



---

# Danskernes **FARLIGSTE** rejse

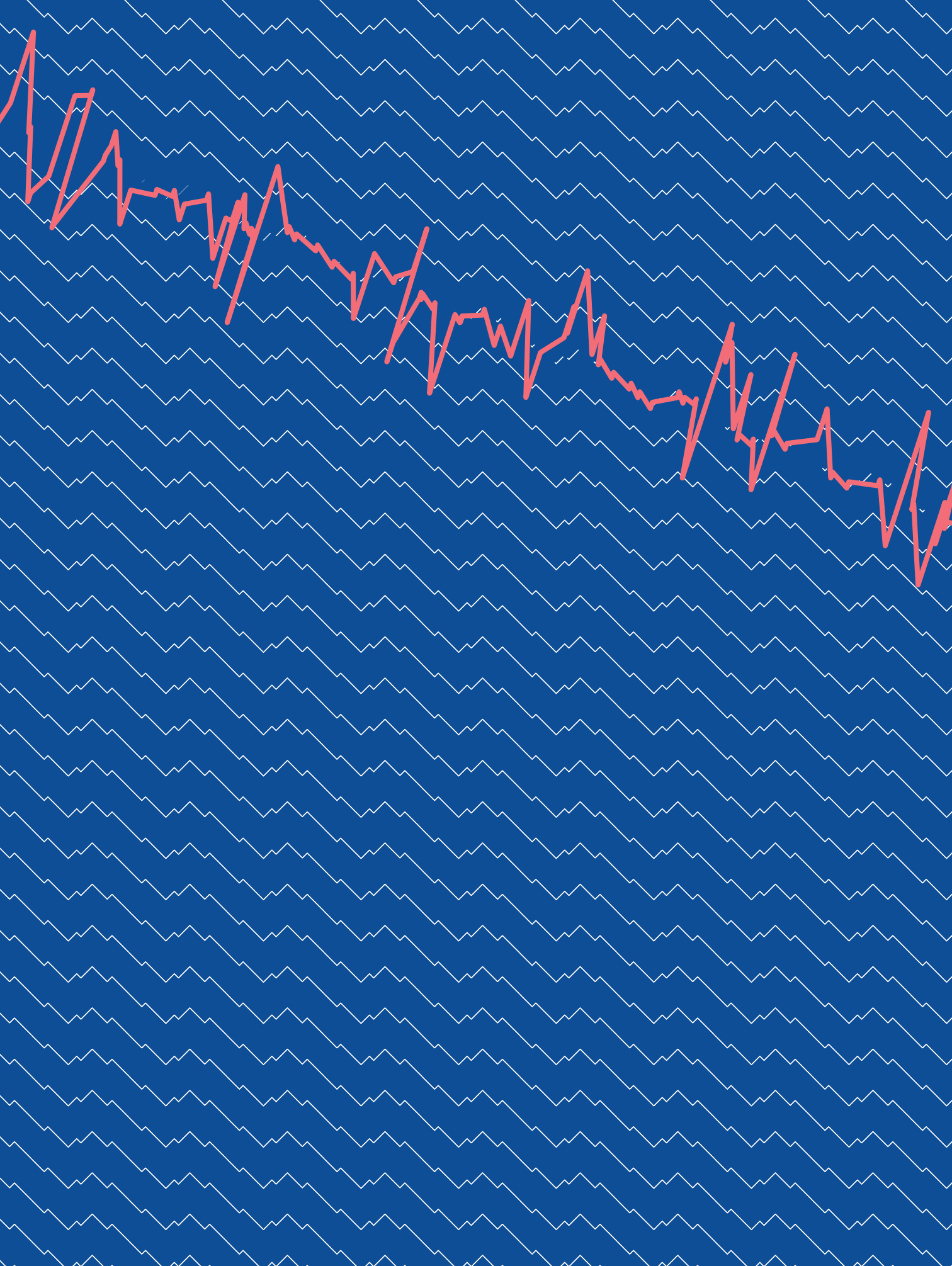
- \* *Hvorfor dør et stort, men stadig ukendt antal patienter af "utilsigtede hændelser"?*
- \* *Hvorfor er hundredtusinder af skader kun "toppen af isbjerget"?*
- \* *Hvorfor accepterer vi det?*

---

ERIK RASMUSSEN

28. OKTOBER 2013

**Mandag**morgen





ERIK RASMUSSEN  
*administrerende direktør for  
Mandag Morgen og patient i det  
danske sundhedsvæsen*

# Et anklageskrift

**CHOKKET VAR LAMMENDE.** Det ene øjeblik ligger man i sin hospitalsseng, godt nok svækket og træt, men alligevel med en begrundet forventning om snarlig udskrivelse. Det næste øjeblik vågner man op på en intensivafdeling i en respirator ude af stand til at kommunikere med omverdenen og forstå, hvad der er sket med én.

Få minutter senere havde pårørende og læger formidlet det forfærdende budskab: At jeg havde været offer for et alvorligt såkaldt septisk chok, det vil sige en dødbringende blodforgiftning, og at min tilstand fortsat var meget kritisk. Den besked er svær at forholde sig til. Som vågen respiratorpatient er man ude af stand til at tale, man er fysisk og psykisk afkræftet, og man frygter konstant for sin overlevelse. Afmagten er ubeskrivelig.

Jeg var indlagt på et dansk universitetshospital, hvor jeg skulle opereres for en ukompliceret blærelidelse. Men operationen blev meget kompliceret og tog adskillige timer. Tre dage efter blev min tilstand stærkt forværret, blodtrykket faldt som en sten og kunne til sidst ikke måles, de vigtigste organer satte ud.

Respiratoren holdt mig kunstigt i live, men chancerne var meget spinkle. En ny operation var påkrævet, men stærkt svækket af et stort indgreb få dage forinden ville jeg have svært ved at overleve det næste. Problemet var, at den første operation efterlod infektioner og bakterier, der via blodårerne spredtes til hele kroppen. Jeg var uhyggeligt tæt på at ende i statistikken som en "utilstet hændelse" med dødelig udgang.

Mirakuløst overlevede jeg – efter adskillige psykisk og fysisk udfordrende dage i respiratoren og flere ugers genoptræning. Det noget diffuse begreb "utilstede hændelser" havde pludselig fået en meget konkret betydning for mig. Jeg dykkede ned i alle tallene, og jo mere jeg dykkede, desto mere indigneret blev jeg: Indigneret over, at vi i så mange år har normaliseret et stort antal utilstede og uforklarlige dødsfald i det danske sundhedsvæsen. Dødsfald, der tilsyneladende kunne være undgået. Hvilket *mindset*, hvilken kultur, hvilke værdier kan lade dette ske?

