sygehusviborg.dk/sw6527.as</a></li> </ul>
<p><b>Kontaktinformation i amtet</b></p>	<p><b>Viborg Amt</b> Projektleder Anette Husum, Sygehus Viborg Tlf 89272596 E-mail: <a href="mailto:anette.husum@sygehusviborg.dk">anette.husum@sygehusviborg.dk</a></p> <p>Projektleder Tine Milling, Sygehus Nord Tlf. 9617 6023 E-mail :</p>

**Nordjyllands Amts bidrag til årsrapport for DPSD 2005**

Amt	Nordjyllands Amt
<p><b>Aktiviteter i og omkring DPSD i 2005</b></p>	<p><b>Indrapporteringer og kerneårsagsanalyser</b> Der er i indrapporteret 573 uth i databasen i 2005 (421 i 2004). Der er i 2005 lavet 10 kerneårsagsanalyser i 2005 (4 analyser i 2004)</p> <p><b>Kurser</b> I Region Nord samarbejde har der i 2005 været afholdt 2 2-dags <b>patientsikkerhedskurser</b> med i alt 81 deltagere fra Nja (I 2004 3 kurser med i 101 deltagere). Ligeledes i Region Nord regi har der været afholdt et <b>kursus i proceskonsultation i kerneårsagsanalyse</b>. Kurset består af et 2-dags modul, udførelse af en kaa og en opfølgingsdag. Fra Nja deltog 7 personer i kurset.</p> <p><b>Eksempler på udviklingstiltag:</b> Tværfaglig arbejdsgruppe har udarbejdet en vejledning i ”5 trin” til forebyggelse af forvekslingskirurgi. Vejledningen implementeres 1/2-06.</p> <p>Der er udsendt advarselstrekanter med teksten ”forstyr ikke – jeg hælder medicin op”. Sammen med skiltene er udsendt en pas på omkring forstyrrelser under medicinophæld og afdelingerne er bedt om at sætte ”forstyrre-kultur” på dagsordenen.</p> <p>Efter problemer i en afdeling med en infusionspumpe er der udsendt en ”Pas På” til sygehusene med direkte reference til teknisk chef for området og med anmodning om at indrapportere tilsvarende hændelser. I afdelingen foretages forsøgsvist en <b>ekstra mærkning af pumperne</b>.</p> <p>I forlængelse af kaa med hjertestop i psykiatrien er der indledt et samarbejde mellem psykiatrien og Anæsthesisektor Nordjylland omkring udvikling af et optimalt <b>akutberedskab i psykiatrien</b>.</p>
<p><b>TEMA:</b> Resultater og erfaring med DPSD (2004- 2005) og andre UTH relaterede patientsikkerhedsaktiviteter</p>	<p><b>Databasen</b> Næsten alle indrapporteringerne i Nja foregår via databasen, hvilket tyder på at sundhedspersonalet finder databasen let tilgængelig.</p> <p>Det har været en væsentlig mangel for Nja, at organisationsstrukturen i DPSD ikke svarer til de faktiske forhold. Dette betyder bl.a., at der er afdelinger, som mangler i databasen og at man fra disse afdelinger er nødt til at indrapportere under anden afdeling. Dette forstyrrer videre muligheden for at oprette nøglepersoner med indblik i rapporter fra/eller kun fra egen afdeling, og det vanskeliggør anvendelse af et ellers ganske udmærket statistikmodul. Som en</p>

