



# ÅRSRAPPORT 2006 - DPSD

## Dansk PatientSikkerhedsDatabase

## Årsrapport 2006

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

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

Emneord: DPSD; Utilsigtede hændelser; Årsrapport ; Dansk PatientSikkerhedsDatabase

Sprog: Dansk

Kategori: Udredning

Version: 1,0

Versionsdato: 8. marts 2007

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-454-0

Den trykte versions ISBN: 978 87-7676-460-5

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, marts 2007

## Forord

Året 2006 har været spændende for alle, der arbejder med patientsikkerhed. Danmark var det første land i verden, der fik en lov om rapportering af utilsigtede hændelser i 2004 og sundhedspersoner har nu i tre år haft pligt til at rapportere utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet. 2006 var året, hvor dette arbejde skulle evalueres.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet forestod evalueringen af Lov om patientsikkerhed. Evalueringsrapporten konkluderede, at rapporteringssystemet fungerer både lokalt, regionalt og centralt. Det fremhæves bl.a., at loven fremmer arbejdet med patientsikkerhed, at der kommer ledelsesmæssig fokus på patientsikkerhed, og at der generelt bliver fulgt op på de utilsigtede hændelser, sundhedspersonerne er involveret i. Evalueringen anbefaler, at ordningen udvides til primærsektoren og formidler en positiv holdning til, at ordningen også udvides til at omfatte patienter og pårørende. Evalueringsrapporten pegede også på forbedringspotentialer centralt, regionalt og lokalt, der kan danne basis for arbejdet i det kommende år.

I 2006 blev der rapporteret 15.556 hændelser fra sundhedspersoner til regionerne (primær rapportering) og 12.370 af disse hændelser blev indsendt fra regionerne til Sundhedsstyrelsen (sekundær rapportering). Kun 3 % af de indsendte hændelser blev rapporteret ”meget alvorlige” dvs. med en faktisk risikoscore på 3. Der er sket en stigning på omkring 36 % i såvel den primære som den sekundære rapportering fra 2005 til 2006. Stigningen betyder selvkært ikke, at der sker flere utilsigtede hændelser på de danske sygehuse, men viser at stadig flere sundhedspersoner bruger rapporteringen i det daglige. Sundhedsstyrelsen hilser stigningen velkommen og tolker den som et tegn på, at sundhedspersonerne bliver stadig mere bevidste om, at det er værdifuldt at rapportere utilsigtede hændelser, og at rapportering gavner patientsikkerheden. Dette er i tråd med evalueringsrapporten, som viste, at størstedelen af sundhedspersonalet har tillid til systemet.

På baggrund af evalueringen forventes det, at indenrigs- og sundhedsministeren i 2007 fremsætter et lovforslag om udvidelse af patientsikkerhedsordningen til også at omfatte primærsektoren samt patienter og pårørende. Såfremt lovforslaget vedtages, står både regionerne og Sundhedsstyrelsen overfor mange nye udfordringer. I regionerne skal sikkerhedskulturen opbygges i primærsektoren, og der vil blive indsendt flere og anderledes hændelser regionalt og centralt og Sundhedsstyrelsen vil skulle implementere et nyt og forbedret elektronisk rapporteringssystem til at håndtere de store datamængder. Det er udfordringer, vi glæder os til.

*Sundhedsstyrelsens Enhed for Tilsyn, marts 2007*

Anne Mette Dons  
Kontorchef, overlæge



# Indhold

<b>1</b>	<b>Utilsigtede hændelser i 2006</b>	<b>7</b>
1.1	Rapporter indsendt til regionerne	7
1.2	Rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen	8
1.2.1	Hændelser i forbindelse med medicinering	12
1.2.2	Hændelser i forbindelse med operative og invasive procedurer	14
1.2.3	Fald	15
1.2.4	Selv mord og selvmordsforsøg	17
1.2.5	Hændelser i forbindelse med anæstesi procedurer	18
1.2.6	Hændelser i forbindelse med forveksling eller fejlkommunikation	18
1.2.7	Hændelser i forbindelse med kontinuitetsbrud	19
1.2.8	Hjertestop eller uventet død	21
1.2.9	Øvrige hændelser	22
1.2.10	Temaraapporter udarbejdet af regionerne	23
<b>2</b>	<b>Sundhedsstyrelsens opfølgning</b>	<b>24</b>
2.1	Forslag til forebyggelse af utilsigtede hændelser	24
2.2	Publikationer	25
2.2.1	Nyhedsbreve	25
2.2.2	Temaraapporter	25
2.2.3	OBS-meddelelser	26
2.2.4	Patientsikkerhedshistorie	27
2.2.5	Vejledninger udsendt af Sundhedsstyrelsen med baggrund i rapporterede utilsigtede hændelser til DPSD	27
2.3	Informationsaktiviteter	29
2.3.1	Folder	29
2.3.2	Foredrag og undervisning i 2006	29
<b>3</b>	<b>Evaluering af lov om patientsikkerhed</b>	<b>31</b>
<b>4</b>	<b>Lovændringer i sundhedsloven efter evalueringen</b>	<b>32</b>
<b>5</b>	<b>Samarbejde med Lægemiddelstyrelsen</b>	<b>32</b>
5.1	Utilsigtede hændelser vedrørende medicinering	32
5.2	Lægemiddelstyrelsens opfølgning vedrørende utilsigtede hændelser, hvor medicinsk udstyr indgår	33
5.3	Generelle tiltag	34
<b>6</b>	<b>Samarbejde med Statens Institut for Strålehygiejne</b>	<b>35</b>
6.1	Manglende billeder ved brug af digitalt røntgenudstyr	35
6.2	Manglende viden om røntgenudstyr	35
6.3	Mangler i kvalitetssikring på nuklearmedicinske afdelinger	35
<b>7</b>	<b>Sundhedsstyrelsens deltagelse i internationale fora omkring patientsikkerhed i forbindelse med utilsigtede hændelser</b>	<b>37</b>
7.1	Projekt om rapporteringssystemer under EU	37
7.2	Europarådets ekspertgruppe omkring patientsikkerhed	37
7.3	Nordisk arbejdsgruppe vedrørende indikatorer for patientsikkerhed	38
7.4	Ekspertgruppe under SimPatIE – projektet	38
<b>8</b>	<b>Bilagsfortegnelse</b>	<b>40</b>
	Årsrapport 2006 DPSD	5



# 1 Utilsigtede hændelser i 2006

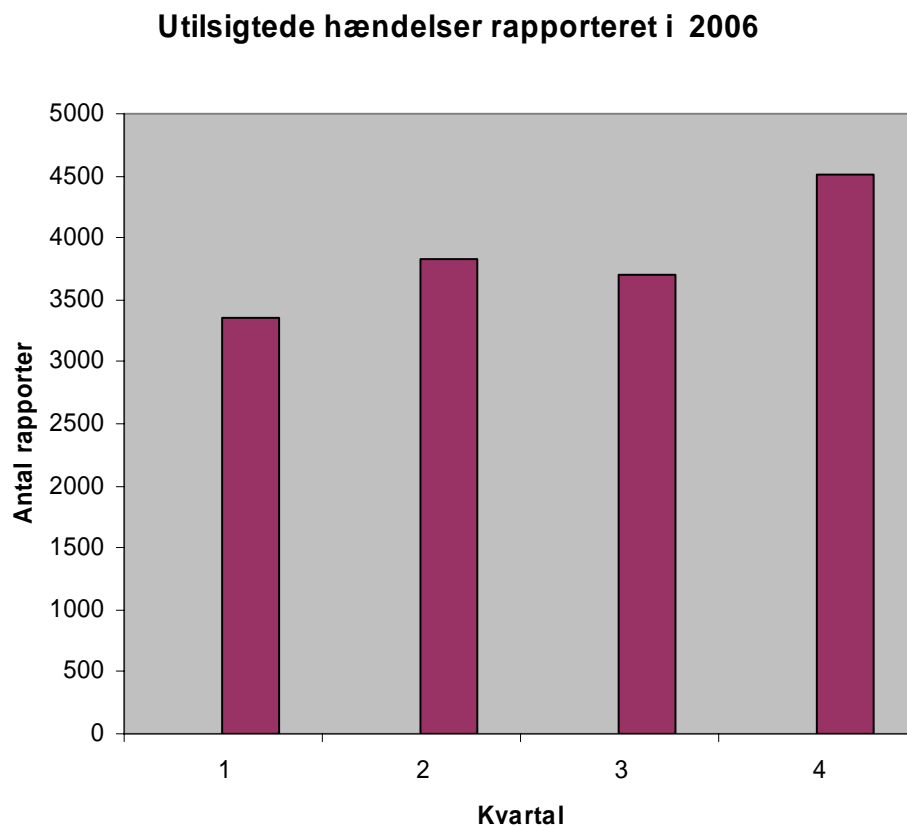
Der skelnes mellem to typer af rapporteringer, dels sundhedspersonens primære rapportering til den enkelte region, dels den sekundære rapportering til Sundhedsstyrelsen, som foretages af regionen, når den primære rapport er færdigbehandlet.

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

## 1.1 Rapporter indsendt til regionerne

I perioden 1. januar til 31. december 2006 blev der rapporteret 15.556 utilsigtede hændelser fra sundhedspersoner til regionerne.

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

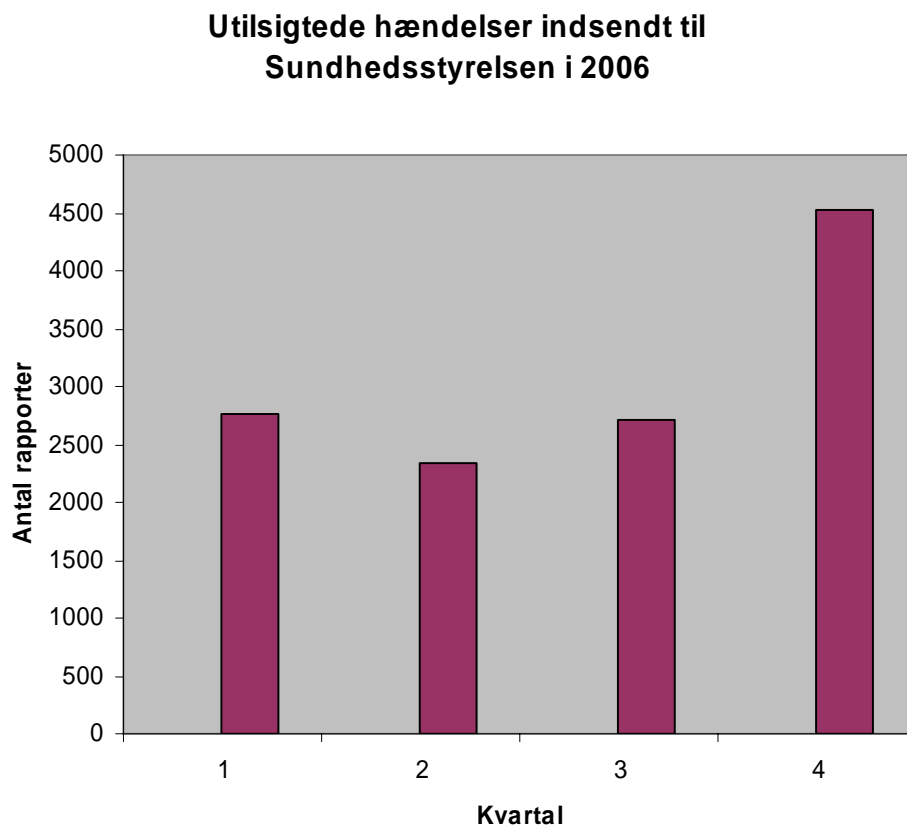


**Figur 1.** Antal nye rapporter i databasen fordelt på første, andet, tredje og fjerde kvartal af 2006.

## 1.2 Rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen modtog i 2006 i alt 12.370 færdigt analyserede rapporter fra regionerne.

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



**Figur 2.** Antal rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen fordelt på første, andet, tredje og fjerde kvartal af 2006.

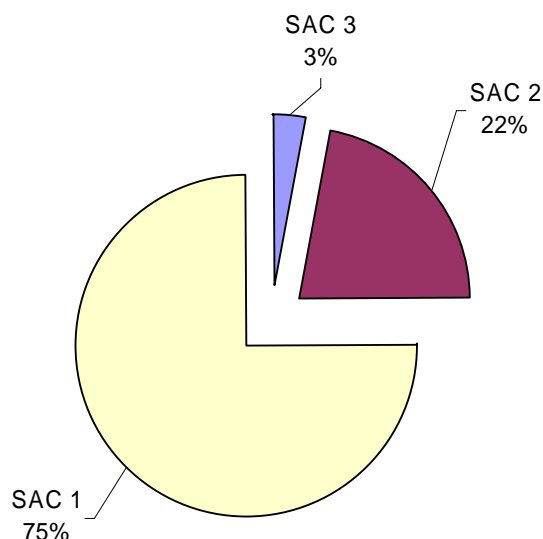
Rapporterne, der siden 1. januar 2006 har været inddelt i 9 kategorier, fordelte sig således

- 4356 (35 %) af rapporterne omhandlede hændelser i forbindelse med medicinering
- 802 (6 %) af rapporterne omhandlede hændelser i forbindelse med operative/invasive procedurer
- 2177 (18 %) af rapporterne omhandlede fald
- 117 (1 %) af rapporterne omhandlede selvmord og selvmordsforsøg
- 224 (2 %) af rapporterne omhandlede hændelser i forbindelse med anæsthesiprocedurer

- 1210 (10 %) af rapporterne omhandlede forveksling eller fejl-kommunikation
- 1163 (9 %) af rapporterne omhandlede hændelser i forbindelse med kontinuitetsbrud
- 102 (1 %) af rapporterne omhandlede hjertestop eller uventet død
- 2219 (18 %) af rapporterne omhandlede øvrige hændelser.

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

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



**Figur 3.** Indsendte rapporter til Sundhedsstyrelsen 2006 fordelt på den faktuelle risikoscore (SAC) af den rapporterede hændelse.

Af figur 3 ses, at kun 3 % af de indsendte hændelser er rapporteret med en faktuel risikoscore på 3, det vil sige som meget alvorlige. I 2004 var 3 % af de indsendte rapporter kategoriseret som meget alvorlige, og i 2005 var andelen 4 % . De meget alvorlige hændelser udgjorde således i 2006 ikke en større andel af de indsendte rapporter end i 2004 og 2005.

Tabel I viser de indsendte rapporters procentvise fordeling på rapportørens stilling:

**Table I: Indsendte rapporters fordeling på rapportørens stilling**

<b>Stillingskategori</b>	<b>Procent</b>
Lægeligt personale, dvs. alt lægeligt personale eksempelvis den lægelige direktør, speciallæger uafhængig af ansættelsessted, læger i alm. praksis, reservelæger, læger i forsknings- og undervisningsstillinger.	24,6
Sygeplejersker og andet plejepersonale. Alle sygeplejersker er inkluderet i denne kategori (sygeplejersker i forvaltning og administration, på kliniske afdelinger, i undervisningsstillinger, i den primære sundhedstjeneste og i private firmaer og organisationer). Endvidere social og sundhedsassistenter samt social og sundhedshjælpere ansat som sygehjælper, plejer eller plejeassistenter.	59,2
Tandlæger på sygehuse (overtandlæger samt andre tandlæger) samt i egen praksis.	0,2
Farmaceuter ansat på sygehus (på sygehusapotek eller på laboratorium) eller i privat virksomhed (apotek eller anden privat virksomhed).	0,3
Kliniske psykologer, børnepsykologer, neuropsykologer og børneneuropsykologer, pædagogiske psykologer vedr. børn og unge, sundhedspsykologer, gerontopsykologer, psykoterapeuter, arbejds- og organisationspsykologer samt psykologer i privat praksis.	0,1
Andet klinisk personale : Jordmødre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, bioanalytikere, uautoriserede laboranter, radiografer, diætister, audiologiassistenter og neurofysiologassistenter.	8
Andet personale tilknyttet primær og sekundærsektoren: Lægeseekretærer, apoteksassistenter, fodterapeuter, socialrådgivere, portører samt undervisere og behandlere ikke klassificeret andetsteds (lærer, pædagog, beskæftigelsesvejleder, musikterapeuter, bandagister samt skomager).	4,5
Teknisk personale, herunder radiografer	0,1
Ikke angivet	3

\* I tabel I er ikke medregnet rapporter fra H:S, idet de først i sidste kvartal af 2006 underopdelte hospitalspersonale på lægeligt personale samt sygeplejersker og andet plejepersonale.

Af tabel I ses, at størstedelen af hændelserne er rapporteret fra sygeplejersker og andet plejepersonale. For at kunne sammenligne tallene i ovenstående tabel skal det tages i betragtning, at der er omkring 11.000 hospitalsansatte læger, 33.000 hospitalsansatte sygeplejersker og 13.000 er registreret ansat som andet plejepersonale (social og sundhedsassistenter, plejere og plejeassistenter). Såfremt denne fordeling afspejler sig i rapporteringen burde omkring 20 % af rapporterne være rapporteret af lægeligt personale. Af tabel I ses, at dette er tilfældet. Fordelingen af indsendte rapporter på rapportørens stilling har været nogenlunde konstant siden rapporteringssystemet blev implementeret i 2004.

87.4 % af hændelserne rapporteres ikke – anonymt, dvs. i disse rapporter er opgivet rapportøren navn, e-mail eller lignende, og derved muliggøres opfølgning i regionerne. At så mange hændelser rapporteres ikke-anonymt tolkes, som at sundhedspersonerne er bevidste om, at rapporteringssystemet er et ikke - sanktionerende system. Andelen af hændelser rapporteret ikke – anonymt er steget med 4 % siden rapporteringssystemet blev implementeret i 2004.

I sommeren 2006 blev det i samarbejde med regionerne besluttet, at de skal indsende anonymiserede resuméer til Sundhedsstyrelsen af udførte analyser, især på hændelser rapporteret med en faktisk risikoscore på 3. Der er i alt modtaget 52 resuméer af kerneårsagsanalyser på hændelser, som er rapporteret med en faktisk risikoscore på 3. En kerneårsagsanalyse kan beskrives som en systematisk analyse af et hændelsesforløb for på den måde at nå ind til den inderste kerne, dvs. de egentlige årsager til, at der skete en alvorlig utilsigtet hændelse. Hensigten er at opnå læring for dermed at forhindre, at en lignende hændelse kan ske igen.

Sundhedsstyrelsen har endvidere modtaget flere aggregerede analyser omhandlende fald og medicinering. Derudover er modtaget et mindre antal resuméer af kerneårsagsanalyser udført på hændelser rapporteret med en faktisk risikoscore på 1 eller 2, og hvor regionerne har vurderet, at der ville være læring i at udføre en analyse. Alle resuméer vil indgå i Dansk Patient Sikkerheds Databasens (DPSD) videre arbejde.

De 320 rapporter indsendt med en faktisk risikoscore på 3 fordelte sig på de 9 kategorier som vist i tabel II.