“

*Det noget diffuse begreb  
"utilstede hændelser"  
havde pludselig fået en  
meget konkret betydning  
for mig.*

>

### **BLANDEDE OPLEVELSER**

For mig indgik mine refleksioner og frustrationer i et større perspektiv. Det var ikke første gang, jeg som patient mødtes med det danske sundhedsvæsen. Jeg har været "storkunde" i snart 14 år. Mine første personlige erfaringer daterer sig tilbage fra 1999, hvor jeg blev ramt af en meget alvorlig kræftsygdom, også dengang med meget spinkle overlevelsesmuligheder. Det blev starten på en lang rejse med stråler, operationer, alvorlige bivirkninger etc.

Mine rejseoplevelser var mildt sagt blandede.

Trods indlæggelser og over 100 besøg hos læger og hospitaler forblev jeg en anonym kræftsygdom i et stort system. Det førte til bogen "Den dag du får kræft" og en lang årrække som formand for patientstøttarbejdet i Kræftens Bekæmpelse. Jeg måtte nødvendigvis bruge min nyerhvervede og smertefulde erfaring konstruktivt – gøre opmærksom på de udfordringer og vilkår, patienter konfronteres med i sundhedsvæsenet, og hvordan man involverer og forløser sundhedssektorens største og mindst udnyttede ressource: Patienterne.

Da jeg nu igen og med ny brutalitet er blevet "storkunde" i systemet, må jeg desværre konstatere, at mange års debat om at sætte patienten i centrum og skabe større sikkerhed ikke har ændret væsentligt ved arbejdsgange, processer og holdninger. Det skyldes ikke mangel på vilje hos personalet, men at systemet ikke belønner empati eller giver mulighed for at udfolde den. Jeg oplever tværtimod, at tempoet og stressniveauet er blevet højere – og mulighederne for fejl tilsvarende forøget. Alt sammen på bekostning af patientsikkerheden.

Det står klart for mig, at utilsigtede hændelser i høj grad er uundgåelige hændelser – trods alle gode forsøg på at ændre rutiner og arbejdsgange til gavn for patienter som personale.

Jo, der er sket fremskridt, og der er stor opmærksomhed på problemerne. Men forandringerne sker langsomt, og barriererne virker ofte uoverstigelige. Derfor står det lige så klart, at betingelsen for at skabe varige, rimelige og nødvendige forbedringer er et folkeligt og politisk pres – et opgør med normaliseringen af noget så unormalt som tusinder af forebyggelige og unødvendige dødsfald på sygehusene.

### **ANKLAGEN**

Det er som patient, at jeg har udarbejdet dette "anklageskrift" mod det danske sundhedsvæsen. Det er ikke rettet mod læger, sygeplejerske og andet sundhedspersonale, men mod et system, der har svigtet patientsikkerheden og dermed er blevet medskyldig i, at hundredtusindvis af patienter har lidt unødigt skade under indlæggelse på sygehusene og flere tusinder er døde på grund af fejl og utilsigtede hændelser over en længere årrække.

Det er på deres vegne – og tilskyndet af egne erfaringer – at "anklagen" er udfærdiget. De mange skader og dødsfald skal ikke være forgæves.

I løbet af 12 års krig i Afghanistan mistede 43 danske soldater livet. De

“  
*Forandringerne sker  
langsomt, og barriererne  
virker ofte uoverstigelige.*

blev én for én mindet af regeringen og hædret i offentligheden. Forebyggelige dødsfald på et sygehus kan være mindst lige så meningsløse. Og det mindste man kan gøre for hospitalsofrene og deres pårørende er at lære af deres erfaringer og sikre, at færrest muligt lider samme skæbne.

Der er brug for at trække en streg i sandet, gøre op med normaliseringen af et skræmmende højt antal utilsigtede hændelser og dødsfald og én gang for alle gøre patientsikkerheden til en højt prioriteret dagsorden i samfundet – både behandlingsfagligt, politisk og økonomisk. Det skylder vi ikke alene dem, der har lidt under skaderne eller betalt den største pris, men omkring den million danskere, der hvert år indlægges på danske sygehuse. De har krav på optimal sikkerhed og tryghed. Det yder vi ikke i dag.

I mange år har vi erkendt problemets omfang og betydning, men den erkendelse står indtil videre i omvendt forhold til indsatsen – alt imens at skader og dødsfald fortsætter på et uacceptabelt højt niveau.

Anklagen støttes af centrale “vidner” – eksperter, der igennem en lang årrække har beskæftiget sig med patientsikkerhed og sundhedsøkonomi. De finder ti års indsats mod patientsikkerheden utilfredsstillende og den nuværende situation helt uacceptabel. Deres kritik underbygges af vurderinger, der viser, at vi har både erfaringer og metoder til at reducere risikoen markant. Men vi tager ikke ved lære af erfaringerne, og de udveksles tilsyneladende heller ikke i et system, der i alt for højt grad domineres af egenrådige institutioner. Eksperterne efterlyser mere og langt hurtigere handling.

### **EN STOR UDFORDRING**

Arbejdet med dette notat har bekræftet, hvor stor udfordringen er, og hvor svært det er at håndtere den. Der er forskellige opfattelser af, hvor alvorligt problemet er, de tilgængelige data er lige så forskellige – og det samme er fortolkningerne af dem.

Derfor kan man have sine tvivl om, hvor hurtigt forandringerne kan ske, og hvorvidt viljen er til stede bredt i sundhedsvæsenet. Jeg er også klar over, at et notat som dette i brede kredse vil blive opfattet som subjektivt.

Det er sandt, at det udspringer af en personlig oplevelse, men det er en oplevelse, jeg deler med tusinder af andre patienter, som ikke har haft muligheder for eller ressourcer til at tage til genmæle. Og anklagen understøttes af de bedst tilgængelige data og analyser fra flere år og af fremtrædende eksperter.

Ud over min egen indsats har vi på Mandag Morgen igennem en lang årrække netop sat fokus på patientens rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Summen af analyser og rapporter peger i samme retning som mine egne oplevelser og andre projekter i sundhedsvæsenet: Det er muligt at skabe en ny og langt mere sikker patientkultur. Det handler dybest set om nye prioriteringer, nye incitamenter og et nyt lederskab – om at udvikle et nyt *mindset*.

Det er mit håb at dette skrift kan medvirke til dét.

