



Patientsikkerhed – Årsrapport 2008



REGION NORDJYLLAND

Patientsikkerhed – Årsrapport 2008

Udgivet af
Kvalitetskontoret
Planlægning, Kvalitet og Analyse

Region Nordjylland
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Ø
9635 1000
www.rn.dk

April 2009

Læs mere om Region Nordjylland på www.rn.dk

Indholdsfortegnelse

<i>1. Indledning</i>	4
<i>2. Sagsbehandling af utilsigtede hændelser i Region Nordjylland</i>	5
<i>3. Status for rapporterede utilsigtede hændelser i 2008</i>	6
3.1 Antal rapporteringer	6
3.2 Sagsbehandlingstatus for rapporterede hændelser	7
3.3 Hændelsestyper	7
3.4 Hændelsestyper fordelt på faktisk risikovurdering	8
3.5 Hændelser fordelt på faggrupper	9
3.6 Anonyme rapporteringer	10
<i>4. Regionale patientsikkerhedsaktiviteter i 2008</i>	11
4.1 5 trin til forebyggelse af forvekslingsindgreb - kirurgi og invasive undersøgelser	11
4.2 Kerneårsagsanalyser	11
4.3 FMEA-analyser	11
4.4 Formidling af patientsikkerhed	11
4.5 Rapportering fra Praksissektoren	12
4.6 Rapportering fra patienter og pårørende	12
4.7 Patientsikkerhedskurser/temadage	12
4.8. Nedsættelse af regionalt patientsikkerhedsforum	13
4.9 Operation Life	13
4.10 Driftsopgaver	13
4.11 Nationale og internationale mødeaktiviteter/konferencer	13
<i>5. Påbegyndte og planlagte patientsikkerhedsaktiviteter i 2009</i>	14
5.1 Organisering i forbindelse med udvidelse af sundhedsloven	14
5.2 Rapportering fra primærsektoren.....	14
5.4 Kurser/uddannelse	14
5.5 Afslutning af hændelsesrapporter	14
5.6 Operation Life	15
<i>Bilag 1 – Bidrag fra sygehusene og sektorerne i Region Nordjylland</i>	16
<i>Bilag 2 - Hændelsestyper og variable med definitioner</i>	22
<i>Bilag 3 - SAC-score skema</i>	23
<i>Bilag 4 - Sundhedsstyrelsens definitioner på stillingskategorier</i>	24

1. Indledning

”Patientsikkerhed – årsrapport 2008” indeholder beskrivelse af sagsbehandlingen af utilsigtede hændelser i Region Nordjylland, statistiske opgørelser over de utilsigtede hændelser, der er rapporteret i Region Nordjylland i 2008 og beskrivelse af det arbejde, der er foregået i relation til rapporteringssystemet på regionalt niveau. De fleste sygehuse og sektorer udarbejder lokale årsrapporter, men bidrager til den regionale årsrapport med en kort opsummering af de væsentligste lokale tiltag i patientsikkerhedsarbejdet.

Begrebet utilsigtet hændelse dækker over både fejl og nærved fejl. En utilsigtet hændelse er i Sundhedsloven defineret som:

”En begivenhed, der er en følge af behandling eller ophold på sygehus, og som ikke skyldes patientens sygdom, og som samtidig enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller på grund af andre omstændigheder ikke indtraf. Utilsigtede hændelser omfatter både på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl.” Sundhedsloven, lov nr. 546 af 24. juni 2005, kap. 61 § 198 – 202

Konkrete eksempler på utilsigtede hændelser er, at der bliver udleveret forkert ordineret medicin, at en patient falder under indlæggelse eller at en bestilt blodprøve ikke bliver taget.

Rapporten er inddelt i følgende afsnit:

- Afsnit 2: *”Sagsbehandling af utilsigtede hændelser i Region Nordjylland”*. I afsnittet beskrives i korte træk den sagsbehandling, som rapporterede utilsigtede hændelser gennemgår i Region Nordjylland.
- Afsnit 3: *”Status for rapporterede utilsigtede hændelser i 2008”*. Afsnittet indeholder en række statistiske opgørelser baseret på data fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase omkring rapporterede utilsigtede hændelser i Region Nordjylland i 2008.
- Afsnit 4: *”Regionale patientsikkerhedsaktiviteter i 2008”*. I dette afsnit beskrives de aktiviteter, der i 2008 er foregået på regionalt niveau i Region Nordjylland. Herudover har sygehuse og sektorerne samt Sygehusapoteket i Region Nordjylland mulighed for at bidrage til årsrapporten med en kort beskrivelse af lokale patientsikkerhedsaktiviteter i 2008. Bidragene er vedlagt som bilag 1.
- Afsnit 5: *”Planlagte patientsikkerhedsaktiviteter i 2009”*. I afsnit 5 beskrives de aktiviteter der på regionalt niveau er iværksat eller planlagt i Region Nordjylland i 2009.

2. Sagsbehandling af utilsigtede hændelser i Region Nordjylland

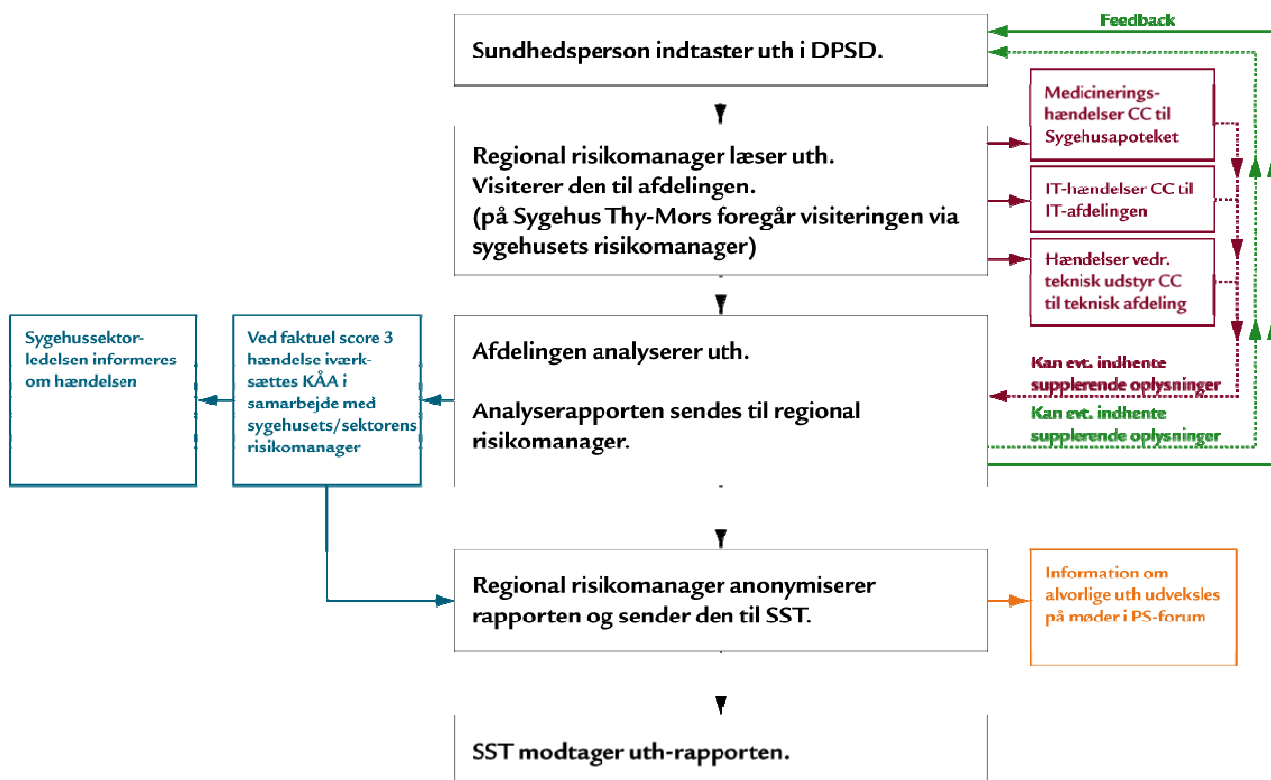
Sagsbehandlingen af rapporterede utilsigtede hændelser foregår i Region Nordjylland i en forholdsvis centraliseret proces. Alle rapporterede utilsigtede hændelser bliver tilsendt Kvalitetskontoret i Afdelingen for Planlægning, Kvalitet og Analyse, der foretager viderevisitering af hændelserne til patientsikkerheds-nøglepersoner (ps-nøglepersoner) i de sygehusafdelinger, hvor hændelsen skal risikovurderes og analyseres. Ved risikovurderingen af hændelsen bliver hændelsen tildelt en risikoscore mellem 1 og 3 vurderet efter skadens omfang og hændelsens hyppighed (dette uddybes senere i rapporten). Den samlede hændelsesanalyse og risikovurdering sendes til Kvalitetskontoret, som hændelsesklassificerer og anonymiserer hændelserne og herefter indsender dem til Sundhedsstyrelsen (SST). Indsendelse foregår via Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD).