	<p>konsekvens heraf arbejdes der i Nja på oprettelsen af en lokal database med henblik på at sikre overblikket over rapporter om utilsigtede hændelser både på amts- og på sygehus/sektorniveau.</p> <p>Overordnet set har det været meget tidskrævende, at hele databasekonceptet ikke har været pilottestet inden anvendelse. Dette gælder også senere ændringer i systemet.</p>
<p><b>Publikationer, hjemmesider, links</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amtet har en hjemmeside omkring patientsikkerhed, som indeholder informationsmateriale fra SST og Nja. Bl.a. findes her amtslig ps-strategi, kursusprogrammer, anonymiserede kaa-analyser og nyhedsbreve. Flere sygehuse/sektorer har egen hjemmeside for patientsikkerhed.</li> <li>• Der er udsendt 4 amtslige ”pas på’ere”</li> <li>• Psykiatrien har lavet en årsrapport for uth i psykiatrien 2005.</li> <li>• I forlængelse af amtslig ps-strategi har alle sygehuse og sektorer (6) udarbejdet lokale ps-strategier.</li> </ul>
<p><b>Kontaktinformation i amtet</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der udsendes amtslige nyhedsbreve hvert kvartal, som bl.a. indeholder nationale nyheder, oversigt over uth fordelt på sygehuse/sektorer og afdelinger, oversigt over udviklingen af uth per måned i Nja og hvad arbejdes der med på amtsniveau. (Aalborg Sygehus udsender eget patientsikkerhedsnyhedsbrev 2 gange årligt)</li> <li>• Aalborg Sygehus afholder 1-2 årlige temadage om patientsikkerhed</li> <li>• Der afholdes kvartalsvise møder mellem de enkelte sygehuse/sektorer ps-kontaktpersoner og amtets ps-kontaktperson. På møderne udveksles erfaringer omkring patientsikkerhed og ideer til nye amtslige tiltag drøftes.</li> </ul>

### Sagsbehandlingsprocessen for utilsigtede hændelser i Nordjyllands Amt



## H:S' bidrag til årsrapport for DPSD 2005

### Diagram/procesbeskrivelse

Se bilag 1.

### Aktiviteter i og omkring DPSD i 2005

H:S har valgt ikke at benytte DPSD. I H:S eget rapporteringssystem er det muligt med øjeblikkelig advisering af relevante personer (afdelingsledelse, patientsikkerhedsansvarlig og risikomanager), når en hændelse rapporteres. Desuden giver sagsbehandlingsdelen mulighed for, at alle disse personer let kan knytte kommentarer til rapporten inden den analyseres og overføres til Sundhedsstyrelsen. Endelig indeholder analysedelen (Klinisk Målesystem, KMS) mulighed for en meget fleksibel opbygning af dataskemaer. Uddatadelen (Analyseportalen, AP) tillader desuden meget fleksibel styring af brugeradgange, så enkeltafdelinger kan opnå fuld adgang til egne data.

H:S har for 2005 indsendt i alt 3371 rapporter til DPSD. De fordeler sig med 1295 medicineringsfejl, 902 patientfald, 191 hændelser i forbindelse med invasive/kirurgiske indgreb og 983 øvrige hændelser.

Der er foretaget 36 kerneårsagsanalyser, som fordeler sig på kategorierne medicineringsfejl, uventet dødsfald, uventet hjertestop, selvmord, kontinuitetsbrud, forsinket behandling, invasive indgreb samt brand/ildspåsættelse.

### TEMA:

Hermed uddrag af aktiviteter, der er gennemført på tværs i H:S. Herudover er der iværksat en lang række lokale tiltag.

- Kampagnen 'De Fem Trin' til forebyggelse af forvekslingskirurgi/-indgreb
- Udsendelse af fem 'Pas På' Nyhedsbreve
  - Medicineringsfejl som følge af præparatskift
  - Forvekslingskirurgi og indgreb
  - Utilsigtede hændelser med slanger til ilt og luft
  - Vævsklæber i øjet
  - Underretning om dødsfald til de forkerte pårørende
- Offentliggørelse af resumeer af kerneårsagsanalyser på H:S I:Net
- Indført rapportering af hændelser fra patienter og pårørende
- Planlagt rapportering fra praktiserende læger via praksisrisikomanager
- Inddraget patienter i aggregeret kerneårsagsanalyse af patientfald
- Gennemført 10 patientsikkerhedsstuegange
- Påbegyndt fejlkildeanalyse (HFMEA)
- Udarbejdet action cards ud fra H:S Tværgående vejledning til vurdering af selvmordsrisiko
- Udarbejdet idekatalog til forebyggelse af medicineringsfejl
- Udarbejdet tjekliste til opnåelse af øget sikkerhed ved indførelse af nye lægemidler
- Iværksat plan for re-distribution af infusionspumper samt plan for udfasning af infusionspumper uden friløbshindring

### Publikationer, hjemmesider, links

- Patientsikkerhed i H:S. Handlingsplan II, 2005-2008. Rapportering, analyse og forebyggelse af utilsigtede hændelser. Januar 2005
- Vejledning til patienter og pårørende. Hjælp os med at lære, hvis noget er gået galt! December 2005
- Håndbog i kerneårsagsanalyse. 1. reviderede udgave. August 2005
- Tjekliste vedr. skift/valg af præparat med henblik på risiko for forveksling. 2005

Desuden er en række videnskabelige publikationer antaget til publikation i 2006.