“

*Det mindste man kan gøre for hospitalsofrene og deres pårørende er at lære af deres erfaringer og sikre, at færrest muligt lider samme skæbne.*

# Danskerne FARLIGSTE rejse

<i>Sammenfatning</i>	7
<i>De meningsløse tab</i>	9
<i>Den usikre patientsikkerhed</i>	9
<i>Rimelighedens grænser</i>	10
<i>Den fælles udfordring</i>	11
<i>Patientombuddet: Vi kunne være kommet meget længere</i>	12
<i>De nære løsninger</i>	14
<i>Patientsikkerhed handler om lederskab</i>	15
<i>De oversete udfordringer</i>	15
<i>Stress truer patienternes sikkerhed</i>	16
<i>Når kampagnelyset slukkes</i>	18
<i>En privat sag?</i>	18
<i>Bare en ideologisk boble?</i>	19
<i>Behovet for en patientreform</i>	20
<i>At tackle Danmarks største sikkerhedsrisiko</i>	20
<i>Sundhedsøkonomer: Situationen er helt uacceptabel</i>	21
<i>Litteraturliste</i>	23

# Sammenfatning

Danskerne største sikkerhedsrisiko er hverken terror, vold, kriminalitet eller arbejdsløshed, men at blive indlagt på et sygehus. Det er også mange gange farligere end at gå i krig.

Desværre kender vi ikke helt risikoens omfang. Et sted mellem 1.000 og måske 5.000 danskere hvert år bliver ofre for uagtsomme dødsfald, eller hvad der beskrives som "utilsigtede hændelser med dødelig udgang".

Utilsigtede hændelser er skader, som patienten har pådraget sig under indlæggelsen, og som kunne være undgået med f.eks. bedre arbejdsgange, rutiner eller generelt større opmærksomhed om den enkelte patients tilstand. Antallet er stort. I 2012 blev der registreret næsten 160.000 utilsigtede hændelser, og ifølge det såkaldte Patientombud er det endda kun "toppen af isbjerget".

Hver fjerde skade er så alvorlig, at den kræver forlænget indlæggelse og ny behandling, og for nogle så alvorlig, at det koster patienten livet.

Vi har igennem årene normaliseret, at der er en høj skades- og dødsrisiko på sygehusene – at det er forbundet med erkendte risici at blive indlagt og blive opereret.

De risici er aldrig blevet præciseret, og derfor må vi fortsat acceptere at omfanget af utilsigtede dødsfald kan svinge med flere tusinder om året.

## TUSINDVIS AF OFRE

Dette "anklageskrift" bygger på en gennemgang af en række analyser, vurderinger og rapporter om patientsikkerhed gennem en årrække. De tegner et fælles billede af en sundhedssektor, der har underprioriteret arbejdet med patientsikkerhed og ikke givet problemet den opmærksomhed og status, det fortjener.

Den påstand underbygges af toneangivende eksperter. Overlæge Jørgen Hansen fra Patientombuddet, der i ti år stået i spidsen for registrering af utilsigtede hændelser, finder det skuffende, at der ikke er gjort mere for at forebygge dem – at de enkelte institutioner i sundhedssektoren mangler viljen til at lære af egne fejl og dele deres erfaringer med hinanden. Han efterlyser en mere moden patientsikkerhedskultur i dele af sundhedsvæsenet.

"Vi kan ikke fortsætte med at skade i tusindvis af patienter – især når vi faktisk har et ganske godt udgangspunkt for at ændre forholdene," siger han.

Vurderingen bekræftes også af de foreløbige erfaringer fra fra projektet "Patientsikkert Sygehus". Den påpeger bl.a., at mange patienter udsættes for skader, fejlt-

gelser eller mangler i behandlingen, til trods for "at det ofte er velkendt, hvad der skal til for at forebygge skaderne". Rapporten konkluderer, at en række enkle indgreb på udvalgte sygehuse har skabt betydelige forbedringer, herunder muligheden for helt at udrydde tryksår eller sikre en markant reduktion i dødeligheden i forbindelse med blodforgiftninger.

To fremtrædende sundhedsprofessorer, Jes Søgaard og Kjeld Møller Pedersen, finder det begge helt uacceptabelt, at der er så stor usikkerhed om omfanget af utilsigtede hændelser og dødsfald. De efterlyser konkrete initiativer, der både kan skabe større klarhed og en stærkere indsats.

"Det er skandaløst, at vi står over for så store problemer uden at have præciseret omfanget," siger Jes Søgaard.

Kjeld Møller Pedersen mener, at der er behov for en kulturændring i sundhedsvæsenet, og at det haster med at få forsket i baggrunden for de utilsigtede hændelser og dokumenteret, hvad der virker.

## MANGLENDE GENNEMBRUD

Forskningen i patientsikkerhed beskrives i en ny rapport som beskeden, fragmenteret og spredt. Det er ikke et forskningsområde, der har høj prestige i de lægefaglige miljøer, selv om patientsikkerheden er den risiko, der berører flest danskere mest.

Trods en stigende politisk opmærksomhed på problemet og gennemførelse af en række initiativer, der netop skal forbedre arbejdsprocesser og rutiner, mangler det store gennembrud. Alle hidtidige initiativer har været frivillige og vist lovende resultater, men netop fordi de er frivillige og resultaterne ikke dokumenteres, prioriteres de ikke højt. De risikerer at blive kvalt i en sressed hverdag med større fokus på øget effektivitet end på øget empati og patientforståelse.

Betingelsen for at knække kurven over utilsigtede hændelser og dødsfald er en effektiv cocktail af politisk regulering og stærkt motiverende og oplysende kampagner. Her kan sundhedssektoren bl.a. tage ved lære af trafikikkerheden, der øges år for år takket være en bredspektret og langsigtet national indsats.

Et første skridt kunne være at gennemføre en patientreform, der satte sig det ambitiøse mål, at der ikke må ske flere uagtsomme dødsfald på sygehusene, end der sker i trafikken. Et minimumskrav kunne være, at der som udgangspunkt udarbejdes langt mere præcise tal for omfanget af utilsigtede skader og dødsfald.

Indtil det sker, må vi acceptere, at det sygehusvæsen, der skulle sikre, at vi kureres for sygdomme, også er den farligste rejse, danskerne kan begive sig ud på. En rejse, der kræver imellem 1.000 og 5.000 dødsopfre - hvert år.



Danskernes  
**FARLIGSTE**  
rejse



## De meningsløse tab

43 danske soldater mistede livet under 12 års krig i Afghanistan og 70 blev såret. Hver dræbt soldat blev mindet overalt i landet. Hver gang udtrykte statsministeren sin dybe medfølelse med familie og pårørende. En række rapporter har analyseret de problemer, der knytter sig til at være soldat i en krigszone, og undersøgt, hvordan man kan lette tilværelsen for de 4 pct., der har pådraget sig psykiske mén, og de 2 pct., der har fået varige fysiske skader. Da en dansk jægersoldat blev dræbt i juli 2012, var det en synligt berørt statsminister, der gav udtryk for sorgen over endnu et urimeligt og smertefuldt offer.