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

Hændelseskategori	Antal rapporter (antal indsendte resuméer)
Hændelser i forbindelse med medicinering	16 (3)
Hændelser i forbindelse med operative eller invasive indgreb	45 (8)
Fald	77 (3)
Selv mord og selvmordsforsøg	42 (12)
Hændelser i forbindelse med anæstesi-procedurer	2 (0)
Forveksling eller fejlkommunikation	2 (0)
Hændelser i forbindelse med kontinuitetsbrud	31 (5)
Hjertestop eller uventet dødsfald	64 (13)
Øvrige hændelser	41 (8)

I de følgende kapitler er der i hovedtræk redegjort for problematikkerne i de forskellige rapporterede kategorier samt beskrevet potentialer for forebyggelse. Dette er endvidere indarbejdet i handleplanen, se bilag IV.

### 1.2.1 Hændelser i forbindelse med medicinering

En hændelse i forbindelse med medicinering er defineret som en afvigelse fra den proces, som sikrer patienten den rette dosis af det rette lægemiddel på det rette tidspunkt og på den rette måde.

I denne kategori er i alt indsendt 4356 rapporter til Sundhedsstyrelsen. Rapporterne er i regionerne før indsendelse til Sundhedsstyrelsen kategoriseret som hændelser i forbindelse med ordination, dokumentation, dosering, administration eller andre hændelser.

Niogtyve procent er rapporteret i forbindelse med ordination, 12 % i forbindelse med dokumentation, 20 % i forbindelse med dosering, 33 % i forbindelse med administration og 6 % som andre hændelser i forbindelse med medicinering.

Rapporterne omhandlende *ordination* vedrørte beslutning og dokumentation af en given medicinsk behandling, som var rettet mod en specifik patient eller patientgruppe.

De fleste hændelser omhandlede forkert dosisordination af det rigtige præparat, herunder forkert dosering på den recept, som blev givet til patienten ved udskrivelsen fra hospitalet. Enkelte rapporter omhandlede ordination af det forkerte præparat. Hændelserne resulterede bl.a. i, at patienterne fik – eller var i risiko for at få – den forkerte dosis af det rigtige præparat, det forkerte præparat eller ingen medicin. Årsagerne til hændelserne er bl.a. beskrevet som stress, herunder manglende ro ved medicinordinationen.

En patient med kræft fik ordineret fuld dosis kemobehandling. Patientens blodprøver viste imidlertid klart, at patientens immunforsvar var nedsat. Men der blev ikke reageret på dette ved dosisreduktion af kemobehandling.

Rapporterne i forbindelse med *dokumentation* vedrørte de skriftlige forhold omkring medicineringsprocessen og omhandlede især hændelser i forbindelse med overførsel af information fra journal til medicinskema (papir eller elektronisk), fra medicinskema til medicinskema, fra medicinskema til udskrivningskort og dokumentation af givet medicin. De fleste rapporter omhandlede mangelfuld overførsel af ordination fra journal til medicinskema, hvorved patienten fik - eller var i risiko for at få et forkert præparat eller en forkert dosis eller ingen medicin. Som årsager til hændelserne er bl.a. beskrevet for lidt personale, kommunikationsproblemer samt manglende enstrenget medicinhåndtering.

I en patients journal var ordineret Centyl med kaliumklorid (vanddrivende medicin tilsat salt), men ordinationen var overført til medicinkardex som Centyl uden kaliumklorid.

En patient fik antibiotikum direkte ind i en vene i løbet af få minutter. Hun blev dårlig. Medicinen skulle have været blandet med saltvand og givet langsomt over en halv time.

I rapporter omhandlende *dispensering* er beskrevet hændelser, der omfattede alle former for ophældning af lægemidler til patienter. Dispensering er den aktivitet, som foregår i medicinrummet eller tilsvarende. Hændelserne omhandlede bl.a. manglende eller forkert ophældning af dosis og præparat samt forkert opløsning af medicin, som skulle gives intravenøst og resulterede bl.a. i, at patienterne fik forkert dosis, forkert præparat eller ingen medicin. Årsagerne til hændelserne er angivet som manglende ro ved op-

hældningen samt at skemaerne, som indeholdt informationen om patienternes medicinering, var uoverskuelige.

I rapporterne omhandlede *administration* af medicin er beskrevet hændelser, som skete i den del af medicineringsprocessen, som foregik efter dispenseringen. Hændelserne resulterede i, at patienterne fik forkert dosis, forkert præparat, det rigtige præparat på det forkerte tidspunkt, ingen medicin eller den forkerte patient fik præparatet. Enkelte rapporter omhandlede hændelser, hvor den forkerte administrationsvej blev brugt eller der var risiko herfor. Årsagerne til hændelserne er i rapporterne bl.a. beskrevet som mangelfuld patientidentifikation ved administration af medicin. I rapporterne vedrørende forkert administrationsvej er som primær årsag anført manglende erfaring.

Rapporterne indsendt til Sundhedsstyrelsen under medicinering og underkategoriseret som andre hændelser er en heterogen blanding af hændelser. Der er bl.a. beskrevet hændelser, hvor sundhedspersoner fandt piller på gulvet, hvor medicinen var placeret forkert i medicinskabet samt bivirkninger til medicin, sidstnævnte specielt i form af allergiske reaktioner til kontrastindgivelse.

En sygeplejerske kontrollerede hverken navn eller CPR – nummer på den patient, som hun gav en indsprøjtning med B-vitamin. Den patient, som havde fået ordineret B-vitamin sprøjten, fik den ikke. Det gjorde en medpatient på en anden stue derimod.

### Rapporter indsendt med faktisk risikoscore 3

I rapporterne er bl.a. beskrevet problemstillinger med manglende enstrenget medicinhåndtering (dvs. (ét skema til ordination, dosering, administration og dokumentation). Denne problemstilling omhandlede i flere rapporter blodfortyndede medicin.

Andre rapporter omhandlede ordination af præparatet Digoxin (hjertemedicin). Digoxin findes i tabletter med styrker på 62,5 micrg. og 0,250 mg. I det elektroniske system var præparatet sorteret med højeste styrke nævnt først, modsat andre præparater med laveste styrke nævnt først. Patienterne blev således overdoseret.

Endvidere er der rapporter, der omhandlede dobbelt administration af præparatet gentamycin (antibiotikum). I handleplanen, som blev indsendt sammen med analyseresuméet, er bl.a. beskrevet, at der i den Elektroniske Patientjournals Medicineringsmodul (EPM) skal implementeres en advarsel, når man forsøger at give en dosis, som patienten allerede har fået.

### Forebyggelse

Det har siden 1. juni 2003 været obligatorisk for alle sygehusafdelinger at have enstrenget medicinhåndtering. Enstrenget medicinhåndtering er beskrevet i vejledning om ordination og håndtering af lægemidler fra 2005.

I ovennævnte vejledning er endvidere beskrevet, at den person, som dispenserer medicinen, er ansvarlig for, at dispenseringen er i overensstemmelse med ordinationen og for at medicinbeholderen (doseringsæske, medicinglas, ampul, sprøjte eller lignende) er markeret med patientens navn og personnummer. Den person, som administrer medicinen skal sikre, at identifikationen af patienten svarer til identifikationen på medicinbeholderen.

I DPSD's Nyhedsbrevet 1, 2006 er Lægemiddelstyrelsens tiltag vedrørende præparatet Digoxin beskrevet. Lægemiddelstyrelsen har i samarbejde med indehaveren af markedsføringstilladelsen ændret enheden for tablet Digoxin fra 0,250 mg til 250 microg., så styrken af de to præparater opgives med samme enheder, og den laveste styrke dermed kommer først i de elektroniske lister.

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

Hændelser i denne kategori er defineret som hændelser, der er relateret til forberedelse, gennemførelse og opfølgning på operative indgreb og undersøgelsesprocedurer, som indebærer gennembrydning af hud eller slimhinder eller indførelse af apparatur gennem de naturlige legemsåbninger.

Der er i alt indsendt 802 rapporter til Sundhedsstyrelsen.

Mange rapporter omhandlede hændelser, hvor der skete forvekslinger eller patienterne fik fysiske traumer. Der var også hændelser, der omhandlede knækkede genstande i patienterne samt planlægnings- og kapacitetsproblemer. Andre rapporter omhandlede kendte komplikationer samt fejldiagnosticering eller – behandling og manglende diagnosticering og behandling eller risiko herfor.

I denne kategori er også rapporteret utilsigtede hændelser i forbindelse med anvendelse af venekatetre og fødesonder samt hændelser der resulterede i, at patienterne ikke fik ladt vandet efter operationer.

En patient med mangelfuld passage af galdevejene fik anlagt et dræn i disse. Sundhedspersonalet glemte at åbne drænet. Patienten fik bakterier i blodet og blev overflyttet til en intensiv afdeling.

Som årsager til hændelserne er bl.a. beskrevet manglende interne instrukser, som beskriver hvem, der har ansvaret for de forskellige opgaver i forbindelse med udførelse af operative eller invasive procedurer, eksempelvis fjernelse eller optællingen af tamponer, servietter med videre samt manglende undervisning i allerede eksisterende instrukser.

### Rapporter indsendt med faktisk risikoscore 3

De fleste rapporter omhandlede fejldiagnosticering eller – behandling og manglende diagnosticering og behandling samt komplikationer. Enkelte rapporter omhandlede venflon (venekatetre), hvor væsken løb subcutant (under huden) med alvorlige konsekvenser for patienten. En enkelt rapport omhandlede forveksling af implantat.

I de indsendte resuméer af kerneårsagsanalyser med tilhørende handleplaner er bl.a. beskrevet en patient, som havde fået lagt et venekateter, der ikke blev observeret. Væsken fra kateteret løb under huden på patienten og medførte vævsdød af den underliggende hud. I medsendte handleplan til undgåelse af fremtidige hændelser er bl.a. beskrevet implementering af tjeklister til observation og kontrol af CVK (centrale venekatetre) og perifere venekatetre.

En anden analyse omhandlede brug af forkert implantat ved en operation. Den efterfølgende analyse viste, at personalet ikke havde fulgt vejledningen til sikring mod forvekslinger ved kirurgiske indgreb, 'De fem trin', struktureret. (se afsnit 2.2.5.1)

## 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 operationen bør foregå.

I artiklen ' Best practice for preventing a retained body' \* gives bl.a. følgende re-kommandationer for at forhindre, at der glemmes effekter i patienter:

- Afdelingen skal følge nationale vejledninger vedrørende kontrolforanstaltninger ved anvendelse af effekter ved operationer.
- Der skal være et miljø, der fokuserer på den perioperative omsorg for patienten.
- Der skal være personalenormeringer således at interne instrukser vedrørende optælling altid kan følges.
- Der skal kun bruges svampe, servietter, sakse mv., som det er muligt at de-tektere med røntgenstråler.

I år 2002 udsendte Sundhedsstyrelsen en vejledning om anvendelse af perorale (via munden) fødesonder, af hvilken det fremgår at fødesonden skal kontrolleres efter nedlæggelse og inden enhver anvendelse. Kontrolproceduren kan foregå på forskellige måder, men den valgte kontrolprocedure skal fremgå af afdelingens instruks.

I 2006 har Sundhedsstyrelsen udsendt temarapporten: 'Forberedelse af patienter forud for operative eller invasive indgreb og større billeddiagnostiske undersøgelser.' Sundhedsstyrelsen udvalgte 8 utilsigtede hændelser ('nær - hændelser'), som illustrerede typiske problemstillinger. Til hver hændelse har Sundhedsstyrelsen knyttet kommentarer, der skal betragtes som anbefalinger, se endvidere afsnit 2.2.2.1.

Sundhedsstyrelsen har i 2006 på baggrund af rapporterne til DPSD udsendt vejledningen til sikring mod forveksling ved kirurgiske indgreb: 'De fem trin'. Vejledningen præciserer, hvordan sundhedspersoner skal forholde sig og dermed forhindre utilsigtede hændelser forårsaget af forvekslinger. Den beskriver en procedure bestående af fem komplementære trin, se endvidere 2.2.5.1.

- AORN JOURNAL , July 2006, VOL 84, SUPPL 1. (From Safety Net)

- 

### 1.2.3 Fald

Patientfald er defineret som en hændelse, hvor en patient ufrivilligt befinder sig på gulvet eller et lavere niveau end udgangspunktet, med eller uden bevidsthedstab.

Der er i alt indsendt 2177 rapporter til Sundhedsstyrelsen.

I 60-70 % af rapporterne er angivet, at patienterne faldt på sygestuen, i 10-20 % i toiletrummet eller badeværelset. I de resterende rapporter er angivet, at patienterne faldt på fællesarealer, gangarealer, udenfor sygehusene eller andre steder.

I en del af rapporterne er beskrevet, at patienterne var konfuse, medicinpåvirkede, havde gangbesvær eller der manglede hjælpemidler (eksempelvis rollatorer).

I rapporterne, hvor det er angivet, at patienterne faldt på sygestuen, er bl.a. beskrevet, at patienterne faldt fra senge, hvor sengehesten ikke var slået op eller fra sengekanten, når de forsøgte at rejse sig fra sengen. Der er også rapporter, hvor det er beskrevet, at patienter kravlede over sengeheste og faldt. De faldt dermed fra en højere højde, end hvis sengehestene ikke havde været slået op.

I rapporterne, hvor patienterne faldt i toiletrummet eller badeværelset er beskrevet, at de faldt på glatte gulve, eller når de satte sig på eller rejste sig fra toiletsædet.

I de andre rapporter er beskrevet fald, når patienterne med dårlig gangfunktion eller manglede hjælpemidler gik på gange eller andre fællesarealer.

Konsekvenserne af hændelserne er beskrevet som frakturer, specielt hoftefraktur, hovedtraumer, hudafskrabninger, efterfølgende angst med videre.

En patient gled og faldt i badeværelset, da gulvet var glat. Rummet var meget lille, og hældningen på gulvet var forkert og bevirkede, at vandet ikke løb ned i afløbet. Patienten fik en stor hudafskrabning på armen.

Veterans Affairs (VA) National Center for Patient Safety i USA har i 2004 udarbejdet et såkaldt 'Falls Tool Kit', som bl.a. beskriver risikofaktorer, der dels er relateret til patienten, dels til omgivelserne. Som eksempler på risikofaktorer, der er relateret til patienten, er angivet tidligere faldepisoder, kognitive forandringer, balanceproblemer, svimmelhed, for lavt blodtryk og alder større end 65 år, og som eksempler på risikofaktorer relateret til omgivelserne er angivet glatte gulve, dårlig belysning, dårligt fodtøj, lave toiletsæder, for høje senge og løse ledninger. VA har også beskrevet metoder til at risikovurdere patienter. I metoderne indgår netop beskrevne risikofaktorer. Endvidere er beskrevet forslag til interventionsstrategier. Af disse kan der udvælges de emner, der er relevante til netop den aktuelle afdeling og den aktuelle patient.

### **Rapporter indsendt med faktisk risikoscore 3**

De fleste hændelser omhandlede patienter, som faldt og brækkede en hofte. Enkelte rapporter omhandlede patienter, der faldt og brækkede skulderen, armen, håndledet, ryggen eller fik et hovedtraume. I en del af rapporterne er beskrevet, at patienterne var konfuse og ikke klar over deres egen formåen. I ingen af rapporterne er beskrevet, at der var foretaget faldscreening af patienterne.

Sundhedsstyrelsen har modtaget både resuméer af kerneårsagsanalyser og aggregerede analyser på hændelser omhandlende fald. Derudover er der modtaget temarapporter omhandlende emnet. Dette vil indgå i DPSD's fremtidige arbejde, se nedenfor.

### **Forebyggelse**

Mange amter har i det forløbne år udført aggregerede analyser og udarbejdet temarapporter og forebyggelsesprogrammer vedrørende faldepisoder. Sundhedsstyrelsen vil i det kommende år indsamle flere af disse analyser, rapporter og forslag til forebyggelsestiltag og sammenligne dem med internationale erfaringer og på denne

baggrund komme med forslag til nationale tiltag, se endvidere handleplanen bilag IV.

#### 1.2.4 Selvmord og selvmordsforsøg

Selvord er en handling med dødelig udgang og selvmordsforsøg en handling uden dødelig udgang, som en person med forventning om et dødeligt udfald selv har foranstaltet og gennemført.

Der er i alt indsendt 117 rapporter til Sundhedsstyrelsen i denne kategori. Seksog-tredive af rapporterne omhandlede selvmord og 81 omhandlede selvmordsforsøg.

Patienter begik eller forsøgte at begå selvmord ved medicinoverdoseringer, spring fra højder, hængning i ledninger og bruseforhæng med videre.

I nogle af rapporterne er beskrevet, at selvmordene og selvmordsforsøgene under indlæggelse måske kunne have været udgået, hvis patienten havde haft en fast vagt.

En patient var bæltefikseret og havde en fast vagt. Det lykkedes alligevel patienten at få betrækket af puden. Patienten forsøgte at strangulere sig selv med dette. Den faste vagt opdagede det, sikrede frie luftveje og slog alarm.

I en del af rapporterne er beskrevet, at patienterne begik selvmord ved udgang eller orlov fra den psykiatriske afdeling. Endvidere omhandlede nogle rapporter patienter med alvorlige somatiske sygdomme eksempelvis kræft, som begik selvmord under indlæggelse på medicinske afdelinger. I enkelte af disse rapporter er beskrevet, at patienterne var blevet selvmordsvurderet.

### Rapporter indsendt med faktisk risikoscore 3

Alle rapporter omhandlende patienter, der begik selvmord, er rapporteret med en faktisk risikoscore på 3. Derudover er der rapporteret hændelser omhandlende selvmordsforsøg med efterfølgende store fysiske skader på patienten.

I meget få rapporter er beskrevet, at patienten var blevet selvmordsvurderet. I en del af rapporterne er konkluderet, at en fast vagt sandsynligvis ville kunne have forhindret patientens selvmord.

I mange af de indsendte resuméer blev der ikke fundet nogen afdækkende kerneårsager og der er derfor ikke udarbejdet en handleplan. I andre er den vigtigste kerneårsag beskrevet som manglende selvmordsvurdering af patienten og i medsendte handleplaner indgår derfor implementering af interne instrukser til selvmordvurdering.

### Forebyggelse

Sundhedsstyrelsen udsendte i 2006 temarapporten om forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse. I rapporten peges på en række muligheder for at reducere antallet af selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse, se endvidere under temarapporter, afsnit 2.2.2.1.

### 1.2.5 Hændelser i forbindelse med anæstesi procedurer

Under denne kategori er rapporteret hændelser i forbindelse med anæstesi procedurer, hvor der er sket patientskade eller kunne have været sket patientskade, og hvor der samtidig er risiko for gentagelse og potentiale for læring.

Der er i alt indsendt 224 rapporter til Sundhedsstyrelsen i denne kategori.

De fleste rapporter omhandlede utilsigtede hændelser i forbindelse med koordinering og planlægning, anvendelse af intuberingstuber, venekatetre, apparatur samt fejldiagnosticering eller – behandling og manglende diagnosticering og behandling

Et 1-årigt barn med lungebetændelse fik vejtrækningsproblemer og skulle derfor have hjælp til at trække vejret ved hjælp af en iltmaske. Men masken var tilsluttet atmosfærisk luft i stedet for ilt.

Årsagerne til hændelserne er angivet som manglende interne instrukser og procedurer, defekt apparatur, stress hos personalet mv.

### Rapporter indsendt med faktisk risikoscore 3

Rapporterne omhandlede utilsigtet ekstubering (fjernelse af luftslange) samt manglende monitorering af en patients hjertefunktion ved transport mellem en operationsgang og en opvågningsstue med fatale konsekvenser for patienterne.