[www.hosp.dk](http://www.hosp.dk) klik på "Om H:S", derefter på "H:S Enhed for Patientsikkerhed"  
[www.de5trin.dk](http://www.de5trin.dk)

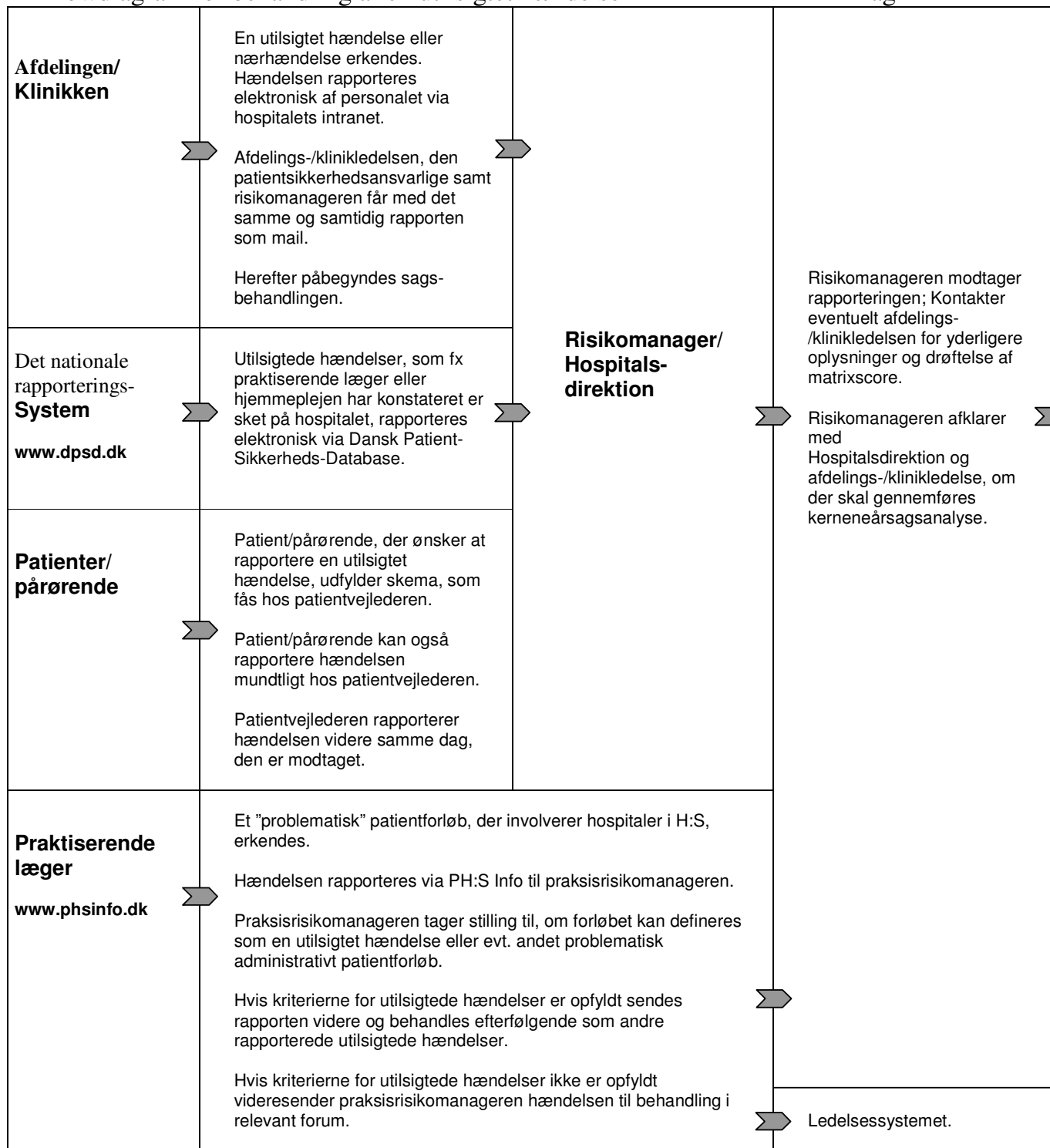
### Kontaktinformation i H:S

H:S Enhed for Patientsikkerhed, Hvidovre Hospital, afsnit 023, Kettegård Alle 30, 2650 Hvidovre.

E-mail: [hs.patientsikkerhed@hh.hosp.dk](mailto:hs.patientsikkerhed@hh.hosp.dk)

Flowdiagram for behandling af en utilsigtet hændelse

Bilag 1



## Amternes bidrag til statusrapport for DPSD

<p>Ved faktisk og potentiel score 3 gennemføres kerneårsagsanalyse.</p> <p>(Dog ikke medicineringfejle potentiel score 3 og patientfald med katastrofale/betydende konsekvenser samt selvmordsforsøg med mindre afdelingen/klinikken beslutter det).</p> <p>Forvekslingskirurgi og selvmord scores ikke, idet disse hændelser altid udløser kerneårsagsanalyse.</p>	<p>Kerneårsagsanalysen gennemføres og afsluttes med en rapport. Selve analysen gennemføres inden for to uger. Godkendelse af rapporten sker inden for yderligere to uger.</p> <p>For hændelser der vedrører overgangen mellem praksis og hospital, kan praksisrisikomanageren deltage i dele af analysen.</p>		<p>Kopi af rapporten sendes til H:S Enhed for Patientsikkerhed som gennemgår alle rapporter med henblik på generelle forebyggende initiativer og videreformidling af relevante resultater mv.</p> <p>Relevante sundhedsfaglige råd, H:S Centrale Lægemiddelkomite, H:S Apoteket, H:S Fællesindkøb, komiteer i H:S inddrages i drøftelser af specifikke problemstillinger med henblik på at udarbejde forslag til tværgående initiativer, der kan bidrage til øget patientsikkerhed.</p>