Næsten samtidig omkom en 32-årig dansker på Hvidovre Hospital som følge af en utilsigtet hændelse. Han var indlagt på grund af en banal hæmoride-lidelse, men operationen gik galt, han pådrog sig en alvorlig blodforgiftning, og hans liv stod ikke til at redde. Han efterlod sig en gravid hustru og et lille barn. Hverken statsminister eller sundhedsminister udtrykte ved den lejlighed sorg over dette meningsløse tab.

Jægersoldaten havde valgt at gå i krig og havde accepteret en reel dødsrisiko. Den unge patient havde derimod valgt et næsten risikofrit indgreb på et dansk hospital. Spørgsmålet er, hvilket offer der er mest meningsløst, og hvilket tab vi skal sørge mest over. Samfundet er ikke i tvivl: Soldatens liv er mere værd end patientens!

I de år, hvor krigen i Afghanistan har krævet 43 ofre, kan vi antage, at et sted mellem 12.000 og 60.000 danskere er omkommet på danske hospitaler som følge af såkaldte utilsigtede hændelser, dvs. dødsfald, der ikke burde være sket, og som kunne være forebygget. Den officielle definition på utilsigtede hændelser er "kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende".

Ét er det store antal. Hvad der er nok så kritisk, er, at vi ikke kender det mere præcist. Størrelsesordenen skræmmer, men usikkerheden sløver. Vi har tilsyneladende normaliseret, at hospitalsindlæggelse er langt farligere end krig, og at der som følge af den risiko tabes et ukendt stort antal menneskeliv – liv, som kunne og burde være reddet. Vi ved ikke hvor mange.

En række tal bruges i flæng og bidrager til at normalisere en unormal tilstand i sundhedsvæsenet.

En gennemgang af de seneste års omtaler af patientsikkerhed dokumenterer problemet. Skønnet for, hvor mange der dør af utilsigtede hændelser på hospitalerne, spænder vidt: Er det 4.000, 2.000 eller under 1.000 om

året? Der kan findes argumenter for alle disse tal, og de er lige uholdbare.

Det samme gælder tallene for *sepsis* (blodforgiftning). Ifølge en række tilgængelige oplysninger rammes 12.000 danskere af sepsis hvert år. Heraf får ca. 3.000 septisk chok, og 2.000 dør – vist nok. En opgørelse fra Seruminstituttet nævner knap 7.000 tilfælde af sepsis hvert år.

Hvilket tal er det rigtige? Og er septisk chok en utilsigtet eller tilsigtet hændelse? Spørgsmålet deler vandene. De fleste septiske chok skyldes en hospitalspådraget infektion og er derfor næppe tilsigtede. Logikken taler for, at langt størsteparten af de 2.000 ofre for septisk chok bør indgå i antallet af utilsigtede dødsfald. Alligevel hævder mange læger, at det blot er en "erkendt risiko". Det i sig selv åbner for en Pandoras æske af fortolkningsmuligheder og øger forvirringen og uoverskueligheden.

### DEN USIKRE PATIENTSIKKERHED

Mandag Morgen har bedt professor i sundhedsøkonomi på Aarhus Universitet Jes Søgaard om at vurdere, hvad vi ved om forebyggelige dødsfald på danske sygehuse ud fra to danske undersøgelser:

\* I 2008 gennemførtes en mortalitetsundersøgelse som opfølgning på initiativet "Operation Life" – et landsomfattende projekt, der havde som ambition at redde 3.000 liv på hospitalerne ved at indføre nye arbejdsgange, rutiner m.v. Undersøgelsen omfattede ti udvalgte sygehuse.

\* I 2013 foretog COWI en tilsvarende analyse på fem sygehuse, der alle indgår i projektet "Patientsikkert Sygehus", som Dansk Selskab for Patientsikkerhed og TrykFonden står bag.

Resultaterne fra de to undersøgelser viser sig at være meget forskellige.

Undersøgelsen fra 2008 afslørede mortalitetsrater på mellem 7 og 20 pct. på de udvalgte sygehuse. Den tilsvarende undersøgelse fra 2013 viste et fald til omkring 3 pct. – altså umiddelbart en markant forbedring.

Men ifølge Jes Søgaard er det langt fra givet, at det har været tilfældet.

For det første kan de to undersøgelser ikke sammenlignes, på grund af forskellige undersøgelsesmetoder. For det andet er ingen af dem repræsentative, og de er >

begge metodisk svage.

Hertil kommer, at de fem patientsikre sygehuse alt andet lige bør have en langt bedre mortalitetscore end de øvrige, og at ingen af de to mortalitetsanalyser inkluderer de store universitetshospitaler, hvor de tunge sygdomme med større dødelighed fylder mere.

Tilbage i 2001 gennemførte DSI Institut for Sundhedsvæsen en større kortlægning af utilsigtede hændelser i samarbejde med Hovedstadens Sygehusfællesskab, Sønderjyllands Amt, Viborg Amt, Århus Amt og Sundhedsministeriet. Den konkluderede, at det ud fra internationale undersøgelser måtte "forventes", at der årligt optræder ca. 5.500 dødsfald i Danmark blandt heldøgnslæggelser, hvor en utilsigtet hændelse er medvirkende årsag til dødsfaldet.

Set over en årrække har der altså været en række forskellige bud på omfanget af dødsfald som følge af utilsigtede hændelser – spændende fra godt 1.000 til over 5.000 om året. Men en række forhold taler for, at tallet antagelig er tættere på de 5.000 end de 1.000, f.eks. hvis man lægger følgende til grund:

- \* At sepsis indregnes som en utilsigtet hændelse .
- \* At det kendte omfang af utilsigtede hændelser, herunder dødsfald, ifølge Patientombuddet kun er "toppen af isbjerget". Se side 12.
- \* At Danmark må forventes at ligge på niveau med andre sammenlignelige lande, målt som procenten af indlæggelser.

På den baggrund fastslår Jes Søgaard, at vi ikke i dag har statistisk velbegrundede skøn over antallet af utilsigtede dødsfald på danske sygehuse. Hans konklusion bekræfter hypotesen om, at vi i realiteten ved meget lidt om noget så vigtigt som de ultimative konsekvenser af for ringe patientsikkerhed.