### Forebyggelse

Rapporterne omhandlende defekt apparatur, som eksempelvis fejl ved monitoreringsudstyr og respiratorer, er videregivet til Lægemiddelstyrelsens afdeling for medicinsk udstyr med henblik på opfølgning.

### 1.2.6 Hændelser i forbindelse med forveksling eller fejlkommunikation

Under denne kategori er rapporteret hændelser relateret til ombytning af kliniske prøver eller produkter samt hændelser, hvor skriftligt eller elektronisk svar på prøver og kliniske undersøgelser blev ombyttet (herunder forkerte labels på prøvesvar) eller hændelser, hvor papirer var i forkerte journaler, eller der blev foretaget en forkert markering af røntgenbilleder.

Der er i alt indsendt 1210 rapporter til Sundhedsstyrelsen.

De fleste rapporter omhandlede hændelser, hvor papirer, herunder prøvesvar, rekvisioner og undersøgelsesresultater var placeret i de forkerte journaler. Papirerne var påført den rigtige patients navn og CPR-nummer, men var blevet placeret i en anden patients journal.

En del rapporter omhandlede ombytning af kliniske prøver og produkter, eksempelvis ombytning af blodprodukter til to patienter eller ombytning af blodprøver fra to patienter.

Andre rapporter omhandlede hændelser med forkerte markeringer på røntgenbilleder, som ombytning af højre venstre side eller af patienter. Der er i denne under-

gruppe også rapporteret en del hændelser, hvor rekvisitionerne til røntgenafdelingerne var udfyldt forkert, eksempelvis hvor røntgenoptagelserne var rekvireret til optagelse af det forkerte organ eller den forkerte region.

Konsekvenserne for patienterne var fejldiagnosticering eller – behandling og manglende diagnosticering og behandling eller risiko herfor.

Årsagerne til hændelserne er beskrevet som mangelfuld patientidentifikation dels ved udførelse af prøverne eller undersøgelserne dels ved tilbagemelding af svar og undersøgelsesresultater. I rapporterne er nævnt, at der manglede interne instrukser herfor eller, at de interne instrukser vedrørende patientidentifikation forelå, men ikke blev anvendt.

### **Rapporter indsendt med faktisk risikoscore 3**

Rapporterne omhandlede fejlkommunikation mellem sundhedspersonale vedrørende observation og behandling af patienter, hvilket havde fatale konsekvenser for patienterne.

### **Forebyggelse**

Sundhedsstyrelsen udsendte i 1998 en vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet. Sundhedsstyrelsen finder, at der skal være en generel instruks for fastlæggelse af afdelingens sædvanlige principper for personidentifikation af patienter, for mærkning og kontrol af oplysninger (herunder diagnostisk materiale) samt for entydig og fuldstændige oplysninger. Ved personidentifikation gælder som hovedregel, at en patient ikke er korrekt identificeret ved navn, men at personnummer skal indgå.

#### 1.2.7 Hændelser i forbindelse med kontinuitetsbrud

Under denne kategori er rapporteret hændelser, der opstod, når en patient blev overflyttet fra en afdeling til en anden eller fra et hospital til et andet eller, hvor der på andre måder opstod et væsentligt kontinuitetsstab.

Der er i alt indsendt 1163 rapporter til Sundhedsstyrelsen i denne kategori.

Rapporterne vedrørende hændelser om kontinuitetsbrud pga. overflytninger mellem afdelinger eller sygehuse omhandlede langt overvejede problemstillinger vedrørende manglende oplysninger om status på patienternes aktuelle tilstand til den nye afdeling eller hospital. Dette medførte fejldiagnosticering eller – behandling og manglende diagnosticering og behandling eller risiko herfor. I rapporterne er beskrevet, at når patienten ankom til den nye afdeling eller det nye hospital manglede eksempelvis journalen, røntgenbilleder eller notat om, hvorfor patienten blev overflyttet.

En patient, der et par uger tidligere var blevet opereret i knæet, kom til kontrol i ambulatoriet. Lægen, der undersøgte patienten, besluttede at indlægge ham og patienten blev af en portør transporteret til den aktuelle afdeling. Portøren havde journalen med, men der var ikke noget notat fra lægen, der havde undersøgt patienten. Det var derfor ikke muligt umiddelbart at behandle patienten på afdelingen.

Andre rapporter omhandlende kontinuitetsbrud mellem to afdelinger eller hospitaler beskrev manglende udførelse af ordinerede prøver eller undersøgelser på en anden afdeling end patientens stamafdeling. I disse rapporter er beskrevet, at rekvisitioner eller prøvemateriale fra patientens stamafdeling aldrig nåede frem til den aktuelle afdeling, at de modtagne prøver ikke blev analyseret eller undersøgelserne ikke fandt sted.

Nogle rapporter omhandlede utilsigtede hændelser opstået ved udskrivelse af patienten til hjemmet, herunder mangelfuld information til patienten, hjemmeplejen eller praktiserende læger.

I denne kategori er også rapporter omhandlede mangelfuld opfølgning indenfor afdelingen. Der er beskrevet hændelser, hvor svar på blodprøver, røntgenbeskrivelser med videre blev afleveret på afdelingen, men ikke blev set af sundhedspersonalet og derfor heller ikke fulgt op på samt hændelser, der beskrev bortkomne journaler og journalnotater i afdelingen.

Årsagerne til hændelser er hovedsaglig beskrevet som kommunikationsproblemer og mangel på interne instrukser og procedurer, der beskriver, hvem der er ansvarlig for overflytninger, opfølgning på ordinerede prøver med videre.

### **Rapporter indsendt med faktisk risikoscore 3**

De fleste rapporter omhandlede kontinuitetsbrud mellem forskellige afdelinger på samme hospital eller mellem to forskellige hospitaler. Andre rapporter omhandlede hændelser, som skyldtes manglende opfølgning af prøveresultater på patientens stamafdeling. Begge type hændelser havde alvorlige konsekvenser for patienten.

I de indsendte resuméer og medfølgende handleplaner er bl.a. beskrevet, at der skal udarbejdes interne instrukser for akutte overflytninger til intensive afdelinger.

### **Forebyggelse**

Sundhedsstyrelsen udsender primo 2007 en vejledning om epikriser mv. (udskrivelsesbreve) ved udskrivelse fra sygehuse. I vejledningen beskrives bl.a., hvad en epikrise skal indeholde samt hvem der har ansvar for udarbejdelsen af denne. I denne vejledning beskrives endvidere overflytninger mellem afdelinger. Erfaringsmæssigt udgør en overflytning af patienten mellem to afdelinger eller sygehuse en risiko for patientens sikkerhed, idet overførslen af informationen vedr. patienten ikke sikres tilstrækkeligt. Det er derfor vigtigt, at alt relevant lægefaglig information videregives ved overflytning af en patient. Ved overflytning til behandling skal det derfor fremgå af journalen, hvorfor patienten er blevet overflyttet og patientens status ved overflytningen. Det er den for overflytningen ansvarlige læge, der skal sikre videregivelsen af oplysningerne, samt at informationen er opdateret, og følger patienten.

Sundhedsstyrelsen er endvidere ved at udarbejde en temarapport omhandlende udførelse og forsendelse af blod og - vævsprøver og billeddiagnostik samt håndtering, vurdering og formidling af prøvesvar. Rapporten vil således beskrive og komme med forslag til tiltag vedrørende nogle af problemstillingerne omkring mangelfuld opfølgning, som beskrevet ovenfor. Rapporten forventes at udkomme primo 2007.

### 1.2.8 Hjertestop eller uventet død

Under denne kategori er rapporteret hændelser, hvor en patient fik hjertestop eller døde pludseligt uventet.

Der er i alt indsendt 102 hændelser til Sundhedsstyrelsen i denne kategori.

Omkring halvdelen af rapporterne i denne kategori omhandlede hændelser, der opstod i forbindelse med genoplivning af patienter med hjertestop.

En ung patient blev indbragt til skadestuen dybt sovende. Ved ankomst til skadestuen blev det af patientens kammerater oplyst, at patienten 'kun' var påvirket af alkohol, ikke af stoffer. Patienten blev på de foreliggende oplysninger vurderet til at være den mindst akutte patient og blev anbragt i aflåst sideleje og løbende observeret for, om han var tør og varm. Der var ingen elektronisk overvågning. Omkring en halv time efter ankomsten til skadestuen fik han hjertestop. Patienten blev genoplivet, men døde få dage efter.

Den anden halvdel omhandlede hændelser, hvis konsekvens var, at patienterne fik hjertestop.

I rapporterne omhandlede genoplivning af patienter med hjertestop er beskrevet utilsigtede hændelser vedrørende manglende apparatur eller fejl ved apparatur, eksempelvis fejl ved defibrillatorer samt koordineringsproblemer ved genoplivningsproceduren, eksempelvis manglede information til hjertestophold.

Årsagerne til disse hændelser er bl.a. beskrevet som manglende kontrol af, om apparatur var til stede og funktionsdygtigt, manglende oplæring af personale samt manglende udarbejdelse af interne instrukser og procedurer, bl.a. vedrørende opkald til relevante sundhedspersoner ved hjertestop.

I rapporterne omhandlede hændelser, som førte til, at patienterne fik hjertestop, er beskrevet komplikationer og bivirkninger til behandlinger og medicinindtag, manglende observation af indlagte patienter samt fejldiagnosticering eller – behandling og manglende diagnosticering og behandling af patienter. I de fleste af rapporterne omhandlede komplikationer eller bivirkninger er beskrevet, at hændelserne ikke kunne have været forebygget. I rapporterne vedrørende mangelfuld observation af patienterne er årsagerne beskrevet som værende manglende interne instrukser samt mangel på personale, og i rapporterne vedrørende fejldiagnosticering eller – behandling og manglende diagnosticering og behandling er det bl.a. beskrevet, at der manglede instrukser for udredning af den aktuelle patientkategori.

#### **Rapporter indsendt med faktisk risikoscore 3**

Dette er en heterogen blanding af hændelser, hvor patienter med forskellige grundsygdomme fik hjertestop, men de indsendte anonymiserede resuméer af kerneårsagsanalyser antyder dog ens problemstillinger.

I de fleste af resuméerne er som kerneårsag beskrevet, at personalet manglede erfaring med observation af akutte tilstande, at der var for lidt personale til observation af patienter, som fik det akut dårligt samt at der manglede instrukser, der beskrev, hvordan personalet kontrollerede, om apparatur var intakt.

De medfølgende handleplaner tager udgangspunkt i de afdækkede kerneårsager og omhandler undervisning af personalet i observation af patienter, indførelse af akutteam samt udarbejdelse af nye instrukser og revision af allerede eksisterende, herunder indførelse af skemaer til observation af akutte patienter.

### **Forebyggelse**

På mange hospitaler foregår alarmering af hjertestop gennem et centralt telefonnummer, som besvares af personale i sygehusets reception eller omstilling. Det er derefter disse personers ansvar at dirigere de relevante personer til det aktuelle sted. Der er forskellige alarmtelefonnumre på de danske hospitaler. Antallet af cifre og cifrene er forskellige fra hospital til hospital. Da der samtidig er stor personaleudskiftning på hospitalerne øges sandsynligheden for, at personalet ikke husker alarmtelefonnummeret på det aktuelle hospital.

Ovenstående problematik er formidlet videre til Sundhedsstyrelsens enhed for Planlægning med henblik på standardisering af alarmtelefonnumre på de danske hospitaler.

Sundhedsstyrelsens Enhed for Planlægning sendte i december måned 2006 rapporten 'Gennemgang af akutberedskab' i høring. I denne peges bl.a. på, at akutmodtagelse skal samles på et mindre antal sygehuse samt at der på disse sygehuse skal være repræsenteret et minimum af specialer og funktioner. Endvidere anbefales, at der til behandling af svært kritisk syge patienter / tilskadekomne (traumecentre) skal være en række specialer tilgængelige på højt specialiseret niveau. Rapporten kan læses på [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

#### 1.2.9 Øvrige hændelser

Der er i alt indsendt 2219 rapporter til Sundhedsstyrelsen i denne kategori.

Under denne kategori er rapporteret alle øvrige hændelser, og det er derfor en heterogen blanding af utilsigtede hændelser omhandlende fejl i diagnosticering eller – behandling og manglende diagnosticering og behandling, fejl ved apparatur, utilsigtede hændelser på psykiatriske afdelinger som påsætning af brand eller vold mod medpatienter, utilsigtede hændelser i forbindelse med udførelse af analyser på laboratorier osv.

Et barn, som var født for tidligt og kun vejede 1 kg, blev lagt i en kuvøse. Kort efter observerede en sygeplejerske, at barnets puls steg til 200 og barnets temperatur til 40,1 Celsius grader. Årsagen var, at kuvøsens temperatur var sat til 36,5 i stedet for 28 grader Celsius.

Årsagerne til hændelserne er ligeledes beskrevet som mangeartede, eksempelvis manglende interne procedurer for forskellige arbejdsgange, for lav personalenormering samt kommunikationsproblemer mellem sundhedspersoner.

### **Rapporter indsendt med faktisk risikoscore 3**

Dette er ligeledes en heterogen blanding af rapporter omhandlende fejl i diagnosticering eller – behandling og manglende diagnosticering og behandling, defekt apparatur, manglende planlægning og koordinering med alvorlige konsekvenser for patienterne.

De indsendte resuméer af kerneårsagsanalyser omhandlede hovedsagligt manglende behandling af patienter, og som kerneårsager er bl.a. beskrevet manglende overvågning eller opsyn med patienterne grundet for lille personalenormering og mangelfuld kommunikation mellem sundhedspersonalet såvel skriftligt som mundtligt.

I handleplanerne er beskrevet udarbejdelse af interne instrukser, hvor videregivelse af information omkring patienters sygdom og behandling internt i afdelingerne sikres.

### **Forebyggelse**

På baggrund de indsendte rapporter tegner der sig ikke noget entydigt mønster og hermed heller ikke noget oplagt potentiale for forebyggelse på nationalt niveau.

Rapporterne omhandlende apparatur er formidlet videre til Lægemiddelstyrelsens afdeling for medicinsk udstyr med henblik på opfølgning.

#### 1.2.10 Temarapporter udarbejdet af regionerne

Der er fra regionerne til Sundhedsstyrelsen indsendt temarapporter omhandlende emnerne patientfald, hjertestop, brug af samtidig varmepude og epiduralblokade samt om medicinering. Rapporterne kan hentes i sagsbehandlerportalen på DPSD's hjemmeside under menuen temarapporter og vil indgå i Sundhedsstyrelsens videre arbejde.

## 2 Sundhedsstyrelsens opfølgning

### 2.1 Forslag til forebyggelse af utilsigtede hændelser

Regionerne skal lokalt behandle og analysere de enkelte rapporter. Formålet med analysen er, at regionerne kommer med forslag til ændringer (tiltag), som kan forebygge en lignende hændelse. Rapporterne samles i Sundhedsstyrelsen, som analyserer dem aggregeret og vurderer sammenhænge og tendenser.

Ved indsendelse af rapporterne til Sundhedsstyrelsen er det muligt at stille forslag til tiltag på nationalt niveau. Sundhedsstyrelsen modtog i alt 3 konkrete forslag til forebyggelse. Forslagene indsendes sammen med den anonymiserede rapport til Sundhedsstyrelsen.

Nedenstående 3 forslag er stillet af regionerne og er alle relateret til Lægemiddelstyrelsen, se nedenfor.

#### **1. Forveksling af præparater**

Emballagen på produkterne Tegretol og Trileptal fra medicinalfirmaet Pfizer A/S har et meget ens udseende. Det foreslås, at man ændrer det ene præparats emballage, så forvekslingsrisikoen gøres mindst mulig.

Endvidere er der risiko for at forveksle præparaterne Centyl og Centyl med kaliumklorid, hvorfor det foreslås, at navnet eller emballagen på det ene præparat ændres.

Forslagene har baggrund i hændelser, hvor der er sket forveksling af disse præparater.

#### **Sundhedsstyrelsens opfølgning**

Forslaget er formidlet videre til Lægemiddelstyrelsen.

#### **2. Styrkeangivelser i % bør ikke anvendes**

Pentothal-Natrium (Hospira) tilberedes ved, at en injektionssubstans opløses i væske. Indlægssedlen angiver opskrifter på to opløsninger, hhv. 2,5 % og 5 %. Det foreslås imidlertid, at alle styrkeangivelser angives i vægtenheder pr. volume.

Forslaget har baggrund i en hændelse, hvor man ønskede en opløsning på 2,5 mg/ml, men anvendte opskriften på 2,5 %.

#### **Sundhedsstyrelsens opfølgning**

Forslaget er formidlet videre til Lægemiddelstyrelsen.

#### **3. Eliminere muligheden for kombination af taleventil og trakealtube (tube i luftrøret)**

Det foreslås, at det umuliggøres at trakealtuber kan kombineres med taleventiler.

Forslaget har baggrund i en hændelse, hvor en patient med taleventil i forbindelse med, at hun skulle i respirator, utilsigtet fik lukket trakeostomien med taleventilen. Hun blev dårlig, men kunne intet sige. Kombinationen er potentielt letal.

## Sundhedsstyrelsens opfølgning

Forslaget er formidlet videre til afdelingen for medicinsk udstyr i Lægemiddelstyrelsen.

## 2.2 Publikationer

På baggrund af de indsendte utilsigtede hændelser til DPSD udsender Sundhedsstyrelsen temarapporter, OBS-meddelelser, patientsikkerhedshistorier (kommer i 2007), vejledninger, nyhedsbreve og én gang årligt en årsrapport.

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

Målgruppen er risikomanagere, klinisk personale og andre interesserede.

### 2.2.1 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).

Brevene har orienterende karakter og beskriver antallet af rapporter, der er rapporteret til databasen samt opsummerer de hændelser, der er rapporteret til DPSD i det forløbne kvartal med en faktuel risikoscore på 3, dvs. som meget alvorlige. Andre aktiviteter indenfor DPSD i det forløbne kvartal beskrives ligeledes.

### 2.2.2 Temarapporter

Emnerne til temarapporterne udvælges ved hændelsernes hyppighed samt den potentielle og faktuelle alvorlighedsgrad. Hændelserne skal kunne forebygges.

I temarapporterne beskrives årsagerne til hændelserne samt forslag til forebyggelse af lignede hændelser udførligt.

I 2006 udkom de to nedenfor omtalte temarapporter.

#### 2.2.2.1 Forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse

I rapporten peges på en række muligheder for at reducere antallet af selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse.

Det anbefales, at der tænkes patientsikkerhed ind ved nybygning og nyindretning af afdelinger og sengestuer, og at eksisterende afdelinger systematisk gennemgås med henblik på at reducere de fysiske muligheder for at begå selvmord. Der bør f.eks. ikke være bærende elementer, som kan bære en vægt over 25 kg. Ligeledes bør der ikke anvendes plastikposer og – sække, f.eks. i affaldsspande. Det bør også overvejes, hvilke vinduer i afdelinger, trappeopgange og tilbygninger, som nødvendigvis skal kunne åbnes og i givet fald hvor meget.

Rapporten kan hentes på [www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk).

#### 2.2.2.2 Forberedelse af patienter forud for operative eller andre invasive indgreb og større billeddiagnostiske undersøgelser

Sundhedsstyrelsen udvalgte 8 utilsigtede hændelser ('nær-hændelser'), som illustrerede typiske problemstillinger i forbindelse med forberedelse til operation, og hvor Sundhedsstyrelsen vurderede, at der var stort læringspotentiale. Til hver hændelse er knyttet Sundhedsstyrelsens kommentar, som er at betragte som anbefalinger.