Udover at hændelserne bliver sendt til risikovurdering og analyse i afdelingerne bliver hændelser, der implicerer specialafdelinger sendt i kopi hertil. Således sendes medicineringshændelser i kopi til en kontaktperson i Sygehusapoteket ligesom hændelser, der implicerer IT-systemer sendes i kopi til IT-afdelingen og hændelser, der implicerer defineret medicinsk udstyr som eksempelvis infusionspumper, sendes til kontaktperson i teknisk afdeling. (Samme procedurer gælder ikke for Sygehus Thy-Mors, der har en mere decentral organisering omkring arbejdet i DPSD end de øvrige sygehuse og sektorer i regionen)

Den overordnede organisering af arbejdet med utilsigtede hændelser i Region Nordjylland er skitseret i figur 1 herunder.

Figur 1

Sagsbehandlingsprocessen for utilsigtede hændelser i Region Nordjylland



3. Status for rapporterede utilsigtede hændelser i 2008

3.1 Antal rapporteringer

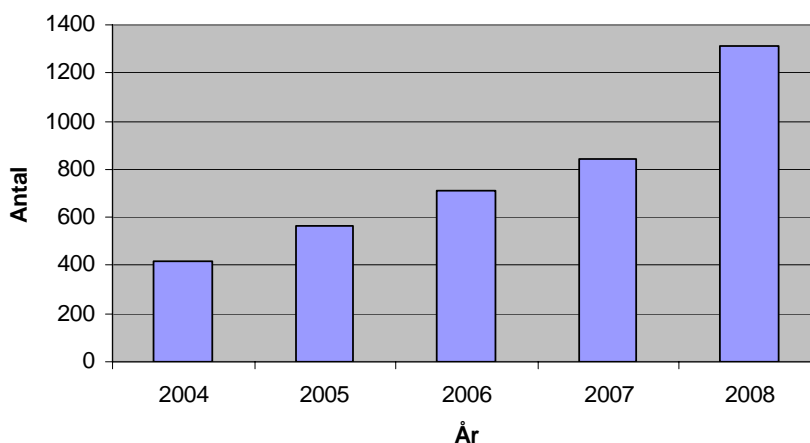
I 2008 er der i alt rapporteret 1311 utilsigtede hændelser i DPSD fra sygehusene og sektorerne i Region Nordjylland¹. Dette tal baserer sig på en opgørelse over antal rapporteringer i perioden 1. januar 2008 til 31. december 2008.^{2 3}

Det betyder, at nogle af de rapporterede hændelser kan have fundet sted i 2007, men først rapporteret i 2008. Samtidig vil nogle af de utilsigtede hændelser, der har fundet sted i 2008 først blive rapporteret i DPSD i 2009. Antallet af rapporterede hændelser i 2008 er dermed ikke lig med det antal utilsigtede hændelser, der er observeret i 2008.

Som det fremgår af figur 2, har antallet af rapporteringer været stadigt stigende fra 2004 og frem til 2008. Antallet af rapporteringer i 2008 udgør en stigning på 56 % i forhold til antallet af rapporteringer i 2007. Stigningen i rapporteringer skal ikke ses som et udtryk for, at der sker flere utilsigtede hændelser i sygehusene og sektorerne. Derimod skal stigningen i rapporteringer ses som et udtryk for et stadigt større fokus på patientsikkerhedsarbejdet i sygehuse og sektorer samt en udvikling i retning af en mere moden patientsikkerhedskultur, hvor sundhedsansatte i stigende grad er trygge ved at rapportere oplevede utilsigtede hændelser.

En mindre del af stigningen i rapporterede hændelser skyldes, at der er i 2008 er opstartet et projekt i Almen Praksis med fokus på rapportering af utilsigtede hændelser. Ud af de 1311 utilsigtede hændelser rapporteret i 2008, er 56 rapporteret fra Almen Praksis.

Figur 2: Antal rapporterede utilsigtede hændelser fordelt på år



¹ I 2008 er der i alt indrapporteret 21.279 utilsigtede hændelser fra de fem regioner.

² Ved udtræk i databasen skelnes der mellem hændelsesrapporternes oprettelsesdato og hændelsesrapporternes hændelsesdato. Oprettelsesdato er den dato, hvor rapporten er rapporteret i databasen mens hændelsesdatoen er den dato, som rapportøren har angivet at hændelsen har fundet sted. I denne rapport er de statistiske opgørelser baseret på oprettelsesdato.

³ Der gøres opmærksom på, at der i opgørelsen er inkluderet hændelsesrapporter, der senere annulleres. Disse hændelser er ikke inkluderet i opgørelserne fra 2004 til 2007, hvilket skal tages i betragtning ved sammenligning af antal rapporteringer fordelt på år.

3.2 Sagsbehandlingstatus for rapporterede hændelser

På udtrækstidspunktet i marts er 52 % af hændelsesrapporterne afsluttet. Det vil sige, at rapporterne er risikovurderet, analyseret, klassificeret, anonymiseret og indsendt til Sundhedsstyrelsen.

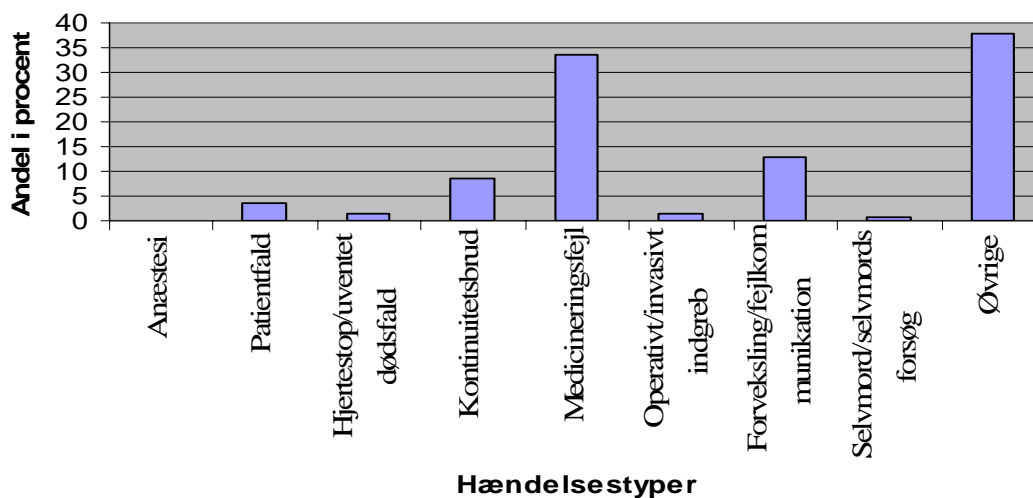
42 % af hændelsesrapporterne er endnu ikke afsluttet. Størstedelen af disse afventer risikovurdering og analyse i sygehusene og sektorerne. En mindre del, nemlig de hændelser, der er rapporteret i december 2008 (omkring 5 %), ligger på udtræksdatoen inden for den grænse på 90 dage, som i lovgivningen er bestemt som maksimal sagsbehandlingsperiode i regionerne.⁴