For et par år siden indførtes et nyt indeks for at måle dødeligheden på hospitalerne, det såkaldte *HSMR*. Det står for hospitals-standardiserede mortalitetsrater og skal vise antallet af dødsfald på et sygehus, på en afdeling eller i en region. Formålet er at afdække, om dødeligheden er større eller mindre end det nationale gennemsnit, og hvordan den udvikler sig over tid. Men tallet skal ifølge sundhedssektoren selv tages med stor varsomhed, fordi en række forskellige forhold, der ikke har noget at gøre med kvaliteten af behandlingerne, kan spille ind. Derfor kan det heller ikke bruges til at bestemme omfanget af utilsigtede dødsfald, men illu-

strerer blot problemet med at komme tættere på sandheden.

Usikkerheden om omfanget af utilsigtede dødsfald i sundhedssektoren er et følsomt emne i hele sektoren, ikke mindst blandt læger. Her er der en klar tendens til at nedtone omfanget og normalisere *mortalitetsrisikoen*, bl.a. ved at stille spørgsmålstejn ved såvel danske som internationale metoder til fastlæggelse af forebyggelige dødsfald. Hertil kommer de forskellige definitioner, f.eks. forskellen på en erkendt risiko, en utilsigtet hændelse og en reel fejl.

Hvis en lokomotivfører på grund af et øjeblik uopmærksomhed eller træthed overser et signal og afsporer toget, er det så en utilsigtet hændelse eller en menneskelig fejl? Her er der ofte nemmere at identificere individet bag hændelsen: Det er en fejl, som han eller hun efterfølgende må stå til regnskab for. I sundhedsvæsenet, hvor så mange liv er på spil hver dag, er ansvaret tilsyneladende langt mere elastisk, bl.a. fordi ansvaret er mere diffust og placeret hos et team. Spørgsmålet er, om det er *for* elastisk.

Men ingen fortolkninger og forklaringer ændrer den kendsgerning, at usikkerheden er for stor, og at antallet af uagtsomme og utilsigtede dødsfald er for højt.

Konklusion: Der er lige meget eller lige lidt evidens for, om der er forekommet 12.000 eller op imod 60.000 "uagtsomme" dødsfald på danske hospitaler inden for de sidste 12 år.

### **RIMELIGHEDENS GRÆNSER**

Er det acceptabelt og rimeligt, at vi ved så lidt om patientsikkerheden? Man fristes til at sammenligne med andre områder, f.eks. trafikikkerheden. Kunne man forestille sig, at vi ikke vidste, hvor mange der omkom i trafikken? Om det var 1.000, 2.000 eller 3.000 om året? Indrømmet: Der er stor forskel på trafikikkerhed og patientsikkerhed. Men er den så stor, at det begrunder så ringe indsigt i patientsikkerheden, at alle tal bruges vilkårligt, og at vi dermed gør et ukendt antal uagtsomme dødsfald til en normaltilstand? Et utilsigtet dødsfald på sygehuse er vel lige så alvorligt som et utilsigtet dødsfald på landevejene? Det er ét for meget hver gang – og begge steder.

Men antallet af dødsfald er blot det ultimative udtryk for en utilfredsstillende lav patientsikkerhed på sygehuse. Det viser bl.a. følgende tal:

- \* Alene i 2012 blev der ifølge Patientombuddet rapporteret om 155.791 utilsigtede hændelser, fordelt mellem ca. 98.000 i kommunalt regi, 50.000 på sygehu-

sene og 1.200 i den private sundhedssektor. Næsten hver anden utilsigtede hændelse påfører patienten en skade under indlæggelsen. 23 pct. af skaderne er milde og forbigående, men andre 23 pct. er moderate, alvorlige eller dødelige. De det vil sige, at de ofte kræver ekstra indlæggelse og nye behandlinger. Se figur 1.

- \* Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) fastslår, at 13 pct. af de indlagte patienter oplever fejl i forbindelse med deres behandling.
- \* Over 8 pct. af patienterne indlagt på danske sygehuse erhverver en infektion under indlæggelsen, ifølge en opgørelse fra Statens Serum Institut.

Men de offentliggjorte tal for utilsigtede hændelser af-dækker kun en del af virkeligheden. Ifølge overlæge Jørgen Hansen fra Patientombuddet modtager man blot indberetninger fra omkring 20 pct. af de utilsigtede hændelser. "Der er et stort mørketal", som han ud-

trykker det. Det bekræftes også af et konkret studie på et dansk sygehus.

Derfor kan antallet af utilsigtede og forebyggelige dødsfald også risikere at være langt højere end de hidtidige estimater.

### DEN FÆLLES UDFORDRING

Danmark er ikke alene om problemet med utilsigtede dødsfald på sygehuse.

I Norge rapporteres om knap 3.000 årlige dødsfald som resultat af utilsigtede hændelser. En række målrettede kampagner har ifølge det norske Helse- og Omsorgsdepartement været i stand til at reducere antallet betydeligt. Tilbage i 2010 lå tallet på 4.700.

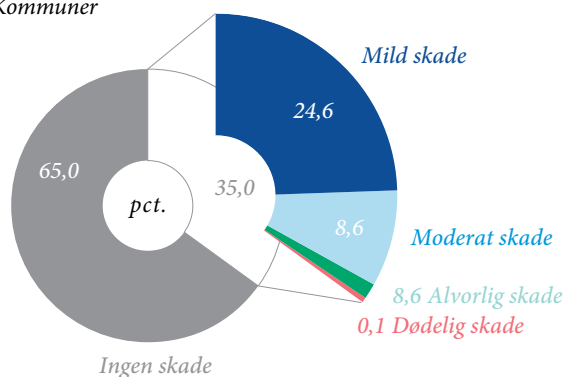
I England hersker der også stor usikkerhed om antallet af utilsigtede dødsfald på sygehuse. Men en opgørelse offentliggjort i British Journal of Medicine i 2012 konkluderer, at omkring 5 pct. af alle dødsfald på de engelske sygehuse kunne være undgået. Det svarer til knap 12.000 utilsigtede dødsfald hvert år.