Rapporten kan hentes på [www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk).

#### 2.2.3 OBS-meddelelser

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

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

Nedenstående 2 OBS meddelelser blev i 2006 publiceret på hjemmesiden, [www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk).

##### 2.2.3.1 Selvaktivering af motor med glidelagen

Der skal advares om konstatering af en elektrisk defekt på VENDLET glidelagen, fra firmaet H.C. Equipment, [www.vendlet.dk](http://www.vendlet.dk)

En plejehjemsbeboer hvilede sig i sin seng, der var påmonteret et elektrisk glidelagen på ruller langs sengens to sider. De elektriske motorer, der roterede rullerne, når beboeren skulle vendes, var sluttet til en stikkontakt. Motorerne var ikke aktiveret og håndbetjeningen til systemet hang ved hovedgærdet af sengen.

Da personalet vendte tilbage 85 minutter senere, fandt de beboeren liggende på maven med ansigtet ned i madrassen, idet motoren til det elektriske vendelagen øjensynligt var blevet aktiveret, uden at noget personalemedlem havde opereret med håndbetjeningen.

Beboeren var blå i hovedet med svag vejrtrækning. Efter at personalet havde vendt hende og fulgt op med iltbehandling vendte beboeren tilbage til sin normale tilstand.

Fabrikanten er efterfølgende blevet pålagt at informere ejerne om, at det er forbundet med risiko at bruge produktet samt, at de skal

- tage produktet ud af brug, eller

- ved en intern instruks eller lignende til brugerne at etablere en procedure, som giver den fornødne sikkerhed for **at stikket trækkes ud** efter endt brug.

#### 2.2.3.2 Manglende eller forkert samling af Ruben ballon

Dansk Patient Sikkerheds Database har modtaget rapporter omhandlende hændelser, hvor patienter skulle ventileres med en Ruben ballon, men sundhedspersonalet kunne ikke samle ballonen, samlede den forkert eller det var ikke muligt at finde en ballon.

Ruben ballonen består af tre adskilte dele: Posen, ventilen og masken. De tre adskilte dele skal være samlet korrekt for at give den ønskede effekt. Hvis sundhedspersonalet ikke regelmæssigt bruger systemet, er det ofte problematisk at samle det. Ventilationssystemet er gennem årene forsøgt sikret ved at gøre det teknisk umuligt at foretage en fejlsamling. På de fleste afdelinger er der udformet lokale instrukser i, hvorledes systemet samles korrekt samt angivelse af, hvem der er ansvarlig for, at systemet er samlet og testet før ibrugtagen.

Da der stadig rapporteres alvorlige utilsigtede hændelser omhandlede manglende eller forkert samling af Ruben balloner anbefales, at der som standard på alle afdelinger forefindes éngangs genoplivningsposer og masker, som er samlet og svejset sammen ved leveringen fra fabrikken, således at der ikke eksisterer løsdele. Systemet må ikke kunne adskilles. Det anbefales endvidere, at der er lokale instrukser for, hvor disse skal være placeret, hvorledes og af hvem dette kontrolleres samt for, hvordan dokumentationen sker.

Såfremt der anvendes flergangsstyr, f.eks. i afdelinger med et højt forbrug af genoplivningsposer, anbefales det, at der foreligger klare retningslinjer for rengøring, samling og funktionstest, samt ansvar herfor.

#### 2.2.4 Patientsikkerhedshistorie

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

Hændelsen analyseres i Sundhedsstyrelsen med henblik på nationale udmeldinger.

#### 2.2.5 Vejledninger udsendt af Sundhedsstyrelsen med baggrund i rapporterede utilsigtede hændelser til DPSD

Vejledninger beskriver, hvordan Sundhedsstyrelsen fortolker autorisationslovens § 17, dvs. autoriserede sundhedspersoners forpligtigelse til under udøvelsen af deres virksomhed at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Vejledningerne eller dele af disse kan have direkte baggrund i hændelser rapporteret til DPSD.

Hændelser rapporteret til DPSD har foranlediget udarbejdelse af vejledningen til sikring mod forveksling ved kirurgiske indgreb ' De fem trin' og har bidraget til dele af vejledningen om ordination og håndtering af lægemidler.

#### 2.2.5.1 Vejledning til sikring mod forveksling ved kirurgiske indgreb: 'De fem trin'

Internationale undersøgelser anslår, at for hvert 15.000 - 30.000 indgreb sker der ét forvekslingsindgreb. Det er en sjælden hændelse, som dog kan have alvorlige konsekvenser for den enkelte patient.

Derfor har Sundhedsstyrelsen udsendt en vejledning, der præciserer, hvordan sundhedspersoner skal forholde sig og dermed forhindre utilsigtede hændelser forårsaget af forvekslinger: Vejledning til sikring mod forvekslinger ved kirurgiske indgreb 'De fem trin'.

Vejledningen beskriver en procedure bestående af fem komplementære trin. For gennemførelse af proceduren er det vigtigt, at alle sundhedspersoner, som er involveret i indgrebet og patienten, hvis det er muligt, deltager aktivt.

De fem komplementære trin omfatter

- 1) Kontrol af, at patientens informerede samtykke til behandling er indhentet og journalført.
- 2) Markering af operationssted med en sprit - eller vandfast pen.
- 3) Identifikation af patienten.
- 4) Entydig mærkning mv.
- 5) 'Time out'.

Vejledningen ændrer ikke ved principperne for samtykke, identifikation af patienter med videre, men med vejledningen indføres et 'time out', lige før operationen begynder. 'Time out' er en teamopgave, hvor alle på operationsholdet over for hinanden bekræfter, at det er den rigtige patient, det korrekte sted på patienten, der er markeret, den rigtige procedure, der skal indledes, og at patienten er lejret korrekt.

Vejledningen kan hentes på hjemmesiden [www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk).

#### 2.2.5.2 Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler

Sundhedsstyrelsen har revideret vejledningerne om håndtering af lægemidler og samlet dem i én vejledning. Den reviderede vejledning redegør for regler i forbindelse med medicinordination, medicingivning og bortskaffelse af medicin samt sundhedspersoners ansvar og kompetence i forbindelse med medicinhåndtering.

Vejledningen beskriver både forhold af generel karakter og forhold, der er særligt relevante for henholdsvis sygehuse og plejeboliger/hjemmepleje.

I den nye vejledning er der præciseret en del tiltag med baggrund i utilsigtede hændelser rapporteret til DPSD. Eksempelvis er der beskrevet, at når en medicinordination gives mundtligt, herunder telefonisk, til en plejeperson skal både lægen og plejepersonen sikre sig, at det præcise indhold i ordinationen er forstået. Ved telefonordinationer bør plejepersonen nedskrive disse oplysninger og oplæse dem for den ordinerede læge, der bekræfter, at ordinationen er forstået korrekt.

Vejledningen kan hentes på [www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk)

## 2.3 Informationsaktiviteter

### 2.3.1 Folder

For at gøre nytteværdien af rapporterne om utilsigtede hændelser endnu større har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en pjece 'Til dig, der rapporterer utilsigtede hændelser' indeholdende 8 forslag til forbedringer.

Folderen er trykt i 20.000 eksemplarer og udsendt til risikomanagere til videre distribution.

Når utilsigtede hændelser sker, er det fra et patientsikkerhedssynspunkt vigtigt at spørge, hvad der skete, hvorfor det skete samt hvilke tiltag, der kan iværksættes, for at det ikke sker igen. Kun på denne måde er det muligt at forme et proaktivt system, der forebygger utilsigtede hændelser.

### 2.3.2 Foredrag og undervisning i 2006

#### Marts

- 'Lov om patientsikkerhed og sundhedspersoners retstilling i forbindelse hermed' ved kursus om patientsikkerhed for patientsikkerhedsansvarlige i Sønderjyllands amt (Åbenrå).

#### April

- 'Lov om patientsikkerhed og sundhedspersoners retstilling i forbindelse hermed' ved kursus om patientsikkerhed for patientsikkerhedsansvarlige i Fyns amt (Odense).

#### Maj

- 'Lov om patientsikkerhed og sundhedspersoners retstilling i forbindelse hermed' ved kursus om patientsikkerhed for patientsikkerhedsansvarlig i de 3 nordjyske amter (Rebild).

#### Juni

- 'Hvor og hvordan opstår fejlmedicinering – en rapport fra Sundhedsstyrelsen' ved Teknologisk Instituts konference om sikker medicinering (Tåstrup).

#### September

- 'Hvor og hvordan opstår fejlmedicinering – en rapport fra Sundhedsstyrelsen' ved Teknologisk Instituts konference om sikker medicinering (Tåstrup).

#### Oktober

- 'Evaluerings af Lov om patientsikkerhed' ved kursus om patientsikkerhed for patientsikkerhedsansvarlig i de 3 nordjyske amter (Rebild).
- 'Lov om patientsikkerhed og sundhedspersoners retstilling i forbindelse hermed' ved kursus om patientsikkerhed for patientsikkerhedsansvarlige i de 3 nordjyske amter (Rebild).
- 'Lov om patientsikkerhed og sundhedspersoners retstilling i forbindelse hermed' ved kursus om patientsikkerhed for patientsikkerhedsansvarlige i Fyns amt (Odense).

- 'Lov om patientsikkerhed og legale aspekter' ved kursus om patientsikkerhed for praktiserende læger arrangeret af Dansk Selskab for Patientsikkerhed (København).

#### November

- 'Evaluering af Lov om patientsikkerhed' ved kursus om patientsikkerhed for patientsikkerhedsansvarlige i Frederiksborg Amt (Hillerød).
- 'Enstrenget medicinhandling' ved DADL og MEDCOM's nationale strategimøde om fælles medicindata (København).
- 'Lov om patientsikkerhed og sundhedspersoners retstilling i forbindelse hermed' ved kursus om patientsikkerhed for patientsikkerhedsansvarlige arrangeret af Dansk Selskab for Patientsikkerhed (Slagelse)

### 3 Evaluering af lov om patientsikkerhed

Af lov om patientsikkerhed, som trådte i kraft 1. januar 2004 (loven er nu en del af sundhedsloven), fremgår, at ordningen omkring rapportering af utilsigtede hændelser efter 2 år i drift, skal evalueres med henblik på at vurdere, om primærsektoren samt patienter og pårørende skal med i ordningen.

Evalueringen af lov om patientsikkerhed blev varetaget af Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Firmaet Rambøll Management forestod selve evalueringen.

Evalueringen blev foretaget ved en spørgeskemaundersøgelse blandt sygeplejersker, læger og risikomanagere, casestudier i 3 amter, telefoninterviews med patientsikkerhedsansvarlige og ved fokusgruppeinterview med Lægemiddelstyrelsen, Lægeforeningen, Sygeplejeforeningen, Enhed for Tilsyn i Sundhedsstyrelsen m.fl.

Evalueringens konklusioner var blandt andet, at:

- Lov om patientsikkerhed fungerer i overvejende grad godt på lokalt og regionalt plan (dvs. på sygehusene og i amterne). Der peges dog også på områder, der fungerer mindre godt, eksempelvis havde 20 % af de adspurgte personer kendskab til utilsigtede hændelser, der ikke var blevet rapporteret, der var tvivl om, hvad en utilsigtet hændelse var og manglede opfølgning lokalt og regionalt blev af nogle af de adspurgte angivet som en barriere for rapportering af utilsigtede hændelser.
- Lov om patientsikkerhed fungerer i Sundhedsstyrelsen efter hensigten i forhold til opgaverne omkring modtagelse af rapporter og vejledning af sundhedsvæsenet. Men også her peges på områder, som fungerer mindre godt bl.a. tekniske problemer med den elektroniske del af Dansk Patient Sikkerheds Database samt ønsker om hyppigere og bedre kvalitet af opfølgningen på rapporterne centralt fra.
- Der var stor opbakning til udvidelse af ordningen til primærsektoren. Det blev dog konkluderet, at den i første omgang kun burde omfatte praktiserende læger, speciallæger, apotekere, plejehjem og hjemmeplejen.
- Der var generelt en positiv holdning til at ordningen udvides til patienter og pårørende. Evalueringen viste samtidig, at udvidelsen kræver grundig forberedelse og at den praktiske gennemførelse kan være en udfordring, eksempelvis vil grundig information til patienter og pårørende være nødvendig.

Hele evalueringsrapporten kan hentes på hjemmesiden [www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk)

## 4 Lovændringer i sundhedsloven efter evalueringen

Lov om patientsikkerhed er pr. 1. januar 2007 ophævet og erstattet af sundhedsloven. I løbet af 2007 forventes fremsat et lovforslag til udvidelse af ordningen om rapportering af utilsigtede hændelser til også at omfatte primærsektoren samt patienter og pårørende. Loven forventes at træde i kraft i løbet af 2008.

## 5 Samarbejde med Lægemiddelstyrelsen

Forfattet af Lægemiddelstyrelsen

Lægemiddelstyrelsen har i løbet af efteråret 2006 fået etableret elektronisk adgang til Dansk PatientsikkerhedsDatabase. Lægemiddelstyrelsen har derfor i første halvår 2006, gennemgået de rapporter der er fremsendt fra Sundhedsstyrelsen, hvorimod rapporter fra andet halvår er gennemgået via Lægemiddelstyrelsens elektroniske adgang til Dansk PatientSikkerhedsDatabase, uden at Sundhedsstyrelsen har foretaget grundsortering.

Derudover har Lægemiddelstyrelsen, holdt foredrag og diskuteret med risikomanagere i hele landet og har således etableret kontakt med disse. I den forbindelse har Lægemiddelstyrelsen gennemgået, hvilke forudsætninger, der er nødvendige for, at der kan arbejdes videre med rapporteringerne til Dansk PatientSikkerhedsDatabase både indenfor medicinsk udstyr og lægemiddelforvekslinger.

### 5.1 Utilsigtede hændelser vedrørende medicinering

Rapporter vedrørende utilsigtede hændelser om medicinering, hvori et præparatnavn er nævnt bliver gennemgået af Lægemiddelstyrelsen. Det er dog en forudsætning for en videre sagsbehandling, at lægemidlet kan identificeres. Det er derfor afgørende, at der ved rapportering af lægemiddelforvekslinger noteres lægemiddelnavn, -form og - styrke og gerne også lægemidlets varenummer for lægemidler involveret i forvekslingen.

Grundlæggende ses to typer af forvekslinger: Forvekslinger af lægemiddelnavne og forvekslinger af mærkning. Lægemiddelstyrelsen vurderer og godkender lægemiddelnavne, mens det er indehaveren af markedsføringstilladelsens ansvar at sikre, at mærkningen af lægemidlet lever op til mærkningsbekendtgørelsen. Lægemiddelstyrelsen foretager en faglig vurdering af, om en hændelse skyldes en forveksling mellem to lægemidler, eller om årsagen til hændelsen skyldes andre faktorer. Derefter rekvirerer Lægemiddelstyrelsen de pågældende lægemidler og tager kontakt til producenten af lægemidlerne. Lægemiddelstyrelsen vurderer, om lægemidlerne lever op til bekendtgørelsens krav om, at lægemidlers mærkning ikke må være egnet til at fremkalde forveksling med andre lægemidler. På baggrund af Lægemiddelstyrelsens vurdering og producentens bemærkninger, træffer Lægemiddelstyrelsen afgørelse i de enkelte sager. Afgørelserne offentliggøres på Lægemiddelstyrelsens hjemmeside.

Lægemiddelstyrelsens sagsbehandling af lægemiddelforvekslinger har generelt vist, at lægemiddelemballagen for lægemidler med samme lægemiddelstof, i forskellig styrke og fra samme producent ofte ikke er differentieret tydeligt nok fra hinanden. Desuden har sagsbehandlingen vist, at der bør være tydelig markering af styrke på lægemidlet. På baggrund af oplysninger i rapporten fra Danmarks Apotekerforening "Apotekets forebyggelse af fejl; Kortlægning og aggregerede kerneårsagsanalyser" har Lægemiddelstyrelsen fået firmaet Abbot til at ændre yderemballage af Sinalfa 2 mg og 5 mg, således at pakningerne nu findes i forskellige farver afhængig af styrke.

Oplysninger om lægemiddelnavn og styrke bør fremgå tydeligt på både forside og endesider af pakningen. Det ses ligeledes, at der bør være en tydeligere markering af suffiks ved kombinationspræparater. Efter rapporteringer om præparaterne Carbocain og Carbocain adrenalin samt Marcain og Marcain adrenalin fra firmaet AstraZeneca har producenten på baggrund af henvendelse fra Lægemiddelstyrelsen ændret udseende af yder- og inderemballage for Carbocain adrenalin og Marcain adrenalin ved at fremhæve suffiks med rød skrift og rød markering foran navnet. Derudover bør blikfang på pakningen overvejes grundigt, da man risikerer, at øjnene ikke ser vigtige informationer som lægemiddelnavn, -form og - styrke. På præparatet Sufentanil "Hameln" sås for eksempel en farvet cirkel ud for producenten for neden på pakning, dette trak opmærksomheden væk fra lægemiddelnavn og styrke for oven på pakning. Efter henvendelse fra Lægemiddelstyrelsen ændrede Hameln præparatets yderemballage, så opmærksomheden blev henledt mod præparatets styrke.

Lægemiddelstyrelsen har i 2006 identificeret 10 sager om forveksling af lægemidler ud af 335 rapporter fra Dansk PatientSikkerhedsDatabase. Hændelserne har udover forveksling af lægemidler omhandlet problemer med elektroniske medicinmoduler, fejleregninger, administration af seponeret medicin, dobbeltdosis grundet administration af plejepersonale og selvadministration, og medicin givet på forkert tidspunkt. Derudover modtages hændelser fra andre kilder som for eksempel Dansk Selskab for Patientsikkerhed, praktiserende læger, apoteker og sygehusapoteker.

## 5.2 Lægemiddelstyrelsens opfølgning vedrørende utilsigtede hændelser, hvor medicinsk udstyr indgår

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 bekendtgørelserne om medicinsk udstyr er dog forskelligt fra hændelser defineret i sundhedsloven.

I Dansk PatientSikkerhedsDatabase er det nu muligt for regionerne at angive medicinsk udstyr som årsagskode, hvilket har været anvendt som søgekriterium i andet halvår af 2006.

Alvorlige hændelser med medicinsk udstyr er indberetningspligtige til Lægemiddelstyrelsen ifølge bekendtgørelser 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 gennemgåede 467 sager i databasen har Lægemiddelstyrelsen vurderet, at hovedparten af disse ikke er indberetningspligtige til Lægemiddelstyrelsen, jævnfør ovennævnte bekendtgørelse. Der blev identificeret 46 hændelser ud fra rapporteringer til Dansk PatientSikkerhedsDatabase, som kunne være potentielt indberetningspligtige. Heraf var 9 hændelser allerede indberettet særskilt til Lægemiddelstyrelsen. Det var ikke muligt at undersøge de nærmere omstændigheder for de øvrige 37 sager. Dette skyldes dels anonymiseringen i Dansk PatientSikkerhedsDatabase, og dels den tid, der er gået mellem hændelsen finder sted og indsendelse til Sundhedsstyrelsen.