Annulerede rapporter udgør 6 % af hændelserne. De annullerede rapporter omfatter bl.a. hændelsesrapporter, hvor det ikke er angivet i hvilken afdeling hændelsen har fundet sted, og hvor der heller ikke er angivet oplysninger om rapportøren. Sådanne hændelsesrapporteringer må oftest annulleres, da det sjældent er muligt at finde frem til den afdeling, hvor hændelsen er sket, og hvor hændelsen efterfølgende skal risikovurderes og analyseres. Gruppen af annullerede rapporter omfatter desuden dobbeltrapportering af hændelser, testrapporter samt rapportering af hændelser, hvor det udelukkende er personalet, der er kommet til skade, eksempelvis stikskader.

3.3 Hændelsestyper

Alle rapporterede utilsigtede hændelser er siden 1. januar 2006 blevet klassificeret i 9 forskellige hændelsestyper. Rapporteringerne i Region Nordjylland i 2008 fordeler sig som illustreret i figur 3 indenfor de 9 kategorier.

Figur 3: Rapporterede utilsigtede hændelser fordelt på hændelsestype



Den oftest forekomne hændelsestype er Øvrige, som udgør knap 40 % af de hændelser, der er blevet klassificeret på udtrækstidspunktet. Kategorien Øvrige dækker bl.a. over hændelser rapporteret fra klinisk biokemiske afdelinger og afspejler i øvrigt at databasens hændelsesklassifikation ikke er tilstrækkeligt dækkende i forhold til de hændelsestyper, der rapporteres.

⁴ På nationalt niveau er 19.866 af de i alt 21.279 (93 %) hændelser rapporteret fra alle regionerne i 2008 afsluttet og indsendt til Sundhedsstyrelsen.

Medicineringsfejl er den næst oftest forekomne hændelsestype, idet denne udgør 34 % af hændelserne i Region Nordjylland. Herefter følger Forvekslings/fejlkommunikation og Kontinuitetsbrud, der udgør henholdsvis 13 % og knap 9 % af alle typificerede hændelser (Sundhedsstyrelsens definition af hændelsestyperne findes som bilag 2). Fordelingen i hændeskategorier i Region Nordjylland ligger tæt på fordelingen på nationalt niveau, dog rapporteres færre fald i Region Nordjylland end på nationalt niveau og i Region Nordjylland er der en større andel rapporterede hændelser i kategorien øvrige.

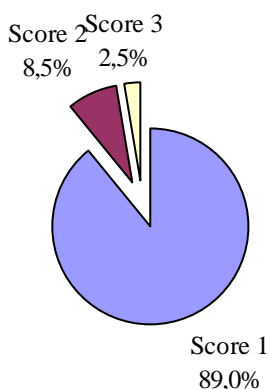
3.4 Hændelsestyper fordelt på faktisk risikovurdering

I forbindelse med indsendelse af rapporterede utilsigtede hændelser til Sundhedsstyrelsen foretages en risikovurdering efter Safety Assessment Code (SAC-systemet). (SAC-scoreskema er vedlagt som bilag 3) Ud fra en vurdering af omfanget af skaden og hændelsens hyppighed tildeles hændelsen en risikoscore mellem 1 og 3, hvor score 3 er den alvorligste risikovurdering. Der foretages en faktisk risikovurdering såvel som en potentiel risikovurdering. Den faktuelle risikovurdering foretages ved at sammenholde den faktuelle patientskade med hyppigheden af hændelsen. Den potentielle risikovurdering foretages ved at sammenholde den patientskade, der potentielt kunne være sket med hyppigheden af hændelsen.

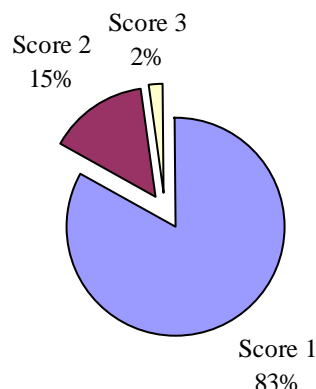
For de 774 hændelsesrapporter, der på udtrækstidspunktet er risikovurderet og indsendt til Sundhedsstyrelsen gælder det, at 19 hændelser (2,5 %) er risikovurderet til en faktisk score 3, 66 hændelser (8,5 %) er vurderet til en faktisk score 2, mens de resterende 689 hændelser (89 %) er vurderet til en faktisk score 1.

Til sammenligning er 2 % af hændelserne på nationalt niveau risikovurderet til score 3, 15 % til score 2 og 83 % til score 1. I forhold til nationalt niveau er der således i Region Nordjylland en større andel score 1 hændelser og en mindre andel score 2 hændelser, mens andelen af score 3 hændelserne stort set er den samme. Dette er illustreret i figur 4 og 5.