I USA viser en netop offentliggjort analyse i Jour- >

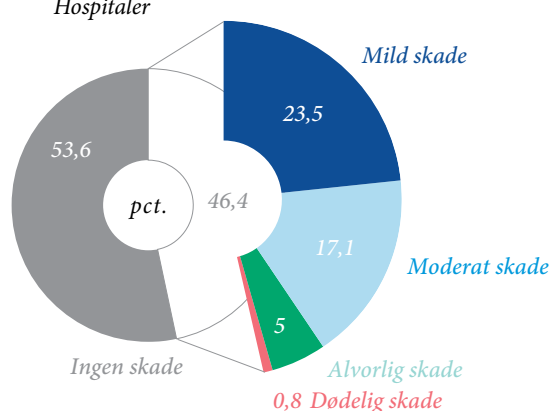
## FEJL SKADER PATIENTER

Skader som følge af fejl i sundhedsvæsenet, 2012

Kommuner



Hospitaler



Ingen skade	Mild skade	Moderat skade	Alvorlig skade	Dødelig
Ingen skade	Lettere forbigående skade, som ikke kræver øget behandling eller øget plejeindsats	Forbigående skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats, eller for indlagte patienter øget behandling	Permanent skade, som kræver indlæggelse, behandling hos praktiserende læge, øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling, eller kræver andre skader, som kræver akut livreddende behandling	Dødelig

MM FIGUR 1 En stor del af fejlene på sygehuse og i det kommunale sundhedsvæsen påfører patienter skader.

Kilde — Patientombuddet: Årsberetning 2012. Del 1. Dansk Patientsikkerheds Database, 2013.

## PATIENTOMBUDDET:

# Vi kunne være nået meget længere



JØRGEN HANSEN

TI ÅRS ARBEJDE MED patientsikkerhed har ikke været en ubetinget succes. En væsentlig årsag er manglende vilje i sundhedsvæsenet til at lære af egne fejl og dele erfaringer med hinanden.

Det er budskabet fra overlæge Jørgen Hansen, når han over for Mandag Morgen skal gøre en kort status over arbejdet. Siden patientsikkerhedsordningen blev etableret for ti år siden, har han stået i spidsen for at indsamle og kommunikere data om udviklingen i utilsigtede hændelser. Og han havde både ønsket og forventet, at sundhedsvæsenet var nået meget længere med at løse en af de største udfordringer i sektoren, nemlig at reducere skader og forebyggelige dødsfald blandt patienterne.

Jørgen Hansen gør samtidig op med nogle tilbagevendende misforståelser omkring omfanget af patientsikkerhed:

“Det er nødvendigt, at vi har den rigtige forståelse af utilsigtede hændelser. For Patientombuddet er det ikke kvantiteten af hændelser – hvor mange der registreres – der er afgørende, men derimod kvaliteten. Vi efterspørger særligt de hændelser, andre sundhedsinstitutioner efterfølgende kan tage ved lære af. Antallet af indberetninger til Patientombuddet beskriver derfor ikke, hvor mange utilsigtede hændelser der sker i sundhedsvæsenet eller på de enkelte hospitaler, men særligt dem, der kan føre til forbedringer af arbejdsgange, rutiner og processer,” siger han.

Men netop her mener Jørgen Hansen, at der fortsat er behov for store forbedringer: “Til januar er det ti år siden, patientsikkerhedsordningen blev etableret.

Men når jeg ser tilbage på det tiår, er jeg unægtelig lidt skuffet over, hvor lidt det har rykket – at der ikke er gjort mere for at forebygge utilsigtede hændelser. Vi modtager årligt mere end 150.000 rapporter fra alle de lokale institutioner og formidler herefter viden ud til alle dele af sundhedssektoren, netop med det formål, at man skal lære af de fejl, som andre allerede har begået. Det sker desværre langt fra i det omfang, man kunne ønske,” siger Jørgen Hansen og giver bl.a. følgende forklaring:

“De enkelte institutioner i sundhedssektoren er meget autonome. De har tilsyneladende meget svært ved at dele viden og især at tage ved lære af andres erfaringer. Det er en stor barriere i kampen for at forebygge utilsigtede hændelser. Det er netop evnen og viljen til at lære af andre, der skal sikre, at vi hele tiden bliver bedre.”

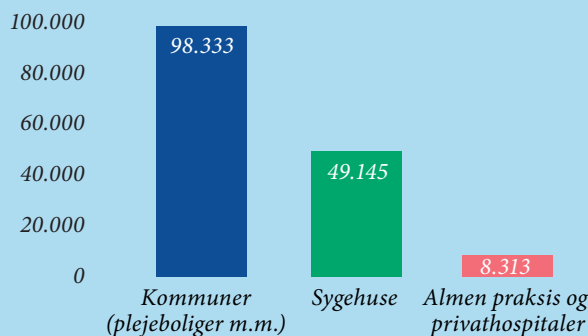
Han efterlyser en langt mere moden patientsikkerhedskultur i dele af sundhedsvæsenet og nævner bl.a. de praktiserende læger som et område, der halter bagefter.

“De gennemfører 37 millioner konsultationer om året, men rapporterede i 2012 mindre end 3.000 utilsigtede hændelser. Det kan næppe være udtryk for virkeligheden, men afspejler snarere en umoden patientsikkerhedskultur blandt de praktiserende læger.”

Ifølge Jørgen Hansen råder Patientombuddet nu over tæt på 500.000 rapporter i sin database. “Vi kan ikke fortsætte med at skade tusindvis af patienter med utilsigtede hændelser, når vi faktisk har et ganske godt udgangspunkt for at kunne ændre forholdene,” siger Jørgen Hansen.

## FEJL I SUNDHEDSVÆSENET

Antal fejl fordelt på sektorer, 2012



**MM** Kommunerne indberetter langt flere fejl end sygehuse. Kommunernes aktiviteter på sundhedsområdet omfatter dog også flest borgere.

Kilde — Patientombuddet: Årsberetning 2012. Del 1. Dansk Patientsikkerheds Database, 2013.

### PÅ SPORET AF DET STORE MØRKETAL

Ifølge Jørgen Hansen er det meget svært at sætte et præcist tal på det totale antal af utilsigtede hændelser. I 2012 blev der registreret 155.000 utilsigtede hændelser. Meneds omfatter de primært de hændelser, man kan lære af, og dét kan være svært at definere. Meneds mener Jørgen Hansen, at det kun er toppen af isbjerget. Inden for det næste halvandet år forventer han således omkring 150.000 flere rapporterede hændelser fra den kommunale sektor.

Han bygger sin vurdering på to forhold:

- \* For det første viser en omfattende dansk undersøgelse tilbage fra 2001, at sygeplejersker og læger ikke får indberettet mere end hver femte af de begåede fejl. Det tal er Jørgen Hansen i dag lidt mindre sikker på. Men han er ikke i tvivl om, at det samlede antal fejl er "uhyggeligt højt", og at der er "et stort mørketal", som han formulerer det.
- \* For det andet dokumenterer tilsvarende udenlandske undersøgelser, at sygeplejersker og læger i andre lande kun indberetter mellem 3 og 7 pct. af det samlede antal utilsigtede hændelser.