Lægemiddelstyrelsen har i efteråret 2006 gennemført en række informationsmøder rundt omkring i landet med henblik på at informere om medicinsk udstyr, indberetningspligten for alvorlige hændelser og forholdet til Dansk PatientSikkerhedsDatabase, herunder forklaret vigtigheden af at indberette alvorlige hændelser med medicinsk udstyr direkte til Lægemiddelstyrelsen.

### 5.3 Generelle tiltag

Lægemiddelstyrelsen vil i 2007 fortsætte samarbejdet med Sundhedsstyrelsen om utilsigtede hændelser vedrørende medicinering, medicinsk udstyr og blodkomponenter rapporteret til Dansk PatientSikkerhedsDatabase.

Derudover har Lægemiddelstyrelsen i 2006 gennemført et handlingsplansprojekt om forebyggelse af medicineringsfejl samt undersøgt, hvorledes Lægemiddelstyrelsen kan bidrage til øget patientsikkerhed. Udvalgte initiativer fra dette handlingsplansprojekt vil blive initieret i 2007.

## 6 Samarbejde med Statens Institut for Strålehygiejne

Forfattet af Statens Institut for Strålehygiejne

Instituttet har udført søgninger i databasen over indsendte rapporter om utilsigtede hændelser. Rapporterne, der er interessante for instituttet, er de hændelser, hvis konsekvens var utilsigtet bestråling af patienter.

Gennemgangen af rapporteringerne viste, at langt de fleste af hændelserne er af en sådan karakter, at de også kan finde sted på andre afdelinger. Eksempler på dette er højre/venstre forveksling, forkert patient identifikation, udførelse af undersøgelser, der er blevet afbestilt og lignende. Der er dog to problemstillinger hentet fra røntgenområdet og én hentet fra det nuklearmedicinske område, som her fremhæves.

### 6.1 Manglende billeder ved brug af digitalt røntgenudstyr

Der er flere rapporter, hvor det er beskrevet, at røntgenbilleder taget med digitalt udstyr forsvandt. Røntgenundersøgelsen blev gennemført korrekt, men da billedpladerne skulle aflæses (digitalt) kom resultatet aldrig op på skærmen. Der er også rapporter, hvor det er beskrevet, at billeder forsvandt, men senere blev genfundet med et andet personnummer end den aktuelle patients. Dette medførte, at røntgenundersøgelsen måtte gentages og resulterede i en unødvendig stråleudsættelse af patienten. Der er højst sandsynligt tale om en kombination af både tekniske og menneskelige fejl. I det omfang der er tale om tekniske fejl, skal dette rapporteres til Lægemiddelstyrelsen og Statens Institut for Strålehygiejne har derfor taget kontakt dertil.

### 6.2 Manglende viden om røntgenudstyr

Der er rapporter om mangelfuld afdækning ved røntgenundersøgelse. Eksempelvis omhandlede en hændelse en kvinde, der var gravid i 11. uge, hvor sygeplejerskerne afdækkede forkert i forhold til røntgenstrålerne. Baggrunden var manglende viden hos sygeplejersken om apparaturets indretning.

Det er et krav, at sygeplejersker gennemgår en formaliseret efteruddannelse, inden de selvstændigt gennemfører røntgenundersøgelser. Statens Institut for Strålehygiejne vil løbende indskærpe dette krav overfor afdelingerne i forbindelse med de systeminspektioner, der udføres på sygehusene.

### 6.3 Mangler i kvalitetssikring på nuklearmedicinske afdelinger

Der er rapporter omhandlede hændelser, hvor radioaktive sporstoffer blev anvendt, før de var godkendte af den interne kvalitetskontrol samt en hændelse om, at det ene af to nødvendige radioaktive sporstoffer blev indgivet, uden at det forinden var sikret, at begge sporstoffer var til rådighed. Statens Institut for Strålehygiejne

påbegynder i den kommende tid inspektion af kvalitetssystemer på de nuklearmedicinske afdelinger i lighed med det, der udføres på røntgenafdelinger, og vil i den forbindelse diskutere denne problemstilling med relevante personer.

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

### 7.1 Projekt om rapporteringssystemer under EU

#### **Nedsættende myndighed**

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

#### **Formål**

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

#### **Deltagere**

På opfordring af formanden for arbejdsgruppen har Danmark påtaget sig at koordinere udarbejdelsen af et projektforslag omkring rapporteringssystemer. 15 medlemslande og 2 interesseorganisationer (herunder den europæiske lægeforening, CPME og den europæiske sygeplejeorganisation EFN) deltager i projektet. Indenrigs- og Sundhedsministeriet er fast deltager i arbejdsgruppen, repræsenteret ved Sundhedsstyrelsen.

#### **Resultater**

På opfordring af formanden for arbejdsgruppen påtog Danmark sig at koordinere udarbejdelsen af et projektforslag omkring rapporteringssystemer. Forslaget blev godkendt af arbejdsgruppen på et møde den 22. marts 2006. Projektet er efterfølgende blevet vurderet af EU-kommissionen med henblik på finansiering under EU's folkesundhedsprogram, men blev ikke anbefalet til finansiering under hensynstagen til koordinering af andre europæiske projekter, f.eks. Frankrigs projekt om etablering af et paneuropæisk netværk for patientsikkerhed.

Kommissionen har overvejet andre finansieringsformer og for at undgå yderligere forsinkelse i gennemførelsen af projekterne er det vedtaget, at såvel Danmark som Frankrig arbejder videre med især integrationen mellem de to projekter, således at man i februar – marts 2007 vil være i stand til at udarbejde detaljerede kravspecifikationer til projekternes gennemførelse.

### 7.2 Europarådets ekspertgruppe omkring patientsikkerhed

#### **Nedsættende myndighed**

Europarådets Styrekomité for Offentlig sundhed

#### **Formål**

Ekspertgruppen skal kortlægge, analysere og stille forslag til procedurer og rapporteringssystemer, der kan afsløre, fastsætte og forebygge fejl og utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet.

#### **Deltagere**

Ekspertes udpeget fra 18 europæiske lande samt WHO og OECD. Danmark er repræsenteret ved en repræsentant fra Sundhedsstyrelsen (DPSD).

#### **Resultater**

Ekspertgruppen har udarbejdet en række anbefalinger vedr. patientsikkerhed, herunder især anbefalinger vedr. etablering af rapporteringssystemer for utilsigtede hændelser. Ekspertgruppens rapport er afleveret til den nedsættende myndighed og blev godkendt af alle sundhedsministrene på et møde den 24. maj 2006.

### 7.3 Nordisk arbejdsgruppe vedrørende indikatorer for patientsikkerhed

#### **Nedsættende myndighed**

Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe vedrørende kvalitetsmåling.

#### **Formål**

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

#### **Deltagere**

Repræsentanter fra alle de nordiske lande. Fra Danmark deltager én repræsentant fra region Hovedstaden, én fra Sundhedsstyrelsen samt én fra region Midtjylland.

#### **Resultater**

Arbejdsgruppen har afsluttet arbejdet ultimo 2006 og er i gang med at udarbejde slutrapporten til det Nordiske ministerråd.

### 7.4 Ekspertgruppe under SimPatIE – projektet

#### **Nedsættende myndighed**

Projektet Safety Improvements for Patients in Europe (SimPatIE) er finansieret af The European Commission on 'Public Health -2004'. Projektet ledes af The Dutch Institute for Healthcare Improvement. Projektet er delt i otte såkaldte arbejdsplaner med hvert sit formål. Arbejdsplaner fire gennemføres af The European Society for Quality in Healthcare (ESQH), som har kontor i Århus.

#### **Formål**

Formålet med arbejdsplaner fire er at udvikle et europæisk vokabular for patientsikkerhed samt et sæt indikatorer for patientsikkerhed

#### **Deltagere**

Arbejdet udgår fra det danske ESQH-office for Quality Indicators. I arbejdsgruppen deltager repræsentanter fra de fleste centraleuropæiske lande. Danmark er repræsenteret ved én person fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed, én fra region Midtjylland samt én fra Sundhedsstyrelsen.

**Resultater**

Arbejdsgruppen skal præsentere et vokabular med fælles europæisk definitioner for 24 patientsikkerhedstermer samt et sæt på 42 patientsikkerhedsindikatorer indenfor udvalgte områder.

SimPatIE projektet forventes afsluttet i maj måned 2007

## 8 Bilagsfortegnelse

Bilag I:	Risikovurdering af utilsigtede hændelser
Bilag II:	Human Factors – en måde at forbedre patientsikkerhed og minimere forekomsten af utilsigtede hændelser
Bilag III:	Rapporterede medicineringsfejl og virkelighedens utilsigtede hændelser
Bilag IV:	Handleplan for DPSD
Bilag V	Regionernes arbejde med utilsigtede hændelser i 2006

# Bilag I:

## Risikovurdering af utilsigtede hændelser

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

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

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

### Skadens omfang

**Katastrofal:** En af følgende:

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

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

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

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

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

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

### Skadens hyppighed

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

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

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

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

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

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

#### **SAC MATRIX**

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

## BILAG II:

# Human Factors - en måde at forbedre patientsikkerhed og minimere forekomsten af utilsigtede hændelser

*Sundhedsstyrelsen finder det vigtigt at fokusere på Human Factors i forebyggelsen af utilsigtede hændelser og har derfor bedt Marlene Dyrlov, som siden 2001 har arbejdet med human factors og patientsikkerhed, om at skrive en artikel om dette emne.*

Af Marlene Dyrlov Madsen, ph.d.

Hverdagen i sundhedsvæsenet er præget af travlhed og kritiske patientforløb, som skal håndteres professionelt og med stor agtpågivenhed. Samtidig bliver sundhedssystemet mere og mere komplekst, idet ny teknologi introduceres, kendte systemer og arbejdsgange ændres og procedurer fornyes. Sammenkoblet med menneskets naturlige mentale og fysiske begrænsninger vil dette uundværligt lede til utilsigtede hændelser, hvis ikke der tages særligt hensyn til disse forhold.

I det psykologiske fag Human Factors beskæftiger man sig med systematisk at undersøge de nødvendige behov, samt evner og begrænsninger, som personer oplever i bestemte situationer for at fremkomme med hensigtsmæssige løsninger. Anvendelsen af Human Factors metoder i det danske sundhedsvæsen kan derfor med fordel bruges til at minimere forekomsten af utilsigtede hændelser.

Internationalt har man inden for de senere år anerkendt et stigende behov for at inddrage Human Factors metoder i sundhedssektoren med henblik på at hjælpe patientsikkerhedsarbejdet.

Men hvad er egentlig Human Factors, og hvordan kan det hjælpe patientsikkerheden?

## 1. Human Factors

Definitionen af Human Factors (menneskelige faktorer) er: "den videnskabelige disciplin som beskæftiger sig med forståelsen af *interaktionen mellem mennesker og andre elementer af et system*, og den profession som anvender teorier, principper, data og metoder til design med henblik på at optimere menneskets velbefindende og systemets præstation." Med andre ord så dækker Human Factors både en *videnskabelig disciplin*, dvs. det er en slags metodisk tilgang til, hvorledes interaktionen mellem mennesker og andre elementer af et system foregår, og *en profession*, dvs. at der findes folk, som er uddannet i Human Factors, og som anvender principperne i praksis.

Når der i definitionen tales om *mennesker* i systemet - i dette tilfælde i sundhedsvæsenet - er der tale om alle personer som har berøring med systemet, herunder hospitals ledelsen, de ansatte, patienterne og deres familier. Alle, er de mennesker, der interagerer med systemet - på hver deres særskilte måde - og alle bør derfor

medtænkes, når sundhedssystemer tilrettelægges for, at det kan fungere optimalt.

Der er eksempler på, at man i den danske brug af Human Factors forstår den "menneskelige faktor" som synonym med menneskelige fejl, hvilket er en uheldig sammenblanding af begreber. Resultatet kan i værste fald være, at personalet vægrer sig ved at arbejde med Human Factors, fordi de tror, at det handler om at finde fejllende personer. Human Factors handler ikke om menneskelige fejl som sådan, men om menneskets grundlæggende evner og begrænsninger - såvel fysiske som mentale. Ved hjælp af teorier, principper, empiriske undersøgelser og data forsøger man at designe systemer således, at de bliver bedre, mere brugervenlige og hensigtsmæssige og ikke mindst mere fejlsikre. Dette gøres for at begrænse skader på både patienter og personale. Det handler derfor ikke om mennesket isoleret set, men om *mennesket i relation til systemet*, og dermed det komplekse af faktorer, der kan spille ind på en persons eller gruppers råderum.

Hovedprincippet bag Human Factors er med få ord, at anerkende den menneskelige begrænsning og overføre dette til konkrete forhold, systemer og procedurer for at forbedre disse og minimere utilsigtede hændelser. Human Factors har med stor succes fundet anvendelse inden for andre sikkerhedskritiske domæner så som kernekraft, luftfart, kemisk industri, off-shore og transport.

Teoretisk set dækker Human Factors tre hovedområder: fysisk ergonomi, kognitiv (mental) ergonomi og organisations ergonomi. Ergonomi er nært relateret til Human Factors, idet den beskæftiger sig med "tilpasning af arbejdsredskaber og arbejdsforhold til de menneskelige krav". Alle tre hovedområder er relevante at inddrage i sundhedsvæsenet for at forbedre patientsikkerheden.

*Fysisk ergonomi* beskæftiger sig primært med menneskets fysiske karakteristika og forsøger at medtænke kroppens højde, vægt, bevægelsesfrihed og -mulighed, samt syn og hørelse i designet af systemer. Således kan der tages hensyn til menneskets informationserkendelse og reaktionstid og skabes en hurtigere forståelse af situationer og dermed mulighed for at træffe de rigtige beslutninger - især i kritiske situationer. Der arbejdes f.eks. med design af medicin etiketter, så disse er læsbare, forståelige og ikke forveksles. Arbejdspladsens indretning undersøges med fokus på at begrænse forekomsten af utilsigtede hændelser og fysisk belastning af personale. Endvidere arbejder man med udvikling af teknisk udstyr, således at dette lever op til de krav og forventninger, som der stilles til udførelsen af konkrete opgaver, f.eks. ved hjertestop.

Den *kognitive ergonomi* beskæftiger sig primært med menneskets mentale karakteristika og processer, dvs. alt hvad der omhandler menneskets mentale kapacitet, evner og begrænsninger. Man tager hensyn til, at mennesker har en begrænset koncentrationstid, at kort- og langtidshukommelse virker forskelligt, samt hvorledes beslutningsprocesser rent faktisk foregår. Kognitiv ergonomi dækker bl.a. arbejdsstresshåndtering, beslutningstagen, menneske-maskine interaktion og menneskelig pålidelighed. Designet af et rapporteringssystem som Dansk Patient Sikkerheds Database (DPSD) vil typisk falde ind under dette område, ligesom test af systemet, dets funktionalitet og brugervenlighed (usability), samt tilrettelæggelsen af analyseprocesserne i DPSD.

*Organisations ergonomi* beskæftiger sig primært med menneskets psykosociale karakteristika og de socio-tekniske systemer. Eksempler på områder i sundhedsvæsenet, der falder ind under organisations ergonomi er sikkerhedskultur, kommuni-

kation, team-samarbejde, kvalitetsarbejde, samt tilrettelæggelse af arbejdstid og arbejdsgange. Inden for dette område arbejder man f.eks. med væsentligheden af motivation, jobtilfredshed og medinddragelse, når der skal introduceres nye systemer eller ske ændringer af organisatorisk eller teknisk art. Man undersøger effekten af arbejdsstress, tidspres og dårlige arbejdsforhold, som er et stigende problem i sundhedsvæsenet og finder måder at forbedre disse på.

## 2. DPSD, patientsikkerhed og sikkerhedskultur

Ordningen om rapportering af utilsigtede hændelser, der sker i sygehusvæsenet har nu eksisteret i 3 år og antallet af rapporter er stigende. Dette vidner om en betydelig opbakning fra personalets side og en forståelse af væsentligheden af at indsamle viden om utilsigtede hændelser i forebyggelsesøjemed.

Forebyggelse af utilsigtede hændelser kan gøres på mange forskellige måder og niveauer. Grundlæggende kan man forebygge gennem brugen af *reaktive* metoder for eksempel via rapportering, hvor man lærer om hændelser for at undgå, at de sker igen. Man kan også forebygge *proaktivt*, i hvilke tilfælde man ikke behøver at vente på at lære af hændelser, der er gået galt - eller nær går galt. Human Factors metoder og principper kan anvendes både reaktivt og proaktivt.

Human Factors principper kan anvendes på de hændelsesrapporter, der modtages i DPSD. Dette gøres allerede i vid udstrækning. Men man kan også vælge at anvende metoderne mere proaktivt. Årsrapporterne fra DPSD fra 2004 og 2005 viste, at det til en hvis udstrækning, var de samme typer af utilsigtede hændelser, der blev rapporteret. Samtidig var forekomsten af de enkelte kategorier f.eks. i forbindelse med medicinering også ens for begge år (da kategorierne for 2006 er ændret er de ikke helt sammenlignelige). De hyppigste kategorier inden for medicinering var "forkert dosis", "forkert præparat", "ingen medicin" og "forkert patient". Nogle af de årsager, der nævnes gentagende gange er bl.a. "forglemmelse", "travle og stressede arbejdssituationer", "forstyrrelser", "uoverskuelige medicinskemaer", "overskrivning fra journal til medicinskema eller fra gammelt til nyt medicinskema", "problemer med elektronisk patientjournal", herunder f.eks. "problemer med anvendelse af modulerne" og "at informationen ikke umiddelbart fremstår på skærmen".

I alle de nævnte tilfælde kunne det være interessant at foretage studier af de grundlæggende og bagvedliggende årsager, så man kan undgå disse gentagende typer af utilsigtede hændelser. Det kan være helt simple løsninger, der skal til som at udarbejde et bedre design af medicinskemaer.

Der er flere eksempler i dansk kontekst på medicinskemaer, der er blevet udformet uden tanke for situationen i hvilken de skulle anvendes. Et med det resultat, at det var for stort til at have liggende fuldt udfoldet i medicinrummet. Et mindre Human Factors studie om medicinrum viste, hvorledes medicinrum på samme hospital i udgangspunktet var designet ens, men i praksis fremstod spejlvendte. Resultatet var, at alt medicinen stod omvendt i rummene med stor risiko for forveksling af medicin ved ophældning og dispensering. Endvidere påviste samme studie flere almindelige problemer i forbindelse med medicinrum, så som at medicinen ikke kunne stå på hylderne, ugenomsigtige skuffer, uoverensstemmelse mellem labels og indhold af skuffer, æsker og bakker, samt usystematiske brug af sedler og nota-

ter på hylder og skuffer mv. (se reference). Disse eksempler viser alle, at man med fordel kan anvende Human Factors principper i designet, og dermed undgå efterfølgende risici for utilsigtede hændelser.

En del af patientsikkerhedsarbejdet handler også om at udvikle sikre kulturer på sygehusene for at minimere sandsynligheden for utilsigtede hændelser. Med andre ord beskrives dette ofte som udviklingen af stærke *sikkerhedskulturer* eller *patient-sikkerhedskulturer*. Afdelinger med en stærk patientsikkerhedskultur er kendetegnet ved, at kommunikationen er grundlagt på gensidig tillid, en fælles forståelse af væsentligheden af sikkerhed, samt tro og tillid til at præventive strategier er effektive til at opnå sikkerhed. Endvidere er stærke sikkerhedskulturer kendetegnet ved, at personalet har en udtalt bevidsthed om de iboende risici, der er forbundet med de daglige arbejdsopgaver. Denne bevidsthed handler i høj grad om at være bevidst om den menneskelige faktor og dermed generelle Human Factors principper.