<p>Ved faktisk/potentiel score 2 og medicineringfejle potentiel score 3 gennemføres aggregeret kerneårsagsanalyse.</p> <p>Patientfald med skade og selvmordsforsøg scores ikke, idet disse hændelser altid indgår i aggregeret kerneårsagsanalyse.</p> <p>Hændelser med score 1 vil evt. indgå i aggregerede kerneårsagsanalyser, hvis de rejser problemstillinger, der må løses på tværs af hospitalet.</p> <p>Ellers følges de op af lokal handling i afdelingen/klinikken.</p>	<p>Mindst tre aggregerede Kerneårsagsanalyser gennemføres på hvert hospital hvert halve år inden for udvalgte problemstillinger, afdækket ud fra de modtagne rapporterede hændelser for den aktuelle periode.</p> <p>For hændelser, der vedrører overgangen mellem praksis og hospital, kan praksisrisikomanageren deltage i dele af analysen.</p>	<p><b>H:S Enhed for Patient- sikkerhed</b></p>	<p>Konklusioner, indstillinger og anbefalinger forelægges for H:S Kvalitetsråd.</p> <p>Resumé af kerneårsagsanalyser samt konklusioner fra øvrige analyser sendes i anonymiseret form til Dansk Patient-Sikkerheds-Database.</p> <p>Analyser, der vedrører problemstillinger, der er relevante for almen praksis, videresendes til praksisrisikomanageren med henblik på formidling i praksis-sektoren.</p>



**Årsrapport 2005 – DPSD Dansk Patient-Sikkerheds-Database**

**- en udredning fra Sundhedsstyrelsen**

Enhed for Tilsyn  
Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

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

Emneord: Patientsikkerhed; Database; DPSD

Sprog: Dansk  
Version: 1,1  
Versionsdato: 24. februar 2006

Elektronisk ISBN: 87-7676-275-0

Format: pdf

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, februar 2006