### USIKKERHEDEN STADIG STOR

De tal støttes af en mindre undersøgelse fra 2012 blandt personalet på en af Danmarks 21 akutmodtagelser. Den viste, at ud af 214 utilsigtede hændelser på en måned blev kun 10 registreret.

"Der er stadig mange, der er usikre på, hvordan de skal indberette en utilsigtet hændelse, og så får de det

ikke gjort," siger ledende overlæge Kurt Rasmussen fra Arbejdsmedicinsk Klinik på Hospitalsenhed Vest / Regionshospitalet Herning, der sammen med en gruppe kollegaer har gennemført undersøgelsen.

Han fortsætter: "Det er meget kompliceret at skulle træffe den rigtige afgørelse omkring svært syge patienter i en travl akutmodtagelse. Presset er meget stort, og derfor er det vigtigt at skabe omgivelser og fremme en adfærd, der kan reducere antallet af fejl."

Det er særligt sygeplejersker, der traditionelt indberetter fejl i sundhedsvæsenet, men siden 2011 har både patienter og pårørende kunnet foretage indberetninger. Der er ikke den store forskel på de typer af fejl, de enkelte grupper indberetter, men i det samlede billede tæller sundhedspersonalets indberetninger mest. De indberetter 100 gange så ofte fejl som patienter eller pårørende.

Selv om sygeplejersker og læger langt fra indberetter alle fejl, mener Jørgen Hansen, at han og Patientombuddet modtager oplysninger om alle typer af fejl.

"Vi har mere end 16.000 rapporter om liggesår, så vi får ikke ny viden, hver eneste gang vi modtager en ny indrapportering," siger han.

Det samme billede går igen på andre områder. Siden sygeplejersker og læger fik til opgave at indberette fejl, har Patientombuddet opbygget en database med mere end 15.000 kilder til fejl.

"Der kan selvfølgelig være behov for mere viden og flere indrapporteringer, men når vi får den samme hændelse indrapporteret igen og igen, drejer det sig blot om, at vi skal blive langt bedre til at handle på de oplysninger, vi allerede har," siger han. ■

nal of Patient Safety, at imellem 210.000 og 400.000 patienter dør hvert år som følge af utilsigtede hændelser. Det svarer til en sjettedel af alle dødsfald i USA. Et studie tilbage fra 1984 opregnede 100.000 utilsigtede dødsfald, men det tal er tilsyneladende alt for lavt sat, eller også er udviklingen gået den forkerte vej. Den nye undersøgelse skitserer en række mulige årsager til det kritisk høje antal. Og det er årsager, som også er relevante for Danmark og måske kan være med til at forklare de danske sikkerhedsproblemer. Det gælder f.eks. følgende:

- \* Et stadig mere teknologisk avanceret, men meget komplekst og fragmenteret, sygehusvæsen, som ofte gør det svært for den enkelte læge at sikre den optimale behandling af patienterne.
- \* Konstante krav om højere effektivitet og produktivitet, færre ansatte og forringede arbejdsvilkår, hvilket øger risikoen for utilsigtede hændelser og dødsfald.
- \* Stigende overforbrug af medicin, især af antibiotika, der skaber resistens over for stadig flere bakterier. Det er også grunden til, at netop resistensproblemerne vurderes som en af verdens farligste risici de kommende år.
- \* Et stigende antal ældre – hvilket bl.a. fremgår af, at en betydelig del af de utilsigtede dødsfald sker blandt ældre, svækkede patienter.

Ifølge analysen forværres og kompliceres situationen yderligere af mangel på gennemsigtighed og af utilstrækkelige målinger af de fejl, der skader patienterne. Undersøgelsen fastslår, at løsningen ikke alene kræver en stærkere involvering af hele det sundhedsfaglige personale, men også af patienterne. Der foreslås en *patients' bill of rights* – en lov, der skal sikre patienternes rettigheder og stærkere inddragelse i kritiske beslutninger. Det i sig selv bliver en betydelig udfordring, da det forudsætter et ændret *mindset* hos lægerne.

Fællesnævneren i ovennævnte og en række andre tilsvarende undersøgelser er en stigende bekymring for patientsikkerheden og det store antal utilsigtede hændelser og “uagtsomme” dødsfald. Tre forhold har aktualiseret problemet:

- \* **For det første** har et øget fokus på problemet ført til nye og dybere analyser og dermed givet mere præ-

cise, men desværre også urovækkende høje, tal for utilsigtede hændelser og dødsfald.

- \* **For det andet** er der bekymring for, at udviklingen i sundhedsvæsenet, f.eks. med et ensidigt fokus på besparelser og produktivitet, samt en ændret demografi, vil forstærke problemet.
- \* **For det tredje** skaber patienter og pårørende, der ikke vil acceptere manglen på patientsikkerhed, opmærksomhed om, hvad de oplever som klart utilfredsstillende forhold. Netop en forstærket “patientlobby” kan vise sig at blive den stærkeste og mest effektive drivkraft for forandringer.

#### DE NÆRE LØSNINGER

Det store antal utilsigtede hændelser og dødsfald må i vidt omfang betegnes som “uagtsomme”, fordi årsagen ofte er en eller anden form for uagtsomhed eller manglende disciplin. Det er i hvert fald budskabet i projektet “Patientsikkert Sygehus”, der blev lanceret i 2010 af Dansk Selskab for Patientsikkerhed i samarbejde med TrykFonden og Danske Regioner. Fem sygehuse har deltaget, nemlig sygehuse i Thisted, Horsens, Kolding, Næstved og Hillerød. Formålet har været at knække kurven over antallet af utilsigtede hændelser ved at ændre arbejdsgange, rutiner m.v. Projektet afsluttes ved udgangen af 2013, og ifølge en første statusrapport fra august 2013 er resultaterne på én gang opmuntrende og bekymrende.

Rapporten fastslår, at mange patienter udsættes for skader, fejltagelser eller mangler i behandlingen, til trods for “at det ofte er velkendt, hvad der skal til for at forebygge skaderne,” hedder det i rapporten. “Den viden om pleje og behandling, som sundhedsvæsenet har, bliver ikke altid brug systematisk og konsekvent i patientbehandlingen.”

Med andre ord: Hvis resultaterne kan dokumenteres, tegner de et klart billede: En væsentlig årsag til det store antal skader og fejl, nogle med døden til følge, er elementære svigt i den løbende pleje og behandling af patienterne.

For at komme problemet til livs har “Patientsikkert Sygehus” udviklet en række forskellige “pakker”, der opstiller regler og retningslinjer for bedre pleje og omsorg, f.eks. tryksårpakker, respiratorpakker, sepsispakker, pakker for sikker kirurgi, hjertestop m.v.