En anerkendt metode til at skabe bevidsthed om den menneskelige faktor er brugen af simulation, især i relation til team-samarbejde. Her har man gode erfaringer med at træne og ændre fagfolks holdninger, gennem simulerede scenarier, så der skabes et ensartet billede af situationen for alle personer i teamet.

### 3. Brug og integration af Human Factors viden i praksis

Hvordan kan man arbejde og integrere Human Factors metoder og principper i praksis? For det første er det oplagt at etablere tætte samarbejder mellem Human Factors eksperter og sundhedspersoner. Sammen kan de gøre konkrete problemer i sundhedsvæsenet til genstand for forskning og systematiske undersøgelser, og pege på veldokumenterede løsninger.

Det er utrolig vigtigt, at det er et samarbejde, da udviklingen af gode løsninger fordrer et godt kendskab til domænet, og det er ikke givet at Human Factors eksperterne har dette med sig. For det andet kan man ved hjælp af håndbøger mm. (se referencer) selv foretage *simple* lokale studier og observationer, der bygger på Human Factors principper. Man bør nok holde sig fra mere komplekse studier, idet man ikke nødvendigvis vil være i stand til at gennemskue, hvorvidt man ved at løse ét problem skaber ét nyt, et fænomen også kendt som isoleret fejlretning. Sidst og ikke mindst kan man helt generelt bruge Human Factors principper i hverdagens praksis.

Spørgsmålet er så, hvordan man spreder Human Factors viden i organisationen? Dette kan ske både aktivt og passivt. En passiv spredning af viden vil i høj grad afhænge af stærke personligheder, som selv oplever behovet for at ændre praksis. En sådan spredning af viden vil unødigt foregå langsomt, ligesom det kan være tilfældigt, hvilke problemer der bliver taget under behandling - og dermed ikke nødvendigvis de mest presserende. En aktiv implementering af viden om Human Factors løsninger vil i højere grad hurtigere nå ud i alle dele af organisationen. Den forudsætter selvsagt en aktiv indsats og beror på veldokumenteret viden om behovet for indsats og en velstruktureret plan for, hvordan problemerne skal løses. Ønsker man en aktiv indsats, er det oplagt at etablere et tæt samarbejde mellem sundhedspersoner og Human Factors eksperter.

## 4. Konklusion

Målet med at anvende Human Factors i sundhedsvæsenet og i patientsikkerhedsarbejdet er som beskrevet at minimere forekomsten af utilsigtede hændelser. Metoden er at undersøge de nødvendige behov, evner og begrænsninger "mennesket" oplever i konkrete situationer og tilvejebringe hensigtsmæssige løsninger herpå.

Spørgsmålet er, om der er nogen gode grunde til at lade være med at anvende Human Factors viden? Visse typer af studier kan være tidskrævende for personalet at indgå i, og her må man selvsagt opveje fordelene og ulemperne. Økonomi kunne muligvis være en anden grund. Men denne grund vejer ikke så tungt, idet det er langt fra alle typer af Human Factors studier, som er bekostelige. Endvidere kan det antages, at den positive effekt af at inddrage Human Factors viden i sundhedssektoren langt overstiger omkostningerne ved såvel de korte som de langsigtede konsekvenser af utilsigtede hændelser for patient, familier, personale og samfund.

Meget peger på, at vi i Danmark vil kunne drage stor nytte af i højere grad og mere systematisk at anvende og implementere Human Factors principper i sundhedssektoren. Dette bør derfor prioriteres i det fremtidige patientsikkerhedsarbejde.

### *Nyttige referencer:*

*-Handbook of Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety, (ed.) Pascale Carayon, Lawrence Erlbaum Associates, USA, 2007. ISBN: 0-8058-4885-1*

*-Using Human Factors engineering to improve patient safety, Gosbee, John W.: Joint Commission Resources, 2005.*

*-Medicinrum og menneskelige faktorer. Gennemgang af billeder fra medicinrum ved De Sønderjyske Sygehuse – med henblik på identificering af problemer relateret til menneskelige faktorer, Thomas Koester. Sønderjyllands Amt og FORCE Technology, 2006.*

*Forfatteren har arbejdet med patientsikkerhed siden 2001, og har skrevet ph.d.-afhandling i patientsikkerhed ved Forskningscenter Risø og Roskilde Universitetscenter. Er nu ansat ved Dansk Institut for Medicinsk Simulation på Amtssygehuset i Herlev. Kan kontaktes på [mdyrloev@ruc.dk](mailto:mdyrloev@ruc.dk).*

*Madsen, MD, (2006). Improving Patient Safety: Safety Culture and Patient Safety Ethics, Ph.d.-afhandling, Filosofi og videnskabsteori, Roskilde Universitetscenter. Afhandlingen kan hentes på: <http://www.risoe.dk/rispubl/SYS/ris-phd-25.htm> og <http://hdl.handle.net/1800/2081>*

## Bilag III: Rapporterede medicineringsfejl og virkelighedens utilsigtede hændelser

*Sundhedsstyrelsen har ikke konkret kendskab til om de utilsigtede hændelser, der rapporteres til DPSD, er et spejlbillede af de utilsigtede hændelser, som sker i sygehusvæsenet. Dette er vigtigt bl.a. når Sundhedsstyrelsen skal udarbejde nationale udmeldinger på baggrund af hændelser rapporteret til Dansk PatientSikkerhedsDatabase.*

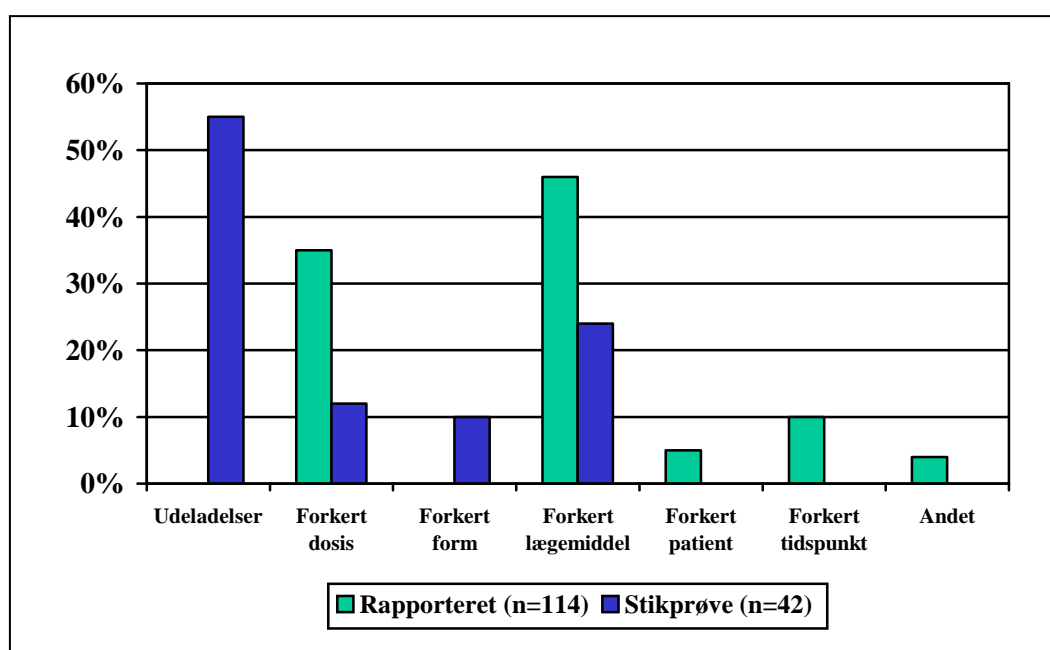
*Stig Ejdrup Andersen har lavet en undersøgelse om medicinering, hvor de hændelser, der er rapporteret sammenlignes med de hændelser, man ser ved stikprøveundersøgelse. Sundhedsstyrelsen har bedt ham skrive en artikel om dette. Denne viden kan forhåbentligt inspirere os alle til at forbedre rapporteringerne..*

Af Stig Ejdrup Andersen, overlæge, ph.d., Klinisk Farmakologisk Enhed, H:S Bispebjerg Hospital

På Bispebjerg Hospital har vi fået opbygget en velfungerende patientsikkerhedsorganisation, og bevidstheden hos personalet om betydningen af at rapportere utilsigtede hændelser er stigende. Dette afspejles i antallet af rapporter, som var 759 i 2004 og 837 i 2005. Tallet forventes at stige yderligere i 2006. I 2005 rapporterede personalet 246 medicineringsfejl, hvoraf 114 (46 %) var dispenseringsfejl

Analysen af rapporterne har dannet grundlag for handlingsplaner og forslag om ændret praksis. I 2005 indførtes f.eks. forstyrrelsesfri zoner omkring område, hvor der håndteres lægemidler, og pædagogiske tiltag blev rettet mod at forbedre identifikationen af patienten ved udlevering af medicin.

**Figur 1.** Sammenligning af fejl ved ophældning af medicin (dispenseringsfejl) fundet ved en stikprøvebaseret undersøgelse og rapporteret gennem hospitalets patientsikkerhedsorganisation.



Men i hvilket omfang afspejler fejlrapporterne det reelle fejlmønster på de kliniske afdelinger? Det var der lejlighed til at vurdere, da der i 2005 blev gennemført en mindre undersøgelse af utilsigtede hændelser ved ophældning af medicin (dispenseringsfejl). Over en 4 måneders periode indsamledes i alt 656 stikprøver af dispenseret medicin på fem afdelinger. Materialet blev indsamlet uvarslet over alle døgnets timer og omfattede 2336 dispenserede doser og 24 doser, som var ordineret, men ikke dispenseret. Til stor tilfredshed var 98 % af alle lægemidler blevet ophældt i overensstemmelse med ordinationen.

Vi fandt 42 dispenseringsfejl, svarende til en fejlrate på 1,8%. Ingen af fejlene havde potentiale til at skade patienterne. Figur 1 viser fejlene fordelt på fejltypen. Til sammenligning vises fordelingen af de 114 dispenseringsfejl, som blev rapporteret til Bispebjerg hospitals risikomanager i 2005.

Som det ses er fejlmønstrene vidt forskellige. Udeladelsesfejl (ordinerede lægemidler, som ikke blev ophældt) var de hyppigste fejl i stikprøverne, men forekom slet ikke blandt de rapporterede hændelser. Forkert dosis og forkert lægemiddel udgjorde 81% af de rapporterede hændelser, men kun 36% af fejlene i stikprøverne. Tre fejltypen (forkert patient, forkert tidspunkt og andet) blev ikke registreret i den stikprøvebaserede undersøgelse.

Udeladelsesfejl er eksempler på hyppige, men latente fejl, som derfor kun lader sig afsløre, hvis de giver anledning til ulykker, eller opdages ved kontrol. En del af fejlene skyldtes, at afdelingerne ikke lå inde med et præparat, som en nyindlagt patient plejede at få hjemme. I flere tilfælde var præparaterne bestilt, men endnu ikke leveret på det tidspunkt, hvor den øvrige medicin blev dispenseret, og personale havde vurderet, at det var sikkert at vente på næste rutinelevering fra apoteket. Men der er tale om en kvalitetsbrist, som er så indlejret i afdelingens kultur, at personalet end ikke betragter det som et problem, der bør rapporteres. Dermed kommer dette meget hyppige problem ikke til at indgå i risikomanagerens samlede vurdering af risikosituationen på hospitalet.

Ud fra resultatet fra stikprøveundersøgelsen kan man regne sig frem til et forsigtigt skøn over, hvor mange dispenseringsfejl, der faktisk sker på hospitalet. Bispebjerg hospital har 740 senge, som stort set er fuldt belagte. Hvis hver patient i gennemsnit får 3 lægemidler per dag, som hver ophældes 2 gange i døgnnet, så hælder personalet medicin op 4400 gange om dagen eller 1,6 mio. gange om året. Hospitalet bruger over 8 mio. definerede døgndoser medicin per år, så der er formentlig tale om et forsigtigt skøn. Stikprøveundersøgelsen tydede på, at der sker 1,8 fejl per 100 dispenseringer. Ved 1.6 mio. dispenseringer kan man derfor forvente ca. 29.000 dispenseringsfejl hvert år. Men i hele 2005 modtog hospitalet kun 114 rapporter om dispenseringsfejl. Med andre ord, så blev kun ca. 0,4% af de forventede dispenseringsfejl rapporteret. Selv om risikomanagerne modtager et stadigt stigende antal rapporter af medicineringsfejl, så tyder det altså på, at dispenseringsfejl er voldsomt underreporteret. Det gælder også fejl, som potentielt er mere alvorlige. F.eks. var der kun 52 af de forventede ca. 6900 rapporter om forkert lægemiddel.

Materialet fra den stikprøvebaserede undersøgelse er lille og skal tolkes med forsigtighed. Alligevel giver vores regneøvelse et skøn over, hvor godt rapporterede hændelser afspejler de reelle kvalitetsproblemer i medicineringsprocessen. Rapporterne er en vigtig og uundværlig kilde til information om medicineringsfejl, og selvom mere rutineprægede fejl ikke rapporteres, er der næppe tvivl om, at mere

alvorlige hændelser bliver erkendt og rapporteret. Men regneeksemplet ovenfor antyder, at rapporteringssystemet har blinde pletter og giver et skævt billede af sikkerhedsniveauet. Rapporterne om utilsigtede hændelser omfatter et meget lille og ikke repræsentativt udvalg af virkelighedens hændelser, og særtilfældene er nok overrepræsenteret.

Ydermere vil rapporteringssystemet aldrig kunne opdage kvalitetsbrist, som er indlejret i kulturen. Derfor foreslås det, at risikoanalyser af rapporter om utilsigtede hændelser foretages i dette lys og tolkes med den fornødne forsigtighed. Hvor det er muligt, bør rapporterne ikke stå alene, men suppleres med data fra andre kilder, f.eks. systematisk overvågning af kritiske medicineringsrutiner. Inspiration kan bl.a. hentes i en artikel af Gandhi et al., hvor fordele og ulemper ved de forskellige metoder til identifikation af medicineringsfejl beskrives.

#### Referencer

- Årsrapport 2005. Patientsikkerhed. Bispebjerg Hospital.*  
*Andersen SE. Fejl ved dispensering af lægemidler. Ugeskrift for Læger 2006;48:4185-8.*  
*Gandhi TK et al. Identifying drug safety issues: from research to practice. International Journal for Quality in Health Care 2000;12:69-76.*

# Bilag IV:

## Handleplan for DPSD 2007

*Sundhedsstyrelsen har i tilknytning til udgivelsen af DPSD's Årsrapport 2006 valgt at offentliggøre DPSD's handlingsplan for det kommende år, 2007.*

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

### 1. Samarbejde

#### 1.1 Regionerne

##### 1.1.1 Strategisk forum

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

Strategisk forum er sammensat af repræsentanter fra hhv. regionerne, Regionsforeningen, Den Almindelige Danske Lægeforening, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Indenrigs – og Sundhedsministeriet og fra Sundhedsstyrelsen.

Strategisk forums arbejde vil fortsætte i 2007. Sundhedsstyrelsen har sekretariatsfunktionen, og der vil blive holdt kvartalsvise møder i Sundhedsstyrelsen. Når lovforslaget til udvidelse af ordningen omkring rapportering af utilsigtede hændelser fremsættes, vil repræsentanter fra primærsektoren og patientorganisationer blive medinddraget.

##### 1.1.2 Fagligt forum

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

Fagligt forum skulle som hovedopgave yde rådgivning og danne forum for vidensdeling i spørgsmål som knyttede sig til DPSD, herunder gensidig erfaringsudveksling af lokale og nationale udmeldinger samt drøfte forslag til fælles indsatsområder og uddannelsesbehov. I praksis har dette forum beskæftiget sig meget med den elektroniske del af DPSD.

### 1.1.3 Regionale kontaktpersoner i Sundhedsstyrelsen

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

## 1.2 Internt i Sundhedsstyrelsen

### 1. 2. 1 Sundhedsstyrelsens Enhed for Sundhedsinformatik

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

EfT vil i 2007 etablere et forum med repræsentanter for Sundhedsstyrelsens Enhed for Sundhedsinformatik (SESI). SESI vil få adgang til de rapporter, der indsendes til Sundhedsstyrelsen, som omhandler hændelser i forbindelse med elektronisk patientjournal (EPJ), herunder elektroniske patient medicinordinationsmoduler (EPM).

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

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

EfT vil i 2007 løbende samarbejde med Sundhedsstyrelsens Enhed for Planlægning (EfP) omkring gensidig udveksling af oplysninger. EfP vil blive orienteret om rapporter omhandlede utilsigtede hændelser i forbindelse med enhedens arbejdsområde og EfP vil orientere om konkrete initiativer, der er under planlægning eller igangsat relateret til patientsikkerhedsområder under DPSD.

### 1. 2. 3 Statens Institut for Strålehygiejne

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

Dette forums arbejde vil fortsætte uændret i 2007. Sekretariatsfunktionen er i Sundhedsstyrelsen, og der vil blive afholdt kvartalsvise møder.

## 1.3 Samarbejde med Lægemiddelstyrelsen

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

Dette forum vil fortsætte uændret i 2007. Sundhedsstyrelsen har sekretariatsfunktionen, og der vil blive afholdt kvartalsvise møder.

## 2 Taksonomi og kategorisering

Klassifikationssystemer for patientsikkerhed, såkaldte taksonomier, er gennem det sidste årti blevet udviklet i forskellige lande. Da klassifikationssystemerne er forskellige, kan data ikke udveksles mellem landene. WHO, World Alliance for Patient Safety har siden 2005 arbejdet med udviklingen af et internationalt klassifikationssystem for patientsikkerhed. Det endelige produkt forventes færdigt i løbet af 2007.

Sundhedsstyrelsen nedsætter primo 2007 en arbejdsgruppe, som skal foretage de tilpasninger til WHO's klassifikationssystem, der er nødvendige til danske forhold, så der er mulighed for, at klassifikationen vil kunne implementeres samtidig med det nye elektroniske rapporteringssystem, DPSD version - 2. (Tidligst 2008)

## 3 Udvidelsen

Lov om patientsikkerhed er pr. 1. januar 2007 ophævet og erstattet af sundhedsloven. I løbet af 2007 forventes fremsat et lovforslag til udvidelse af ordningen om rapportering af utilsigtede hændelser til også at omfatte primærsektoren samt patienter og pårørende. Loven forventes at træde i kraft i løbet af 2008. I forbindelse med udvidelsen af ordningen er det Sundhedsstyrelsens forventning, at der skal udvikles og implementeres et nyt elektronisk rapporteringssystem, DPSD version - 2.

Sundhedsstyrelsen nedsætter primo 2007 en arbejdsgruppe, som skal arbejde med kravspecifikationen til et nyt elektronisk rapporteringssystem.

## 4 Udmeldinger

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

Tilbagemeldingerne fra regionerne viser, at der er ønske om flere, gerne korte, nationale udmeldinger indeholdende anbefalinger.