Figur 4: Hændelser i Region Nordjylland fordelt på risikovurdering

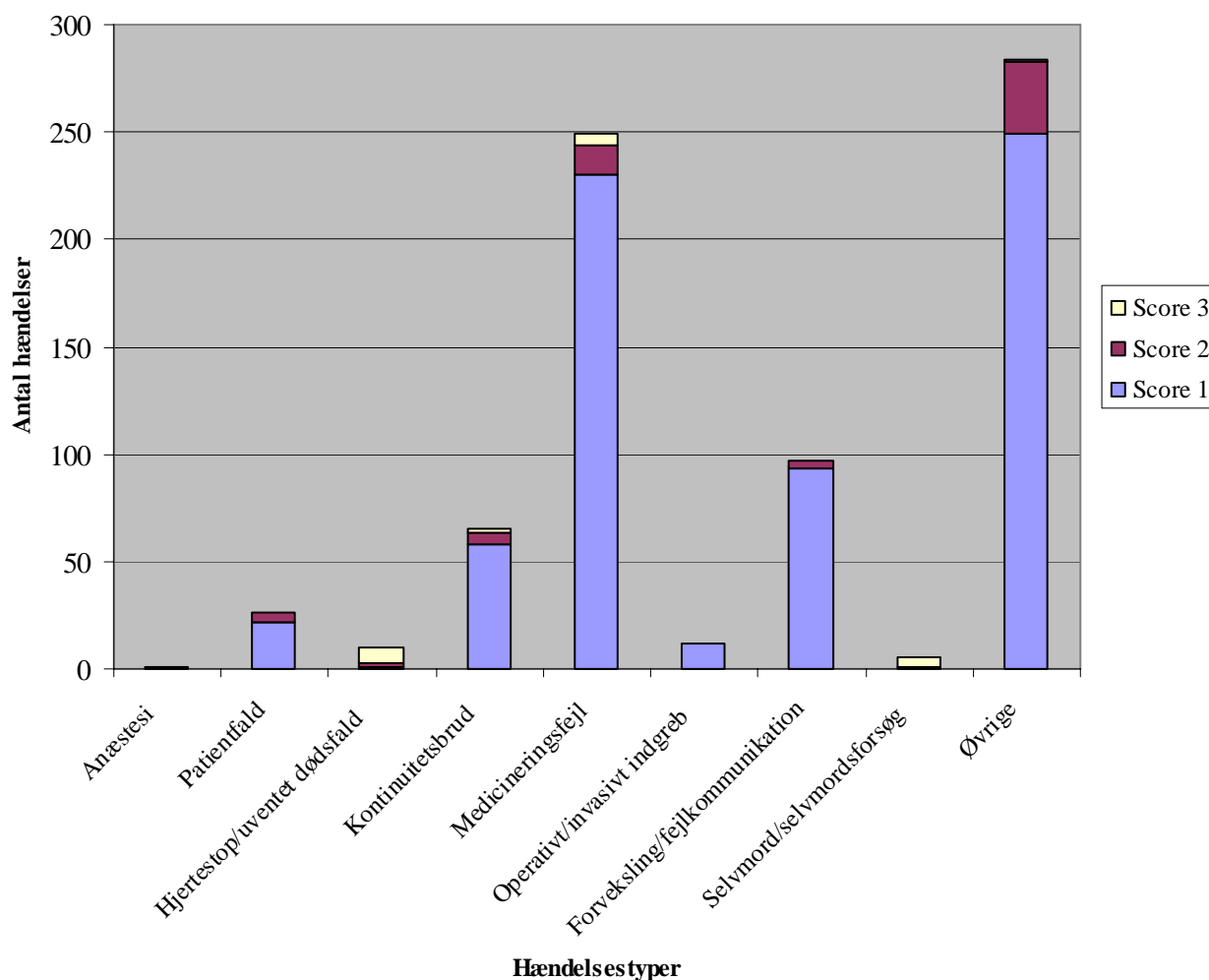


Figur 5: Hændelser på nationalt niveau fordelt på risikovurderinger



Set i forhold til hændelseskategorierne fordeler hændelsernes risikovurderinger sig, som det er illustreret i figur 6.

Figur 6: Hændelsestype fordelt på risikovurdering



Som det fremgår af figur 6, er det inden for hændelsestyperne hjertestop/uventet dødsfald (7 hændelser), medicineringsfejl (5 hændelser), selvmord/selvordsforsøg (4 hændelser) og kontinuitetsbrud (2 hændelser), at de mest alvorlige hændelser med en faktisk risikovurdering på 3 findes. Desuden er 1 hændelse under øvrige risikovurderet til score 3. Det er imidlertid væsentligt at være opmærksom på, at risikovurderingerne til en vis grad foretages ud fra en subjektiv vurdering.

3.5 Hændelser fordelt på faggrupper

Ved rapportering af en utilsigtet hændelse kan rapportøren vælge om vedkommende ønsker at angive, hvilken faggruppe han eller hun tilhører. Iflg. Sundhedsloven er alle sundhedsansatte personer i regionen forpligtet til at rapportere utilsigtede hændelser, der sker på sygehusene og i sektorerne i regionen.

I tabel 1 ses den procentvise fordeling af rapporteringer i Region Nordjylland fordelt på de 8 mulige faggruppekategorier.

Tabel 1: Rapporteringer fordelt på faggruppekategorier

Stillingsbetegnelse	%
Plejepersonale	42,5
Lægeligt personale	18,7
Andet klinisk personale	21,1
Andet personale tilknyttet primær og sekundærsektoren	4,7
Tandlæge personale	0
Teknisk personale	0,2
Farmaceutisk personale	<0,1
Psykologisk personale	0,2
Ikke angivet	12,6

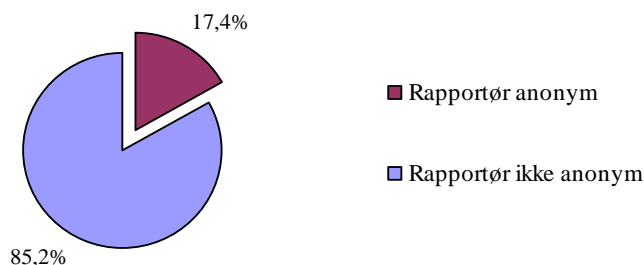
I praksis modtages der overvejende hændelsesrapporter fra ansatte i sygehusvæsenet. Dog har opstarten af projektet omkring rapportering fra praktiserende læger medført, at der i stigende grad rapporteres utilsigtede hændelser fra Almen Praksis. Således er 23 % af hændelser rapporteret af lægeligt personale modtaget fra Almen Praksis.

Kategorien 'Andet klinisk personale' omfatter bl.a. bioanalytikere og jordemødre, mens kategorien 'Andet personale tilknyttet primær og sekundærsektoren' bl.a. omfatter portører og lægesekretærer (Sundhedsstyrelsens definitioner på stillingskategorierne findes som bilag 4).

3.6 Anonyme rapporteringer

Ved rapportering af en hændelse skal rapportøren vælge om vedkommende ønsker at være anonym. I Region Nordjylland har der i de seneste år været et markant fald i andelen af hændelsesrapportører, der ønskede at rapportere anonymt. Fra 2006 til 2007 faldt andelen af anonymt rapporterede hændelser fra 27 % til 18 %, og som illustreret i figur 7 er andelen af anonymt rapporterede hændelser i 2008 17 %.

Figur 7: Andel af anonyme og ikke anonyme hændelsesrapporter



På nationalt niveau er 11 % af alle rapporterede hændelser fra 2008 rapporteret anonymt.

4. Regionale patientsikkerhedsaktiviteter i 2008

4.1 5 trin til forebyggelse af forvekslingsindgreb - kirurgi og invasive undersøgelser

En evaluering af retningslinien ”5 trin til forebyggelse af forvekslingsindgreb” har vist, at det på grund af en overvejende kirurgisk terminologi i retningslinien har været særligt vanskelig at implementere retningslinien i regionens medicinske afdelinger. Derfor er der udarbejdet to retningslinier med tilhørende plakater, der gælder for henholdsvis kirurgi og invasive undersøgelser; ”5 trin til forebyggelse af forveksling ved invasive undersøgelser” og ”5 trin til forebyggelse af forveksling ved kirurgiske indgreb”. Retningslinierne udsendes til sygehusene primo 2009.

4.2 Kerneårsagsanalyser

En kerneårsagsanalyse er en anerkendt systematisk analysemetode, der ofte anvendes ved alvorlige utilsigtede hændelser. Der er i 2008 gennemført 9 kerneårsagsanalyser i Region Nordjylland.

4.3 FMEA-analyser

I Region Nordjylland har der generelt været fokus på at udvikle og tilegne sig metoder til proaktiv patientsikkerhedsarbejde. På flere niveauer i regionen arbejdes der aktivt på at tilegne sig kompetencer til at udføre analyser ved hjælp af FMEA-metoden. FMEA-metoden er en proaktiv risikoanalyseform, hvor arbejdsgange systematisk gennemgås med henblik på at identificere mulige risici samt prioritere og forebygge disse. I 2008 er der foretaget én FMEA i Region Nordjylland.

4.4 Formidling af patientsikkerhed

Ps-forum:

Som erstatning for den regionale erfagruppe for patientsikkerhed er der i slutningen af 2008 blevet nedsat et formelt patientsikkerhedsforum med deltagelse af patientsikkerheds-kontaktpersoner fra sygehusene, sektorerne, sygehusapoteket og regionens Kvalitetskontor. Gruppen afholder 6 møder årligt og refererer til Kvalitetsrådet for Sygehusvæsenet i Region Nordjylland. Gruppen skal bl.a. sikre vidensdeling og erfaringsudveksling samt medvirke aktivt til udvikling af proaktivt patientsikkerhedsarbejde i regionen. Gruppen skal desuden medvirke til at samle dokumentation og skabe synlighed om effekten af patientsikkerhedsarbejdet i regionen.

Nyhedsbreve:

Der udsendes hvert kvartal et nyhedsbrev med seneste nyt om patientsikkerhed i regionen og nationalt. Brevet er primært målrettet de nøglepersoner og kontaktpersoner, der i sygehusene og sektorerne arbejder med patientsikkerhed.

Udsendelse af ”Pas på”:

I 2008 er der udsendt én regional ”pas på” omhandlende ændringer i elektronisk medicinmodul efter utilsigtet hændelse omhandlende fejl dosering med præparatet Methrotrexate.

Hjemmeside for patientsikkerhed:

Kvalitetskontoret opdaterer løbende regionens hjemmeside for patientsikkerhed:

www.patientsikkerhed.rn.dk . På siden er det muligt at orientere sig i materiale og nyheder omkring patientsikkerhed på regionalt niveau.

4.5 Rapportering fra Praksissektoren

Almen Praksis i Region Nordjylland har i begyndelsen af 2008 opstartet et projekt, hvor praktiserende læger, via egen database, har mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser. Praksislægerne har mulighed for både at rapportere utilsigtede hændelser, der er forekommet i sygehuse/sectorerne samt i eget regi. Hændelser der skal analyseres i sygehusene og sectorerne bliver også indtastet i DPSD og Kvalitetskontoret samarbejder løbende med Almen Praksis omkring håndtering af hændelserne.⁵

For at skabe synlighed omkring projektet har projektlederen for rapporteringsprojektet deltaget med oplæg omkring projektet ved møder i regionale fora som Patientsikkerhedsforum, Det Regionale Kvalitetsråd for Sygehusvæsenet samt i forbindelse med afholdt national netværksdag for risikomanagere.

4.6 Rapportering fra patienter og pårørende

I 2008 er der foretaget en pilotundersøgelse, hvor det gennem en periode på et halvt år har været muligt for patienter og pårørende i 2 afdelinger at rapportere utilsigtede hændelser. Der er udarbejdet en evalueringsrapport, der kan læses på www.patientsikkerhed.rn.dk.

4.7 Patientsikkerhedskurser/temadage

Grundkursus i patientsikkerhed:

I samarbejde med Region Midtjylland er der i 2008 afholdt ét 2 dages patientsikkerhedsgrundkursus. I perioden 2004 til 2008 har omkring 350 ps-nøglepersoner og ledere fra Region Nordjylland deltaget i grundkurserne i patientsikkerhed. I 2008 har Kvalitetskontoret desuden deltaget i flere minikurser i patientsikkerhed lokalt i sygehusene og sectorerne.

Opfølgingskursus i patientsikkerhed:

I samarbejde med Region Midtjylland er der afholdt et opfølgingskursus i patientsikkerhed. Kurset henvender sig primært til nøglepersoner og ledere i sygehusvæsenet, der har været på grundkursus i patientsikkerhed. Der forventes at blive afholdt ét årligt opfølgingskursus.

Kursus i DPSD:

Der er afholdt kursus i anvendelse af DPSD for regionens patientsikkerhedskontaktpersoner. I forbindelse hermed er der udarbejdet en brugermanual til DPSD tilrettet regionale forhold.

National netværksdag for risikomanagere:

Region Nordjylland har afholdt en national netværksdag for risikomanagere. Hovedtemaerne på netværksdagen var rapportering i praksissektor, rapportering fra patienter og pårørende, omsorg for patienter og personale efter alvorlig utilsigtet hændelse samt patientsikkerhedsrunder.

⁵ Der kan læses mere om projektet på: www.uth.rn.dk

4.8. Nedsættelse af regionalt patientsikkerhedsforum

I 2008 er der nedsat et regionalt patientsikkerhedsforum bestående af repræsentanter fra sygehuse/sectorerne, Sygehusapoteket samt Kvalitetskontoret. Patientsikkerhedsforums væsentligste opgaver er, at være med til at skabe synlighed om effekten af patientsikkerhedsarbejdet i regionen, at sikre erfarings- og vidensudveksling omkring patientsikkerhedsarbejdet samt at medvirke til udvikling af proaktivt patientsikkerhedsarbejde i regionen.

4.9 Operation Life

Alle sygehuse og sektorer har i 2008 deltaget i en eller flere af pakkerne i Operation Life. Alle steder arbejder man med medicinafstemning. To steder er man i gang med at implementere Mobilt akut-team. Anæstesi i Region Nordjylland har haft fokus på CVK- og respiratorpakken. Som udløber af sepsispakken er der udarbejdet en fælles regional retningslinje for sepsis, som aktuelt er i høring i regionen.

4.10 Driftsopgaver

Antallet af rapporterede hændelser i Region Nordjylland er stadig stigende. Dels er der større fokus på rapportering i sygehuse og sektorerne og dels betyder projektet omkring rapportering i Almen Praksis, at der modtages et stigende antal rapporteringer fra primærsektoren. Stigningen afstedkommer en stadig stigende visitations- og klassifikationsopgave i Kvalitetskontoret.

Kvalitetskontoret er ansvarlig for oprettelse og vedligeholdelse af regionens omkring 200 brugere af Dansk Patientsikkerhedsdatabase.

4.11 Nationale og internationale mødeaktiviteter/konferencer

Kvalitetskontoret har i 2008 haft en omfattende mødeaktivitet på nationalt niveau i forbindelse med patientsikkerhedsarbejdet. Kvalitetskontoret har deltaget i en projektgruppe, der i regi af Sundhedsstyrelsen er i færd med at udarbejde en kravspecifikation til DPSD-2. Derudover har der været mødeaktivitet i regi af Sundhedsstyrelsen i henholdsvis strategisk- og fagligt forum for patientsikkerhed. Der har været mødeaktivitet i regi af Dansk Selskab for Patientsikkerhed, hvor Kvalitetskontoret er repræsenteret i bestyrelsen og ligeledes i forbindelse med Operation Life, hvor Kvalitetskontoret har plads i styregruppen.

Desuden har Kvalitetskontoret deltaget i flere danske og udenlandske konferencer omkring patientsikkerhed.

5. Påbegyndte og planlagte patientsikkerhedsaktiviteter i 2009

5.1 Organisering i forbindelse med udvidelse af sundhedsloven

Lovudvidelse af Sundhedslovens § 198 – 202 omkring patientsikkerhedsordningen forventes at træde i kraft i første halvdel af 2010. Siden 1. januar 2004 har det været lovpligtigt for sundhedsansatte at rapportere hændelser sket i sygehussektoren. Med lovudvidelsen vil der desuden blive rapporteringspligt for sundhedsansatte til at rapportere utilsigtede hændelser, der sker i den primære sundhedssektor, dvs. hele praksisområdet, den kommunale sundhedssektor og apotekssektoren.

Patientsikkerhedsordningen vil således komme til at omfatte hele sundhedsvæsenet, og giver hermed mulighed for et generelt løft af patientsikkerheden i de samlede patientforløb på tværs af sektorerne – mellem henholdsvis sygehussektoren, praksissektoren og kommunerne.

Der forestår et omfattende arbejde i forbindelse med at sikre en optimal organisering af samarbejdet mellem sundhedsvæsenets sektorer omkring patientsikkerhed. Dette forberedende arbejde vil i 2009 have en høj prioritet i Kvalitetskontoret.

Kvalitetskontoret har allerede indledt et samarbejde med Praksissektoren med henblik på at etablere en organisering af patientsikkerhedsarbejdet, der sikrer en effektiv håndtering af hændelser på tværs af sektorerne. I løbet af 2009 vil der blive indledt et lignende samarbejde med kommunerne og med Apotekssektoren.

5.2 Rapportering fra primærsektoren

I 2009 vil samarbejdsfladerne med primærsektoren omkring rapportering af utilsigtede hændelser blive udvidet yderligere, idet der i regi af rapporteringsprojektet i Almen Praksis er sat fokus på rapportering af utilsigtede hændelser i dele af hjemmesygeplejen samt apotekssektoren i regionen.

5.3. Anvendelse af proaktive analyser/metoder

Der vil fortsat være fokus på, at de hidtidige anvendte retrospektive analysemetoder i stadig stigende grad suppleres af mere proaktive analysemetoder som eksempelvis FMEA-metoden samt patientsikkerhedsrunder i sygehusene og sektorerne.