## 5 Produktionsplan

Med baggrund i allerede indsendte rapporter om utilsigtede hændelser er planen, at der i 2007 vil blive udarbejdet følgende fra Sundhedsstyrelsen:

**Temarapport** omhandlede patienter, der falder. Mange amter har i det forløbne år udført aggregerede analyser og udarbejdet temarapporter og forebyggelsesprogrammer vedrørende faldepisoder. Sundhedsstyrelsen vil i det kommende år indsamle disse analyser, rapporter og forebyggelsestiltag og sammenligne dem med internationale erfaringer og på denne baggrund komme med forslag til nationale tiltag.

**Temarapport** omhandlende udførelse og forsendelse af vævsprøver og billeddiagnostik samt håndtering, vurdering og formidling af prøvesvar.

**Temarapport** om risikomedicin.

**Udredning** om anvendelse af identifikationsarmbånd med henblik på kommende regelsæt.

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

**OBS-meddelelser og patientsikkerhedshistorier** svarende til 6 - 8 udgivelser pr. år.

# Bilag V: Regionernes arbejde med utilsigtede hændelser i 2006

## Forord for regionernes rapport

Den 1. januar 2007 blev amterne til regioner. Denne omstilling har haft stor betydning generelt for arbejdet i amterne i 2006 og har således også påvirket patientsikkerhedsarbejdet. I mange regioner har der skullet foretages en ensretning af arbejdsgangene, hvilket er påbegyndt, men først rigtigt skal føres ud i livet i 2007.

Strategisk og Fagligt forum for DPSD blev etableret fra starten af 2006. I Strategisk forum har der været meget fokus på, hvordan der opnås bedre læring og vidensdeling internt i regionerne, mellem regionerne og i forhold til Sundhedsstyrelsen. Evalueringen af patientsikkerhedsloven, som kom i august 2006, fastslog også, at man på sygehusene var kommet langt med rapportering af utilsigtede hændelser og at det er læring og vidensdeling, der skal mere fokus på i fremtiden.

Fagligt og Strategisk forum har i 2006 bidraget til at rette op på flere af de problemer, der har været med DPSD. Der er dog stadig mange uhensigtsmæssigheder i systemet, som har besværliggjort arbejdet med rapportering af og opfølgning på utilsigtede hændelser i regionerne og som følge heraf forlænget arbejdsgangene. Regionerne har arbejdet konstruktivt med problemerne, og har særligt i regi af Fagligt forum givet konkret input til forbedringer i DPSD. Et eksempel på det arbejde, der er lagt i forbedring af DPSD i 2006 er forslag til vidensdeling af kerneårsagsanalyseresumeer, som regionsrepræsentanterne i Fagligt forum har udarbejdet.

Fagligt forums fremtid har været usikker i sidste halvdel af 2006, som følge af planerne om udvikling af et nyt rapporteringssystem. For det videre arbejde med DPSD er det vigtigste nu, at de erfaringer man har gjort i regionerne bliver brugt i forbindelse med den sandsynlige udvikling af et nyt rapporteringssystem for utilsigtede hændelser til hele sundhedsvæsenet.

I det følgende beskriver de enkelte regioner, hvilke overordnede aktiviteter de har haft i 2006 i relation til DPSD, samt hvordan patientsikkerhedsarbejdet fremover vil være organiseret i regionerne.

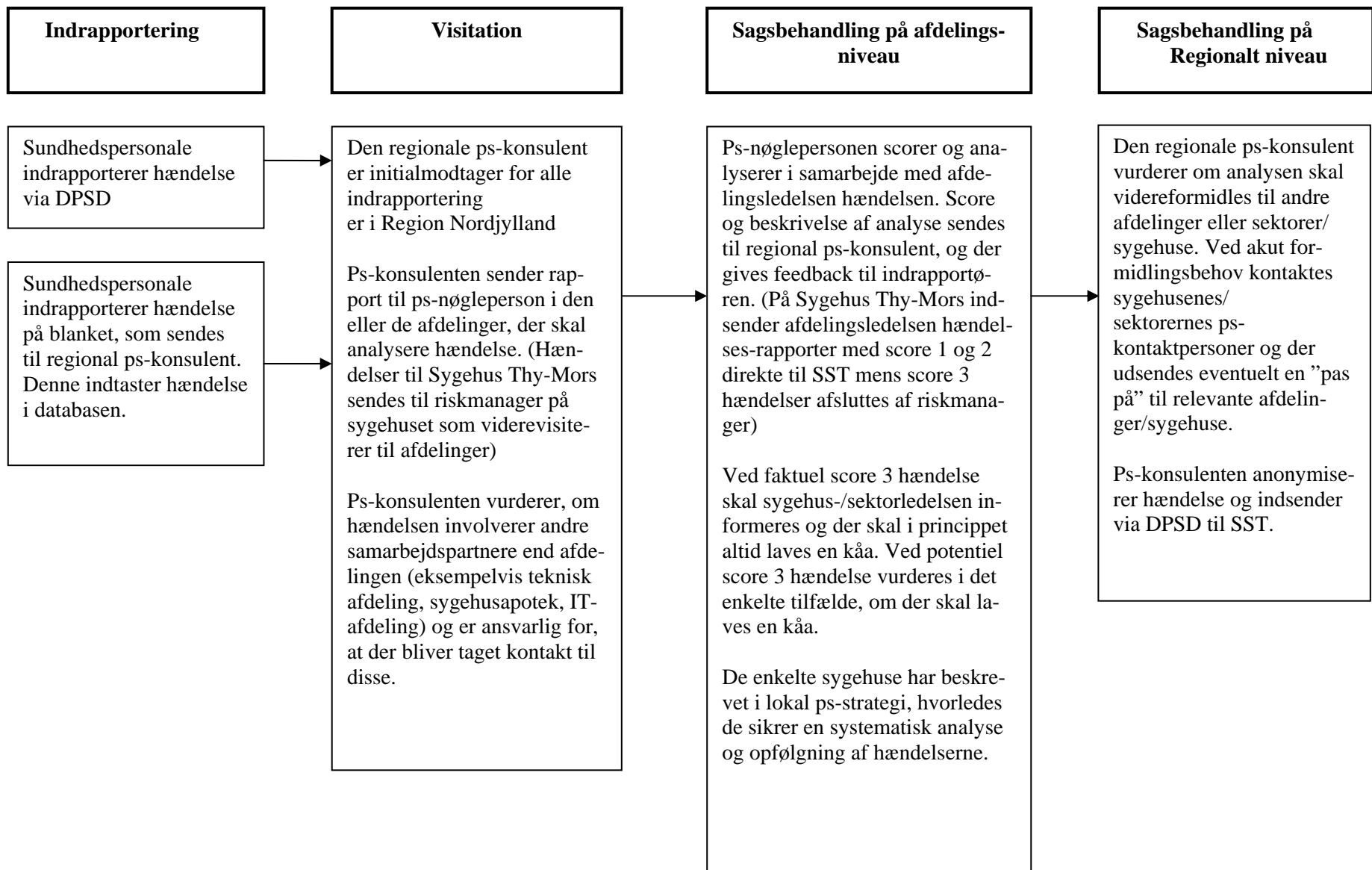
## Region Nordjyllands bidrag til årsrapport

<b>Region</b>	<b>Region Nordjylland</b>  Beskrivelse af aktiviteter, publikationer og kontaktinformation omfatter alene sygehuse og sektorer fra det tidligere Nordjyllands Amt, mens beskrivelse af organisering af patientsikkerhedsarbejdet med regionsdannelsen også omfatter Sygehus Thy-Mors. (Sygehus Thy-Mors' aktiviteter er beskrevet i bidraget fra Region Midt)
<b>Aktiviteter i 2006</b>	<b>Kursusaktiviteter:</b>  I Region Nord samarbejde (involverende Ringkøbing-, Viborg-, Århus- og Nordjyllands Amt) har der i 2006 været afholdt ét 2-dages <b>patientsikkerhedskursus</b> . I alt har 200 patientsikkerheds-nøglepersoner og ledere fra det tidligere Nordjyllands Amt deltaget i patientsikkerhedskurserne.  Desuden er der i Region Nord regi samarbejdet med Dansk Selskab for Patientsikkerhed i forbindelse med udvikling af et <b>kursus for nye risikomanagers</b> . Som opfølgning på kurset er der tilbudt supervision til kursisterne fra Region Nord ved udførelse af kerneårsagsanalyser, og der er planlagt en <b>opfølgingsdag</b> for kursisterne med henblik på opponering og udveksling af erfaringer med analyserne.  <b>Kerneårsagsanalyser:</b> Der er i 2006 foretaget 6 kerneårsagsanalyser i det tidligere Nordjyllands Amt.  <b>Implementering af "5 trin":</b> Februar 2006 trådte vejledningen "5 trin til forebyggelse af forvekslingsindgreb" i kraft. Sammen med vejledningen er der udsendt informationsmateriale som bl.a. omfatter "pas på" med lokalt eksempel på nærhændelse med sideforveksling samt power-point præsentation og informationsplakat ligeledes med lokale billeder/lokalt indhold.  <b>Access-database:</b> Da DPSD langt fra afspejler den nuværende sygehus- og afdelingsstruktur er der med henblik på at sikre overblik over utilsigtede hændelser både på amts- og sygehus/sektorniveau oprettet en lokal database.

<p><b>Organisering af patientsikkerhedsarbejdet med regionsdannelsen</b></p>	<p>Region Nordjylland er midt i en omstruktureringsproces i forbindelse med regionsdannelsen og den endelige organisering af patientsikkerhedsarbejdet i regionen er endnu ikke endeligt fastlagt.</p> <p>Den aktuelle organisering af patientsikkerhedsarbejdet er beskrevet i modellen på side 4. Organiseringen afspejler i høj grad en tilpasning til funktionaliteten i DPSD og det forventes at sagsbehandlingen vil komme til at foregå mere decentralt med et mere brugervenligt DPSD 2. Ligeledes vil en omfattende ændring af afdelings- og sygehusklassifikationen i den nuværende DPSD primo 2007 kunne få indflydelse på en eventuel decentralisering af sagsbehandlerprocessen.</p> <p>Sygehus Thy-Mors har som beskrevet i modellen en mere decentral sagsbehandlerproces. Det er aftalt, at Thy-Mors fortsætter denne organisering efter regionsdannelsen. Dog vil alle hændelsesrapporter fra Sygehus Thy-Mors - ligesom fra de øvrige sygehuse og sektorer i regionen - fra januar 2007 blive sendt til regional ps-konsulent og herefter videregivet til risikomanager på Sygehus Thy-Mors.</p> <p>Risikomanager fra Thy-Mors Sygehus har gennem 2006 deltaget i kvartalsvise møder med de enkelte sygehuse/sektors ps-kontaktpersoner og regionens ps-konsulent.</p>
<p><b>Publikationer, hjemmesider, links</b></p>	<p>Region Nordjyllands hjemmeside for patientsikkerhed – <a href="http://www.patientsikkerhed.nja.dk">www.patientsikkerhed.nja.dk</a> indeholder informationsmateriale fra Sundhedsstyrelsen og Region Nordjylland. Bl.a. findes her oversigt over patientsikkerheds-nøglepersoner, kursusprogrammer, anonymiserede kerneårsagsanalyser og nyhedsbreve. Desuden findes den amtslige patientsikkerhedsstrategi – som er under revision til en regional patientsikkerhedsstrategi - på siden.</p> <p>Flere sygehuse/sektorer har egen hjemmeside for patientsikkerhed.</p>
<p><b>Kontaktinformation i regionen</b></p>	<p>Anne Munk Kristiansen</p> <p>Patientsikkerheds-konsulent</p> <p>Telefon: 96351839 (direkte)</p>

	<p>E-mail: <a href="mailto:amk@rn.dk">amk@rn.dk</a></p> <p>Region Nordjylland</p> <p>Region Nordjylland</p> <p>Kvalitetskontoret</p> <p>Niels Bohrs Vej 30 - 9220 Aalborg Øst</p> <p>Telefon: 96351000</p> <p><a href="http://www.rn.dk">www.rn.dk</a></p>
--	--

## Sagsbehandlingsprocessen for utilsigtede hændelser



## Region Midtjyllands bidrag til årsrapport

Region	Region Midtjylland (RM)
<b>Aktiviteter i 2006</b>	<p><b>Forebyggelse af patientfald</b> Der har i 2006 i det tidligere Århus Amt været arbejdet med forebyggelse af fald på hospitalerne. Ud fra indrapporteringer er der på amtets hospitaler gennemført aggregerede analyser af faldhændelser. Analyserne har fokuseret på forskellige undertemaer. Alle analyser blev samlet i en fælles temarapport om forebyggelse af fald. Rapporten blev delt i det der var den kommende RM, sammen med en tilsvarende faldanalyserapport fra Ringkøbing Amt. De to analyserapporter dannede grundlag for beslutning om indførelse af en fælles regional faldscreeningsstandard for udvalgte risikogrupper. På baggrund af den aggregerede analyse af patientfald har neurologisk afdeling på Regionshospitalet i Holstebro, Herning, Ringkøbing, Tarm og Lemvig udviklet et redskab til systematisk screening af patienter i risiko for fald og udarbejdet retningslinjer for de forebyggende handlinger. Der er sat fokus på faldforebyggelse og gennemført en tværgående analyse af ni faldulykker i psykiatrien i det tidligere Viborg Amt.</p> <p><b>Forebyggelse af medicineringshændelser</b> I det tidligere Ringkøbing Amt er der på Regionshospitalet i Holstebro, Herning, Ringkøbing, Tarm og Lemvig sat fokus udarbejdelse og implementering af nye medicinretningslinjer, som opfølgning på en aggregeret medicineringsanalyse. Sygehus Thy-Mors har også fokuseret på temaet medicineringshændelser. I det tidligere Vejle Amt har man arbejdet med implementering af nye retningslinjer for medicineringshændelser og proaktiv risikoanalyse i forhold til medicineringsprocessen med særligt fokus på medicinmodulerne i IBM/OPUS EPJ. I Århus Amt er der arbejdet med medicineringshændelser relateret til EPJ. På Sygehus Viborg er der udarbejdet en omfattende ny fælles retningslinje for medicinhåndtering. Udarbejdelsen er foretaget med inddragelse af eksisterende viden om forekomsten af utilsigtede medicineringshændelser – herunder analyser af DPSD data. Der arbejdes i øjeblikket på at udarbejde tilsvarende retningslinjer, specifikt rettet mod ordinationsprocessen.</p> <p><b>Implementering af "De fem trin"</b> "De fem trin" implementeres på sygehusene i det tidligere Ringkøbing Amt på følgende måde:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kampagnemateriale i form af plakater</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientsikkerhedsnetværket sikrer, at vejledning og kampagnemateriale er distribueret relevante steder.</li> <li>• Den opererende læge og /eller den læge, der foretager det invasive indgreb, er ansvarlig for, at ”De fem trin” over holdes.</li> <li>• Evaluering af kampagnen gennemføres ½ år fra implementeringsstart.</li> </ul> <p>Implementering af ”De fem trin” har fundet sted på hospitalerne i det tidligere Århus Amt under lokal ledelse.</p> <p>I det tidligere Vejle Amt er ”De fem trin” til forebyggelse af forvekslingskirurgi blevet evalueret.</p> <p>På Sygehus Viborg er ”De fem trin” indarbejdet i en ny fælles retningslinje til forebyggelse af forvekslingsindgreb. Retningslinjen implementeres under lokal ledelse i afdelingerne.</p> <p><b>Forebyggelse af selvmord</b></p> <p>I Psykiatrien i det tidligere Viborg Amt har der i 2006 været fokus på forebyggelse af selvmord. Der er i den forbindelse dannet strukturer for dokumentation af observationer og konferencebeslutninger vedrørende selvmordsrisiko og der er udarbejdet retningslinjer for vurdering af selvmordsrisiko.</p> <p>Udgående fra Center for Selvmordsforebyggelse er der i Psykiatrien i Århus Amt siden november 2005 arbejdet intensivt med selvmordforebyggelse. I 2006 er der udarbejdet en vejledning i vurdering af og samtale med selvmordtruede personer. Vejledningen er udsendt til implementering. Der er opstartet pilotafprøvning og udvikling af et undervisningskoncept i kvalificering af alt personale i tidlig opsporing og samtale med selvmordstruede patienter. Konceptet forventes tillige afprøvet og udviklet til brug i primær sektor. Som et led i introduktionsprogrammet undervises alt nyt klinisk personale i vurdering af samtale med selvmordstruede patienter.</p> <p><b>Forbedring af procedurer omkring hjertestopsituationer</b></p> <p>Der er i det tidligere Århus Amt gennemført et udredningsarbejde af alarmeringsprocedurer ved hjertestop-alarmering i regionen. Arbejdet skal være basis for et fortsat regionalt arbejde.</p> <p>På Sygehus Viborg har et udvalg gennemført et omfattende arbejde med henblik på proaktiv risikostyring af hjertestopsituationer. Der er tiltag, der vedrører alle faktorer omkring håndteringen af et hjertestop, herunder apparatur og uddannelse. Foranlediget af anbefaling fra DPSD (Sundhedsstyrelsen) har Sygehus Viborg anskaffet éngangsgenoplivningsposer og – ma-</p>
--	--

	<p>sker (Rubensballoner).</p> <p><b>Patientsikkerhedskulturen</b>  Der er igangsat undersøgelse af patientsikkerhedskulturen og effekten på kulturen ved intervention på et hospital i det tidligere Århus Amt. Der er samtidig iværksat en valideringsundersøgelse af spørgeskemamateriale til undersøgelse af patientsikkerhedskultur. Sygehus Viborg har arbejdet med at forbedre den generelle patientsikkerhed ved at sikre værktøjer og muligheder for åben og uhindret vidensdeling om utilsigtede hændelser og patientsikkerhedsrelaterede emner på tværs af huset.</p> <p><b>Andre aktiviteter</b>  Der endvidere været fokus på følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kursus i proaktiv risikoanalyse (HFMEA)</li> <li>• Basiskursus for nøglepersoner i patientsikkerhed</li> <li>• Kursus i teamrelateret kommunikation</li> <li>• Implementering af ”10 råd til patienter om patientsikkerhed”</li> </ul>
<p><b>Organisering af patientsikkerhedsarbejdet med regionsdannelsen</b></p>	<p>I det følgende beskrives organisering af patientsikkerhedsarbejdet i RM.</p> <p>Den største del af arbejdet med at styre og forbedre patientsikkerheden, foregår klinisknært i regionens hospitalsenheder. Hospitalsledelserne på de 19 somatiske hospitaler har ansvaret for varetagelse af opgaver vedrørende patientsikkerhed. Dette sker typisk ved en uddannet risikomanager for hospitalsledelsen. Opgaver på patientsikkerhedsområdet, der skal håndteres lokalt omfatter rapportering og sagsbehandling af utilsigtede hændelser til Dansk Patient Sikkerheds Database (DPSD), udførelse af analyser af lokale hændelser, lokale kulturudviklende initiativer, lokal formidling af læring, iværksættelse af lokale forebyggende tiltag og monitorering heraf samt afgivelse af patientsikkerhedsrelevant ledelsesinformation.</p> <p>I de psykiatriske driftsenheder varetages risikomanagerfunktionen fra Enhed for Klinisk Kvalitet og Patientsikkerhed i Center for Kvalitetsudvikling. Dette sker således at de lokale patientsikkerhedsorganisationer i hospitalsenhederne videreføres og udvikles i forhold til drifts- og udviklingsopgaver. Opgaver for den regionale psykiatriske risikomanagerfunktion omfatter opgaver vedrørende rapportering og sagsbehandling af utilsigtede hændelser til Dansk Patient Sikkerheds Database (DPSD), udførelse af analyser af alvorlige hændelser og aggregerede analyser, lokale udviklende initiativer, lokal formidling af læring,</p>