5.4 Kurser/uddannelse

I samarbejde med Region Midtjylland planlægges et grund- og et opfølgingskursus i patientsikkerhed.

5.5 Afslutning af hændelsesrapporter

Sygehusene og sektorerne har på forskellig vis fokus på, at rapporterede utilsigtede hændelser afsluttes inden for den grænse på 90 dage, som i lovgivningen er bestemt som maksimal sagsbehandlingsperiode i regionerne. Eksempelvis er patientsikkerhed og herunder uafsluttede hændelsesrapporter et tilbagevendende punkt på dagsordenen på henholdsvis patientsikkerheds- og kvalitetsudvalgsmøder i Sygehus Himmerland. Desuden orienteres afdelingerne i Sygehus Himmerland via et nyhedsbrev om, hvilke afdelinger, der har uafsluttede rapporter og sygehusets kvalitetskoordinator sender udtræk over hændelsesnumre på uafsluttede rapporter til afdelingerne.

Med henblik på højne sikkerheden omkring afdelingernes tilbagemeldinger på rapporterede utilsigtede hændelser vil der i Kvalitetskontoret blive oprettet en særlig postkasse til korrespondance omkring hændelsesrapporter. Ligeledes vil der blive indført dobbeltcheck i forbindelse med udsendelse af hændelsesrapporter, således at risikoen for at hændelsesrapporter ikke bliver sendt til afdelingerne mindskes.⁶

5.6 Operation Life

Operation Life Kampagnen slutter 27. april 2009.

Alle sygehuse i Region Nordjylland arbejder efter kampagnens afslutning videre med medicinafstemning, både som en del af Operation Life-pakken og i samarbejde med en projektgruppe i Region Nordjylland, der deltager i et landsdækkende projekt vedr. fælles medicinkort i regioner, kommuner og blandt praktiserende læger.

I Anæstesen i Region Nordjylland har man sammen med et firma udviklet et produkt til helkropsafdækning til brug ved anlæggelse af CVK. Desuden arbejder man ud fra respiratorpakken med SPT (= Spontaneous Breathing Trial) som er en metode, der medvirker til, at patienter er tilkoblet respirator i kortest mulig tid.

Anæstesen og Sygehus Thy-Mors afslutter et pilotprojekt vedrørende Mobilt akut-team d. 1. april 2009 og håber derefter at kunne implementere Mobilt akut-team permanent i Sygehus Thy-Mors. Aalborg Sygehus, Anæstesen og Ortopædkirurgien har planlagt et pilotprojekt med Mobilt akut-team i 3 afdelinger på Aalborg Sygehus med opstart i efteråret 2009.

Den fælles regionale retningslinje vedrørende sepsis forventes at være gældende fra medio 2009.

⁶ Fejl i Dansk Patientsikkerhedsdatabase som eksempelvis at hændelsesrapporter i perioder ikke ligger i kronologisk rækkefølge efter sagsnumre har medført øget risiko for at overse hændelsesrapporter i databasen.

Bilag 1 – Bidrag fra sygehusene og sektorerne i Region Nordjylland

Sygehus/sekto r:	Psykiatrien
Antal rapporterede hændelser:	143
Aktiviteter i 2008:	<p>Aktiviteter for patientsikkerhedsnøglepersoner/patientsikkerhedskontaktpersoner: Der har været gennemført 6 møder i følgegruppen for patientsikkerhed Risikomanager har deltaget i grundkursus i patientsikkerhed og statistikkursus/databasekursus (udbudt af Region Nordjylland).</p> <p>Information: Psykiatrien har informeret PS-nøglepersonerne på møder i følgegruppen for patientsikkerhed og ad hoc på mail, men planlægger mere struktureret information gennem nyhedsbreve ved ansættelse af risikomanager fra april 2009.</p> <p>Retrospektive patientsikkerhedsaktiviteter: Der er udført 4 kerneårsagsanalyser, alle på baggrund af hændelser, hvor patienterne er suiciderede. Der har været foretaget grundig analyse af hændelsen og udarbejdet handlingsplaner herfor.</p> <p>Proaktive patientsikkerhedsaktiviteter: Udarbejdet koncept for patientsikkerhedsrunder med igangsætning i efteråret 2009.</p> <p>Operation Life: Psykiatrien deltager ikke i Operation Life.</p> <p>Øvrige patientsikkerhedsaktiviteter: Vedtaget strategi for kvalitet og patientsikkerhed 2008-2010.</p> <p>Udarbejdet en række kliniske instrukser med betydning for patientsikkerhed.</p> <p>To intensive afsnit S6 og S8 har deltaget i gennembrudsprojekt med fokus på minimering af tvang, som kan have konsekvenser for patientsikkerheden.</p>
Kontaktperson:	Anne-Grethe Rasmussen

Sygehus/sekto:	Anæstesen
Antal rapporterede hændelser:	191
Aktiviteter i 2008:	<p>Aktiviteter for patientsikkerhedsnøglepersoner/patientsikkerhedskontaktpersoner: Der har været afholdt temadage for alle Anæstesiens patientsikkerhedsnøglepersoner. Flere patientsikkerhedsnøglepersoner har deltaget i det regionalt afholdte, grundlæggende, to-dages introduktionskursus i patientsikkerhed. Centrale patientsikkerhedspersoner i Anæstesen har deltaget i nationale og internationale konferencer.</p> <p>Information: Anæstesen har i 2008 primært haft fokus på intern informationsspredning. Dette er sket på flere måder, herunder til Anæstesiens kvalitetsudvalgsmøder, afdelingsledelsesmøder og nøglepersonsmøder. Hertil er der udarbejdet omfattende præsentationer, som er anvendt som informationsmateriale på de øvrige niveauer i organisationen. Der har desuden været udsendt nyheder og ”pas på”-meddelelser til alle nøglepersoner og kvalitetsudvalgsmedlemmer.</p> <p>Retrospektive patientsikkerhedsaktiviteter: Anæstesiens kvalitetsudvalg og de 7 lokale kvalitetsudvalg har indført patientsikkerhed som et fast punkt på dagsordenen. Der har ikke været faktuelle score 3 hændelser i 2008, men enkelte potentielle. En af disse førte til øjeblikkelig handling på tværs i hele Anæstesen.</p> <p>Proaktive patientsikkerhedsaktiviteter: Der er lavet statistiske opgørelser over indberettede utilsigtede hændelser i Anæstesen. Disse opgørelser har været fundamentet for dialog omkring udvælgelse af kommende fokusområder. Blandt andet er et større arbejde omkring anvendelse af sprøjtepumper og mærkning af sprøjter foregået.</p> <p>Operation Life: Anæstesen har i hele 2008 været meget aktiv i kampagnen. Der er blandt andet udviklet nye ”pakker” til anlæggelse af centralt venekateter. Pakkerne er evalueret i 15 afsnit. Der er udviklet skemaer, der skal understøtte diagnosticering af VAP og sepsis. Der er foretaget dataopsamling løbende på de to intensive afsnit, der har Operation Life teams. Spredningen til de øvrige afsnit er gradvist begyndt. Der er startet et tværsektorielt samarbejde omkring Mobile akut teams.</p> <p>Øvrige patientsikkerhedsaktiviteter: I Anæstesen arbejdes der ihærdigt med udarbejdelse af tværgående og tværfaglige, kliniske retningsgivende dokumenter. Der er foretaget systematisk evaluering af implementeringsgraden af udvalgte kliniske procedurer. Evidensbaserede kliniske tværgående dokumenter med høje krav til den faglige kvalitet, er uændret et af Anæstesiens varemærker. Herved udbygges til stadighed en organisation, hvor en høj, faglig kvalitet på tværs i organisationen, er med til at skabe ensartethed i behandlingen og øget patientsikkerhed.</p>
Kontaktperson:	Kvalitetskoordinator Susanne Algren

Sygehus/sekto r:	Sygehus Thy-Mors
Antal rapporterede hændelser:	133
Aktiviteter i 2008:	<p>Aktiviteter for patientsikkerhedsnøglepersoner/patientsikkerhedskontaktpersoner: Der er pt. et korps bestående af i alt 48 UTH-nøglepersoner. Af disse deltog 11 på Opfølgingskurset i maj og 5 nye UTH-nøglepersoner deltog i Grundkurset i patientsikkerhed, der foregik i november.</p> <p>Information: Introduktion om Patientsikkerhedsarbejdet på Sygehus Thy-Mors indgår som et fast punkt på introduktionskurset for nyansatte på Sygehus Thy-Mors. Dette foregår hver måned.</p> <p>Herudover ”rekvireres” målrettet undervisning fra de forskellige afsnit/afdelinger eller særlige målgrupper. I 2008 er der i alt afviklet 8 undervisningsseancer. Som en del af et af disse forløb blev der foretaget en ”Mini-patientsikkerhedskulturundersøgelse”, med deltagelse af 15 personer.</p> <p>Endelig informeres alle UTH-nøglepersoner via udsendelse af mails. UTH-nøglepersoner, der sidder i ledende stillinger, informeres endvidere om aktuelle forhold via Ledelsesinformation.</p> <p>Retrospektive patientsikkerhedsaktiviteter: Der har i 2008 været afviklet 4 kerneårsagsanalyser. Flere af disse har dannet afsæt for tværgående initiativer. Man er f.eks. på baggrund af flere alvorlige hændelser aktuelt i gang med at udarbejde en ny hjertestopinstruks med tilhørende actioncards mm.</p> <p>Proaktive patientsikkerhedsaktiviteter: Der har været afviklet 5 Patientsikkerhedsrunder på følgende afsnit: Medicinsk modtagelse, Organkirurgisk afdeling, Terapien, Dialysen og Klinisk Kemisk afdeling. Der var planlagt yderligere to runder, der blev udsat på grund af konflikten i foråret.</p> <p>Som noget særligt handlede to af runderne om patientsikkerheden i Vagter. På patientsikkerhedsrunden i Dialysen inddrog man to patienter, der forud for selve runden deltog i et interview med fokus på deres oplevelse af mulige sikkerhedsproblemer på afsnittet.</p> <p>Flere af problemstillingerne, der har været taget op på disse runder, har givet anledning til konkrete kvalitetsudviklingsprojekter</p> <p>Operation Life: På Sygehus Thy-Mors har der været 5 teams involveret i Operation Life. De tre teams arbejder med implementering og spredning af medicinafstemningspakken, et team er i gang med at implementere Mobilt Akut Team (MAT) og det sidste team har implementeret CVK-pakken. CVK-teamet, der består af medarbejdere fra såvel Intensivafsnittet, Anæstesi som Operationsafdelingen modtog i december ”Ugens Leif” på baggrund af en høj, vedvarende compliance. 4 af de 5 teams har arbejdet ud fra Gennembrudsmetoden og har deltaget på værksteder mm. Der er afholdt lokale workshops og netværksmøder for de teams, der arbejder med Medicinafstemningspakken. Formålet er dels at sætte tværgående initiativer i gang</p>

	<p>og at skabe et forum for lokal vidensdeling. Aktuelt er man i gang med at udarbejde en tværgående instruks og tjekliste for hvordan medicinafstemning skal foregå på Sygehus Thy-Mors.</p> <p>Øvrige patientsikkerhedsaktiviteter: Sygehusledelsen sidder fortsat den første mandag i måneden ved Borgertelefonen, hvor der i gennemsnit er 7-11 opringninger. I forlængelse af henvendelsernes karakter og indhold tager sygehusledelsen konkrete initiativer til nye tiltag. I forbindelse med et Lean-projekt på Medicinsk afdeling danner patientsikkerhedsrunderne afsæt for dels de problemstillinger, der arbejdes med, dels er patientsikkerheden central ift de valgte indsatser.</p> <p>EUNetPaS valgte i 2008 at lade et eksempel til forbedring af patientsikkerheden – indsendt af den organkirurgiske afdeling på Sygehus Thy-Mors - indgå som et eksempel på et initiativ, der skal testes på andre europæiske hospitaler. Det drejer sig om indførelse af refleksveste i forbindelse med medicinophældning. Ordningen, der blev indført efter en patientsikkerhedsrunde, har skabt meget mere ro omkring medicindoseringen. En situation, hvor man ved, at der sker rigtig mange fejl.</p>
Kontaktperson:	Kvalitets- og Risikomanager Mona Kyndi mokyp@rn.dk

Sygehus/sekter	Ortopædkirurgien Region Nordjylland
Antal UTH	70
Aktiviteter i 2008	<p>Aktiviteter for patientsikkerhedsnøglepersonerne / patientsikkerheds-kontaktpersoner:</p> <p>Der har været afholdt et temamøde omkring patientsikkerhedsrunder. På baggrund af oplæg ved Sygehus Thy-Mors risikomanager blev patientsikkerhedsnøglepersoner og patientsikkerhedsrådgivere introduceret til en mulig metode til en proaktiv indsats.</p> <p>Alle patientsikkerhedsnøglepersoner og rådgivere har været på akkrediteringskonsulentkursus og er der introduceret til Den Danske Kvalitetsmodels betydning for patientsikkerheden samt dens inddragelse af Dansk Patientsikkerhedsdatabase, som datagrundlag for opfyldelse af flere af standarderne.</p> <p>Information:</p> <p>Der er i 2008 udarbejdet en instruks for håndtering af UTH. Derudover er der via nyhedsbreve, samt kvalitetsorganisationens møder, arbejdsmiljøgruppens møder og møder i de forskellige ledelsesfora sat fokus på UTH.</p> <p>Retrospektive patientsikkerhedsaktiviteter:</p> <p>I analysen af rapporterede UTH'er er de involverede parter inddraget. De udarbejdede handleplaner er drøftet blandt de relevante interessenter mhp. læring.</p> <p>Kvalitetsenheden følger de rapporterede UTH'ers gang i DPSD og følger op hvis der opserveres mønstre. I den sammenhæng har kvalitetsenheden været på kursus i anvendelsen af DPSD. Der har i 2008 udelukkende været rapporteret faktuelle og potentielle score 1 eller score 2 hændelser, hvorfor der ikke er foretaget kerneårsagsanalyser. Retrospektivt ses at størstedelen af de rapporterede hændelser i 2008 vedrører medicinering.</p> <p>Proaktive patientsikkerhedsaktiviteter:</p> <p>I 2008 iværksattes et medicineringsprojekt som med udgangspunkt i de regionalt udarbejdede medicineringsretningslinjer skal sikre at patienterne får den rette medicin til rette tid. Ortopædkirurgien har således valgt ikke blot at sætte fokus på medicinafstemning som en del af Operation Life, men udover dette at sætte fokus på alle områder ift. medicinbehandling.</p> <p>Øvrige patientsikkerhedsaktiviteter:</p> <p>I 2008 blev "Det gode patientforløb for den benamputerede patient" klar til implementering. Derudover blev "Det gode patientforløb for patienten med håndledsbrud" igangsat. En kritisk gennemgang af patientforløb samt en beskrivelse af det ideelle forløb med fokus på kvalitet, kontinuitet og koordinering er med til at skabe øget sikkerhed for patienterne.</p> <p>Det nationale indikatorprojekt for patienter med hoftenære frakturer har der også i 2008 været fokus på. På alle klinikker ses en flot målopfyldelse, om end der stadig nogle steder er plads til forbedring.</p>
Kontaktperson	Kvalitets- og patientsikkerhedskoordinator Annette Jaquet. tlf.: 99322381, e-mail: annette.jaquet@rn.dk