	<p>iværksættelse af lokale forebyggende tiltag og monitorering heraf samt afgivelse af patientsikkerhedsrelevant ledelsesinformation.</p> <p>Den centrale regionale understøttende drifts-, koordinerings- og udviklingsfunktion er ligeledes forankret i Enhed for Klinisk Kvalitet og Patientsikkerhed (EKKSP). For EKKSP er opgaven med patientsikkerhedsindsatsen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- At sørge for at mission og vision i de(n) regionale patientsikkerhedsstrategi(er) operationaliseres.</li> <li>- At koordinere det overordnede patientsikkerhedsarbejde med tilsvarende arbejder i det øvrige sygesystem.</li> </ul> <p>Med henblik på vidensdeling og koordination mellem hospitalsenhederne, etableres "RMs Faglige Gruppe for Patientsikkerhed". Gruppen har overordnet til formål at støtte operationaliseringen af strategiens mission og vision. Gruppen består af repræsentanter fra Enhed for Klinisk Kvalitet og Patientsikkerhed samt de medarbejdere fra hospitalsenhederne, der varetager risikomanagerfunktion.</p> <p>Arbejdet med patientsikkerhed og problemstillinger af tværgående, strategisk karakter i forbindelse med patientsikkerhedsindsatsen i de somatiske hospitaler, foregår inden for de strategiske rammer, som udstikkes af Afdelingen for Kvalitet og Sundhedsdata, for psykiatrien udstikkes disse rammer af Psykiatrifaglig Stab. RMs Faglige Gruppe for Patientsikkerhed indstiller fælles regionale tiltag til beslutning i henholdsvis det somatiske og det psykiatriske kvalitetsråd. Gruppens mødeaktivitet koordineres med mødeaktivitet i det regionale kvalitetsråd og i hhv. Fagligt og Strategisk Forum for Dansk Patientsikkerhed under Sundhedsstyrelsen.</p>
<p><b>Publikationer, hjemmesider, links</b></p>	<p>"Forebyggelse af faldulykker på sygehuse i Århus Amt - syntese af gennemførte analyser af faldulykker på sygehuse i Århus Amt", april 2006, Kvalitetsafdeling Århus Amt. Rapporten kan rekvireres hos Enhed for Klinisk Kvalitet og Patientsikkerhed.</p> <p>Håndbog for medicinering på somatiske sygehuse i Vejle Amt. Evalueringsrapport "De fem trin". Årsrapport 2005.</p> <p>Implementation of Computerized Physician drug Order Entry (CPOE) – a threat to patient safety?", Lone Kaersvang, Lone Winther Jensen, Paul Bartels, Århus Amt "11th European Forum on Quality Improvement in Health Care", april 2006.</p>

	<p>“Insights gained from systematic organizational approach to patient safety concerning suicide prevention”, Solvejg Kristensen og Lisbeth Damgaard, Psykiatrien i Århus Amt, “11th European Forum on Quality Improvement in Health Care”, april 2006.</p> <p>Strategi for RMs Patientsikkerhedsindsats, november 2006 (udkast), Enhed for Klinisk Kvalitet og Patientsikkerhed, Center for Kvalitetsudvikling.</p> <p>I 2007 etableres en hjemmeside for patientsikkerhed i RM.</p>
<p><b>Kontaktinformation i regionen</b></p>	<p>Center for Kvalitetsudvikling          Enhed for Klinisk Kvalitet og Patientsikkerhed          Regionshuset Århus          Olof Palmes Allé 15          8200 Århus N          Solvejg Kristensen          Tlf.nr.: 8728 4979          E-mail: <a href="mailto:Solvejg.Kristensen@STAB.RM.dk">Solvejg.Kristensen@STAB.RM.dk</a></p>

## Region Syddanmarks bidrag til årsrapport

Region	Region Syddanmark
<b>Aktiviteter i 2006</b>	<p>Der har på regionsniveau været fokus på lærings- og forbedringsarbejdet, bl.a. gennem netværksmøder på tværs af sygehusene og aktiviteter ved de enkelte sygehuse. Ved netværksmøderne er de alvorlige hændelser blevet gennemgået mhp. at nyttiggøre læringen af disse hændelser i hele regionen. Mht. aktiviteter ved enkelte sygehuse kan nævnes: Eet sygehus har anvendt spredningsgrupper. Arbejdet med spredningsgrupper er nærmere beskrevet i Tidsskrift for Sundhedsvæsen 82.årgang 9/2006 side 307. Flere sygehuse har haft fokus på faldhændelser, dels med aggregerede analyser, dels med prioritering af forebyggelse af fald som særligt indsatsområde. Flere sygehuse har arbejdet med mulighederne for patientrapportering af fald. Eet sygehus's arbejde med patientrapporteret fald er beskrevet i Dansk Selskab for patient-sikkerheds nyhedsbrev nr. 22 – september 2006. Eet sygehus har undersøgt i hvilket omfang patienter og personales opfattelse af fejl er overensstemmende. Det viste det sig ikke at være, idet patienter ikke skelner mellem fejl og utilfredshed. Arbejdet er præsenteret på ISQUA's konference. Der har flere steder i regionen været fokus på medicineringshændelser, hvor der bl.a. er udarbejdet rapporter vedr:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• aggregeret analyse af hændelser vedr. AK- behandling</li><li>• analyse af medicineringshændelser</li><li>• gennemgang af medicinskabe</li><li>• strategi og håndbog vedr. medicinering (kan ses på <a href="http://www.sundhed/info/regionsyddanmark">www.sundhed/info/regionsyddanmark</a> - under fagfolk fra 1. januar)</li><li>• læringssæt om uddeling af medicin</li><li>• katalog over remedier til brug ved sikker medicin håndtering</li></ul> <p>Der er ved alle sygehusene gennemført flere audits, dels af enkelt hændelser, dels på særlige fokusområder. Der er endvidere ved flere sygehuse iværksat arbejde med proaktive analyser, risikoidentifikation og håndtering.</p>

<p><b>Organisering af patient-sikkerhedsarbejdet med regionsdannelsen</b></p>	<p>Rapportering og læring af utilsigtede hændelser skal primært ske decentralt ved de enkelte afsnit og afdelinger ved sygehusene. Derfor ligger tyngden i arbejdet – og organiseringen på decentralt niveau. Der lægges op til at dokumentation af arbejde med rapportering, analyse og opfølgning skal være elektronisk for at sikre gennemskuelse og overblik. Det er hensigten at rapporterede hændelser primært går direkte til det enkelte sygehus. Et udviklingscenter for kvalitet- og risikostyring i region Syddanmark skal særligt understøtte arbejdet på tværs af sygehusene og sektorerne – og i øvrigt understøtte arbejdet ved sygehusene i det omfang der fremsættes ønske om dette. Se nedenfor ang. organisering og rettighedsstruktur i Region Syddanmark.</p>
<p><b>Publikationer, hjemmesider, links</b></p>	<p>Materialer og publikationer er beskrevet under aktiviteter, herunder hvor de kan findes.</p> <p>Se endvidere: <a href="http://www.regionsyddanmark.dk">www.regionsyddanmark.dk</a> og <a href="http://www.sundhed.dk">www.sundhed.dk</a> - region syddanmark, særligt for fagfolk.</p>
<p><b>Kontaktinformation i regionen</b></p>	<p>Regions- og udviklingscenteret for kvalitet- og risikostyring          Birgit Viskum:  <a href="mailto:birgit.viskum@regionsyddanmark.dk">birgit.viskum@regionsyddanmark.dk</a>.          Afdelingen for kvalitet og forskning          Bo Borg Mikkelsen:  <a href="mailto:bo.b.mikkelsen@regionsyddanmark.dk">bo.b.mikkelsen@regionsyddanmark.dk</a>.</p>

## Forslag til rettighedsstruktur i DPSD for Region Syddanmark

### **Regional enhed**

Kan se alle sager

Kan køre statistik på alle sager

### **Risikomanager i hver sygehusenhed**

Alle rettigheder

### **Sygehus- center-/områdeledelse**

Brugeren kan køre statistik på sager i det valgte sygehus/center/område

### **Afdelings-/klinikniveau (afdelings-/klinikledelsen)**

Brugeren kan foretage sagsbehandling

Brugeren kan se alle sager i afdelingen

Brugeren kan køre statistik på sager i afdelingen

Brugeren kan udskrive lister over sager i afdelingen

## Region Sjællands bidrag til årsrapport

Region	Region Sjælland
<b>Aktiviteter i 2006</b>	Fokus på: <ul style="list-style-type: none"> <li>- patientinddragelse ved at udlevere ”De 10 gode råd”</li> <li>- et mere sikkert patientforløb - start af implementering af ”Patientens bog”, der er udleveret i stort antal.</li> <li>- uddannelse af ledere og patientsikkerhedsansvarlige nøgle personer på fælles 3-amtskurser. Ca. 300 ledere og medarbejdere har deltaget i undervisningen.</li> <li>- møder med sagsbehandlere og patientsikkerhedsansvarlige fra klinikken</li> <li>- ad hoc møder med ledelserne</li> <li>- -månedlig undervisning på introdag for nyan satte i Sygehus Vestsjælland.</li> <li>- ad hoc undervisning i kliniske specialer</li> <li>- netværksdannelse for risikomanagere i Region Sjælland.</li> <li>- implementering af retningslinier for "The 2. victim"</li> <li>- forberede proaktivt patientsikkerhedsarbejde i form af patientsikkerhedsstuegange</li> <li>- sikret sagsgang på de enkelte institutioner til håndtering af rapporter om UTH, herunder kerneårsagsanalyser samt risikobelysning</li> </ul>
<b>Organisering af patientsikkerhedsarbejdet med regionsdannelsen</b>	<p>Patientsikkerhedsarbejdet vil indgå som en del af den kommende kvalitetsorganisation i Region Sjælland, hvor den driftsmæssige del er forankret på de tre somatiske sygehuse og i psykiatrien. Den koordinerende del varetages af KU-afdelingen i selve regionen.</p> <p>Gennem en massiv uddannelsesindsats er der sikret en fælles platform for det videre arbejde samt netværksdannelser til erfaringsudveksling på tværs af somatikken og psykiatrien.</p>

<p><b>Publikationer, hjemmesider, links</b></p>	<p>Der er udarbejdet en fælles pjece i regionen: ”Patientsikkerhed i sygehusvæsenet”, som er en integreret del af introduktionen i sygehuset.</p> <p>Herudover er der udarbejdet en rapport om infusionspumper på Sygehus Syd.</p> <p>Sygehus Syd: <a href="http://www.storstrommenssygehus.dk">www.storstrommenssygehus.dk</a></p> <p>Sygehus Vest: <a href="http://sv.vestamt.dk/">http://sv.vestamt.dk/</a>,</p> <p><b>Sygehus Øst:</b> <a href="http://www.rs-roskilde.dk/ras/roskilde/afdelinger/admin/kvalitet/kvalitet.asp">http://www.rs-roskilde.dk/ras/roskilde/afdelinger/admin/kvalitet/kvalitet.asp</a></p>
<p><b>Kontaktinformation i regionen</b></p>	<p><b>Region Sjælland:</b> Sundhedsfaglig chef Preben Cramon KU afdelingen, Regionshuset, Alléen 15, 4180 Sorø Telefon 70 15 50 00 <a href="mailto:pre@shf.stam.dk">pre@shf.stam.dk</a></p> <p><b>Sygehus Vest:</b> Riskmanager Annelise Hvidsten Kirurgisk Centerstab, Kirurgisk Center, Slagelse Sygehus, 4200 Slagelse Tlf.: 5855 9061 <a href="mailto:chanhv@vestamt.dk">chanhv@vestamt.dk</a></p> <p><b>Sygehus Syd:</b> Risikomanager Hanne Elmelund Storstrømmens Sygehus Tlf. 5651 2047 <a href="mailto:hel@cn.stam.dk">hel@cn.stam.dk</a></p> <p><b>Sygehus Øst:</b> Riskmanager Martin Bommersholdt Roskilde Amts Sygehus Telefon 47321193</p> <p><b>Psykiatrien:</b> Riskmanager Margit Reimers Knudsen Psykiatrisk Center</p>

	Kolonivej 15,1. sal, 4293 Dianalund Tlf.: 5827 1447 <a href="mailto:anmakn@vestamt.dk">anmakn@vestamt.dk</a>
--	--

## Region Hovedstadens bidrag til årsrapport

Region	Region Hovedstaden
<p><b>Aktiviteter i 2006</b></p>	<p>Årsrapporten beskriver en række af de aktiviteter der har været gennemført på tværs af regionen i fællesskab mellem flere hospitaler i regionen.</p> <p>Udover disse aktiviteter har der i de enkelte afdelinger på hospitalerne tillige været en lang række lokale aktiviteter til forbedring af patientsikkerheden.</p> <p>Desuden har risikomanager og patientsikkerhedskoordinatorer i samarbejde med ledelserne på hospitalerne etableret konkrete løsninger af lokale patientsikkerhedsproblemer. Ligeledes har patientsikkerhedsorganisationerne på forskellig vis i regionen deltaget i hospitalernes udvalg/råd for kvalitet, lægemidler, hygiejne mv.</p> <p><b><u>Kulturundersøgelse</u></b></p> <p>Københavns Amt, Frederiksborg Amt, Bornholms Regionskommune og H:S har i 2006 gennemført en sikkerhedskulturundersøgelse i alle kliniske afdelinger på hospitalerne i regionen. Formålet har været at få afdækket sikkerhedskulturelle styrker og forbedringsmuligheder på afdelingsniveau.</p> <p>Spørgeskemaer er udsendt til ca. 25.000 medarbejdere, og med en tilfredsstillende svarprocent på 49%. Resultaterne, der tilgår afdelingsledelser primo 2007, vil være grundlag for den fortsatte udvikling af sikkerhedskulturen på hospitalerne.</p> <p><b><u>Rapportering</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- I hele Regionen er der iværksat et projekt mhp. at få praktiserende læger til at rapportere hændelser sket på hospitalerne samt problematiske patientforløb ved sektorskift mellem hospital og praksissektoren. Projektet videreføres i 2007.</li> <li>- Københavns Amt, Frederiksborg Amt, Bornholms Regionskommune og H:S gennemførte en analyse af rapporteringssystemerne samt de arbejdsgange, der er forbundet hermed. Analysen danner grundlag for udviklingen af regionens fælles rapporteringssystem.</li> <li>- Der er i dele af regionen indgået aftaler med patientvejlederne på hospitalerne om, at de sammen med patienterne rapporterer utilsigtede hændelser. Erfaringen er, at patientrapporteringer bidrager væsentligt til at få nye vinkler på patientsikkerhedsarbejdet.</li> <li>- Mønstre og tendenser i antallet af rapporteringer og typer af hændelser er formidlet med faste intervaller til medarbejdere og ledere. Formidlingen er typisk sket i form af nyhedsbreve, statusopgørelser og i forbindelse med møder og undervisning.</li> <li>- I en del af regionen er der foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt ledere og i patientsik-</li> </ul>

kerhedsorganisation. Resultaterne skal bruges til fremtidig optimering af rapporteringssystemet og foreligger primo 2007.

#### **Gennemførte analyser og temarapporter**

Der har i hele regionen i 2006 været gennemført 80 kerneårsagsanalyser.

Et nyt initiativ i 2006 har været gennemførelse af Patient-sikkerhedsrunder flere steder i regionen, hvor topledere sammen med hospitalets risikomanager, afdelingsledelsen og andre nøglepersoner ved besøg i sengeafsnit identificerer potentielle risikoområder og udarbejder handleplaner mhp. reducere af risici.

Fejlkildeanalyse, der vedrører brand på psykiatriske afdelinger, er iværksat og forventes afsluttet primo januar 2007.

På baggrund af rapporterede hændelser er der i forskellige dele af regionen gennemført aggregerede analyser vedr. 'Skriftlig kommunikation', 'Hjertestop' og 'Anvendelse af sengeheste'.

#### **Advarsler**

Sundhedsstyrelsens OBS-meddelelse vedr. ventilationsballoner har i store dele af regionen medført udskiftning til engangsballoner i afsnit, hvor man sjældent anvender ventilationsballoner.

I forskellige dele af regionen er udsendt advarselsmeddelelser ud på hospitalerne vedrørende:

- Selvmordstruede patienter
- Problemer med infusionsæt og awareness
- Drop der løber subcutant
- Fastklemning ved samtidig brug af trykafastende madras og sengehest
- Luftnedløb i infusionsæt
- Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK)-funktionen

#### **Kampagner**

I dele af regionen er der gennemført håndhygiejnekampagne, der ved hjælp af visuelle virkemidler, opsætning af håndsprit og udlevering af lommedispensere til alt personale har haft til formål at reducere risikoen for nosokomielle infektioner.

Kampagne til reduktion af forvekslingskirurgi ved anvendelse af De fem Trin er evalueret og viste, at anvendelse af kontrolmetoderne i De fem Trin var væsentlig øget. Da forvekslingskirurgi er en sjælden begivenhed, har det ikke i kampagneperioden (maj 05-maj 06) været muligt at se en signifikant reduktion i forvekslinger, men data fra rapporteringsdatabasen indikerer et fald i frekvensen. Efterfølgende er Sundhedsstyrelsens retningslinier implementeret. På nogle sygehuse i regionen er gennemført kampagner om medicin i form af fokusuger. I disse uger er gennemført undervisning, audit af medicinskema og medicinrum,

	<p>udleveret informationsmateriale m.m. Der er endvidere gennemført en lokal kampagne om sikker patientidentifikation i form af intern fokuseret audit i samarbejde med kvalitetsorganisationen.</p> <p><b><u>Undervisning og Uddannelse</u></b> Der har i 2006 på forskellige vis i Regionen været gennemført undervisning for patientsikkerhedsansvarlige i form af introduktionskursus, temadage og gå-hjem-møder. I forbindelse med lederudviklingsprogram har ledere fået undervisning i aspekter der vedrører patientsikkerhed. Kvalitetsnøglepersoner er ligeledes undervist i ideer og begreber, der knytter sig til feltet. I nogle dele af regionen er der undervist i patientsikkerhed ifm. uddannelse af sygeplejersker, lægesekretærer og speciallægekurser for anæstesiologer.</p>
<b>Organisering af patientsikkerhedsarbejdet med regionsdannelsen</b>	Der er etableret en regional enhed for patientsikkerhed, og strukturen med en risikomanagerfunktion på alle hospitaler/virksomheder fastholdes.
<b>Publikationer, hjemmesider, links</b>	På Region Hovedstadens hjemmeside <a href="http://www.regionh.dk">www.regionh.dk</a> vil det være muligt at orientere sig om patientsikkerhedsarbejdet i Region. Vedr. kampagnen mod forvekslingskirurgi 'De Fem Trin' kan henvises til <a href="http://www.de5trin.dk">www.de5trin.dk</a> .
<b>Kontaktinformation i regionen</b>	Region Hovedstadens Enhed for Patientsikkerhed  Hvidovre Hospital Kettegårds Allé 2650 Hvidovre tlf. 36 32 21 71 patientsikkerhed@hvh.regionh.dk