Sygehus/sekto:	Sygehus Vendsyssel
Antal indrapporterede hændelser:	129
Aktiviteter i 2007:	<p>Aktiviteter for patientsikkerhedsnøglepersoner/patientsikkerhedskontaktpersoner:</p> <p>Der afholdes hvert kvartal patientsikkerhedserfaringsmøder for patientsikkerhedsnøglepersoner. På møderne i 2008 er der bl.a. undervist i hvordan der indberettes utilsigtede hændelser. Læringssættet for sikker mundtlig kommunikation er gennemgået. Desuden har der været fokus på håndtering af patienten og det involverede personale ved en utilsigtet hændelse på baggrund af selskabets materiale "Sig undskyld". Der har været besøg af praksisrisikomanageren i regionen, for at diskutere hvordan vi kan forbedre patientsikkerheden i overgangen mellem primær- og sekundærsektoren. Endeligt har Lægemiddelstyrelsen været på besøg og informeret om medicinsk udstyr og indberetning af alvorlige hændelser.</p> <p>Information:</p> <p>Hver måned udsendes et nyhedsbrev med såvel nationale, regionale og sygehusets egne nyheder indenfor patientsikkerhed. Nyhedsbrevet indeholder desuden en månedsopgørelse over antallet af utilsigtede hændelser fordelt på afdelinger. Desuden er der en liste over hvilke afdelinger, der har uafsluttede utilsigtede hændelser og hvor mange.</p> <p>På sygehuset har patientsikkerhed sin egen hjemmeside, hvorfra der linkes til relevant information om patientsikkerhed.</p> <p>Retrospektive patientsikkerhedsaktiviteter:</p> <p>Sygehuset har i samarbejde med praksisrisikomanageren i regionen opstartet et projekt, hvor patientsikkerhedsnøglepersonerne kan indrapportere hændelser til praksis.</p> <p>I 2008 blev der udarbejdet en kerneårsagsanalyse.</p> <p>Proaktive patientsikkerhedsaktiviteter:</p> <p>Der har været afprøvet gule sikkerhedsveste med "Pas på jeg hælder medicin op", for at sikre uforstyrret ophældning af medicin.</p> <p>I marts 2009 patientsikkerhedsrunder.</p> <p>Operation Life:</p> <p>Der har været deltagelse i AMI, CVK og medicinafstemningen.</p> <p>Øvrige patientsikkerhedsaktiviteter:</p> <p>Udarbejdelse af retningslinje om anvendelsen af kommunikationsteknologi på sygehusene.</p> <p>Der er opstartet en evaluering af patientens bog, hvilken tager udgangspunkt i patientens oplevelse af bogen.</p>
Kontaktperson:	Betina Vase Jensen

Bilag 2 - Hændelsestyper og variable med definitioner

I sagsbehandlerdelen af DPSD kategoriseres alle hændelser inden for følgende 9 hændelsestyper:

- **Medicineringsfejl:** En medicineringsfejl defineres 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.
- **Patientfald:** En hændelse, hvorved en patient ufrivilligt befinder sig på gulvet eller et lavere niveau end udgangspunktet med eller uden bevidsthedstab.
- **Selv mord/selv mordsforsøg:** Selvmord 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.
- **Hændelser ved operative/invasive indgreb:** Hermed menes hændelser 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.
- **Hændelser ved anæstesi:** Hermed menes klinisk betydende hændelse, hvor der er sket patientskade eller kunne være sket patientskade ved anæstesi, og hvor der samtidig er risiko for gentagelse og potentiale for læring.
- **Forveksling/fejlkommunikation:** Hermed menes hændelser relateret til ombytning af kliniske prøver eller produkter samt hændelser, hvor skriftlig eller elektronisk svar på prøver og kliniske undersøgelser ombyttes. Samtidig skal hændelser med forkerte papirer i forkerte journaler, forkerte labels på prøvesvar og forkert markering af røntgenbilleder henføres hertil.
- **Hændelser grundet kontinuitetsbrud:** Hermed menes hændelser, der opstår når patienter enten overflyttes fra en afdeling til en anden eller fra et hospital til et andet eller, hvor der på andre måder opstår et væsentligt kontinuitetstab.
- **Hjertestop/uventet dødsfald:** Hermed menes hændelser, hvor en patient får hjertestop eller pludselig død hos en patient, hvor dette ikke var at forvente.
- **Øvrige**

For hændelsestyperne **medicineringsfejl** og **patientfald** implementeres endvidere nogle variable, som ligeledes skal være udfyldt før indsendelse til Sundhedsstyrelsen.

Bilag 3 - SAC-score skema

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

Score-matrixskema	Katastrofal	Betydende	Moderat	Minimal/ingen
Hyppig	3	3	2	1
Mindre hyppig	3	2	1	1
Sjælden	3	2	1	1
Meget sjælden	3	2	1	1

Definitioner af hyppighed og omfang:

Hyppig:

- Hyppig (flere gange inden for 1 år)
- Mindre hyppig (inden for 1 til 2 år)
- Sjælden (inden for 2 til 5 år)
- Meget sjælden (inden for 5 til 30 år)

Katastrofal - én af følgende:

- Død
- Varigt betydeligt funktionstab/handicap (mængde ≥ 15 %)

Betydende - én eller flere af følgende:

- Varigt funktionstab/handicap (mængde < 15 %)
- Betydeligt øget udrednings og/eller behandlingsintensitet
- Ved flere patienter skadet ved samme begivenhed: Lettere øget udrednings- og /eller behandlingsintensitet eller forlænget indlæggelse for minimum 3 patienter

Moderat - én eller flere af følgende:

- Lettere øget udrednings- og/eller behandlingsintensitet, som kan håndteres på stamafdeling for én patient.
- Ved én til to patienter skadet ved samme begivenhed: Forlænget indlæggelsesvarighed

Minimal

- Ingen eller minimal betydning for patienten

Bilag 4 - Sundhedsstyrelsens definitioner på stillingskategorier

Lægeligt personale: Dvs. alt lægeligt personale eksempelvis den lægelige direktør, speciallæger uafhængig af ansættelsessted, læger i alm. Praksis, reservelæger. Læger i forsknings- og undervisningsstillinger.

Plejepersonale: Sygeplejersker og andet plejepersonale. Alle sygeplejersker er inkluderet i denne kategori (sygeplejersker i forvaltning og administration, på kliniske afdelinger, i undervisningsstillinger, i den primære sundhedstjeneste og i private firmaer og organisationer). Endvidere social og sundhedsassistenter samt social og sundhedshjælpere ansat som sygehjælpere, plejere eller plejeassistenter.

Tandlæge personale: Tandlæger på sygehuse (overtandlæger samt andre tandlæger) samt i egen praksis.

Farmaceutisk personale: Farmaceuter ansat på sygehuse (på sygehusapotek eller på laboratorium) eller i privat virksomhed (apotek eller anden privat virksomhed).

Psykologisk personale: Kliniske psykologer, børnepsykologer, neuropsykologer, børneneuropsykologer, pædagogiske psykologer vedr. børn og unge, sundhedspsykologer, gerontopsykologer, psykoterapeuter, arbejds- og organisationspsykologer samt psykologer i privat praksis.

Andet klinisk personale: Jordmødre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, bioanalytikere, uautoriserede laboranter, radiografer, diætister, audiologiassistenter og neurofysiologassistenter.

Andet personale tilknyttet primær og sekundærsektoren: Lægeseekretærer, apotekerassistenter, fodterapeuter, socialrådgivere, portører samt undervisere og behandlere ikke klassificeret andetsteds (lærere, pædagoger, beskæftigelsesvejledere, musikterapeuter, bandagister samt skomagere)

Teknisk personale: Herunder radiografer