Et godt eksempel på, hvor meget ændrede rutiner og processer kan betyde, er tryksårpakken. Tidligere undersøgelser har vist, at der opstår 60.000 tryksår på

## *PATIENTSIKKERHED HANDLER OM LEDERSKAB*

På under 10 år er patienternes sikkerhed på det skotske hospital NHS Tayside i Dundee forbedret markant. Samlet set er antallet af utilsigtede hændelser halveret, og det har bl.a. kunnet lade sig gøre ved at sætte særligt fokus på korrekt og rettidig medicinering.

Der er en direkte forbindelse mellem resultaterne og hospitalsledelsens prioritering af arbejdet med patienternes sikkerhed. Den administrerende direktør står således til regnskab for sundhed og sikkerhed i hele organisationen. Det indebærer, at han eller hun får ansvar for at udvikle alt lige fra den overordnede politik til de redskaber, der er nødvendige for at måle og kontrollere sikkerheden i den måde, de ansatte arbejder på.

Den klare prioritering følges op på alle områder og på alle niveauer. Det er et selvstændigt mål at udvikle og

fremme en kultur, hvor sundhed og sikkerhed opfattes som en naturlig del af det daglige arbejde. Samtidig involveres alle medarbejdere i arbejdet med at minimere fejl og kontrollere risikoen ved deres indsats bedst muligt.

Et element er her, at alle afdelinger på hospitalet hele tiden modtager dugfriske data om, hvordan det går med deres afdeling.

I den daglige praksis har skotterne oversat betydningen af patienternes sikkerhed til en række simple trin, der skal sikre, at patienter bl.a. får ordineret og udleveret den rigtige medicin i den rigtige dosis, og overvåges tættere for at undgå, at deres tilstand pludseligt forværres, uden at nogen griber ind.

Det skotske hospital har også sat fokus på håndhygiejne for at mindske overførsel af infektioner.

sygehusene om året, simpelthen fordi patienterne ligger for længe i samme stilling. Ifølge rapporten er det muligt næsten at udrydde alle tryksår på sygehusene. På 26 ud af 60 afdelinger på de fem sygehuse har man haft 100 dage uden forekomst af tryksår. Resultaterne er skabt ved at ændre elementære forhold – f.eks. ved at have større opmærksomhed på, hvordan patienten ligger i puder og madrasser etc. Altså at følge en bestemt tjekliste, der dikterer en let ændret arbejdsrutine.

De fem sygehuse har også fokuseret på at bekæmpe alvorlige hospitalsinfektioner blandt to patienttyper: Respiratorpatienter og patienter med kateter i centrale blodkar. Her har bl.a. brugen af simple tjeklister, der skal sikre større opmærksomhed omkring risiciene, givet positive resultater. F.eks. er de fem sygehuse tæt på at udrydde to typer af alvorlige hospitalsinfektioner, som på landsplan kan være ansvarlige for 300 dødsfald årligt.

Tilsvarende resultater er opnået med sepsispakken, der handler om at sikre en hurtigere diagnose og bedre behandling af livsfarlige blodforgiftninger.

Forsøgene på de fem sygehuse viser altså, at bedre rutiner og arbejdsgange på blot tre områder kan forebygge flere hundrede dødsfald om året.

Dette forudsætter dog, at erfaringerne fra de fem sygehuse kan overføres til landsplan. Det er for tidligt at afgøre, om det er muligt. De første resultater er umiddelbart interessante, men stadig foreløbige. Og kun et enkelt sygehus har nået alle de fastsatte mål.

I realiteten er der tale om en stikprøveundersøgelse. Til april 2014 foreligger den første evaluering af kampagnen, og den vil mere præcist forholde sig til, hvilken

lære der kan udtrækkes af hele processen. Derefter forestår en intensiv proces, der skal sikre en konsolidering af resultaterne og en generel udbredelse. Her bliver det dels afgørende, om de fem sygehuse fortsætter indsatsen (ikke alle mål er nået endnu), dels om det lykkes at udbrede erfaringerne til alle sygehuse.

I første omgang har Danske Regioner besluttet, at arbejdet fra de "patientsikre" sygehuse skal udbredes på landsplan. Bl.a. skal 354 afdelinger på landets sygehuse arbejde med en særlig indsats for tryksår, 165 af i alt 176 operationsafdelinger skal implementere sikker kirurgi, m.v.

### **DE OVERSETE UDFORDRINGER**

Projektet har ikke forholdt sig til flere andre væsentlige forhold, som kan bidrage til at opklare de mange utilsigtede hændelser og dødsfald på sygehusene. Det gælder bl.a. mangelfuld rengøring, nedskæringer og arbejdspress:

Manglende rengøring er gentagne gange blevet fremhævet som en vigtig, men ofte nedprioriteret årsag til infektioner. En tv-dokumentar på DR i juni hævdede, ud fra forskellige test, at der er betydeligt mere rent på et slagteri end et hospital, samt at infektionsrisikoen er mange gange større, end hvad der betragtes som faregrænsen. Slagterierne prioriterer tilsyneladende rengøringen og hygiejnen – og dermed smitterisikoen – langt højere end hospitalerne. Ud fra en såvel sundhedsfaglig som politisk vurdering er fødevarer sikkerhed tilsyneladende langt vigtigere end patientsikkerhed.

Blandt de mulige årsager til fejl og utilsigtede hændelser pæpger det omtalte amerikanske studie bl.a., at >

## STRESS TRUER PATIENTERNES SIKKERHED

Når sygeplejersker eller læger skal løbe hurtigere eller på anden måde oplever stress, sker der flere utilsigtede hændelser. Sådan lyder den entydige konklusion på den hidtil eneste danske undersøgelse af sammenhængen mellem arbejdsmiljø og stress på den ene side og antallet af utilsigtede hændelser på den anden.

Undersøgelsen er gennemført på en af landets i alt 21 akutmodtagelser, hvor sygeplejersker, yngre læger og akutlæger gennem 1 måned udfyldte dagbøger efter hver vagt.

Resultaterne viser, at stress, uanset hvilken faggruppe der er tale om, øger antallet af utilsigtede hændelser.

“Jo mere stress påvirker personalet, des flere utilsigtede hændelser sker der,” siger ledende overlæge Kurt Rasmussen fra Arbejdsmedicinsk Klinik på Hospitalsenhed Vest / Regionshospitalet Herning, der sammen med en gruppe kollegaer har gennemført undersøgelsen.

Arbejdet på akutmodtagelsen stresser i særlig grad akutlægerne, der udpeger det manglende samarbejde med specialister på andre afdelinger som den stressfaktor, der påvirker dem mest.

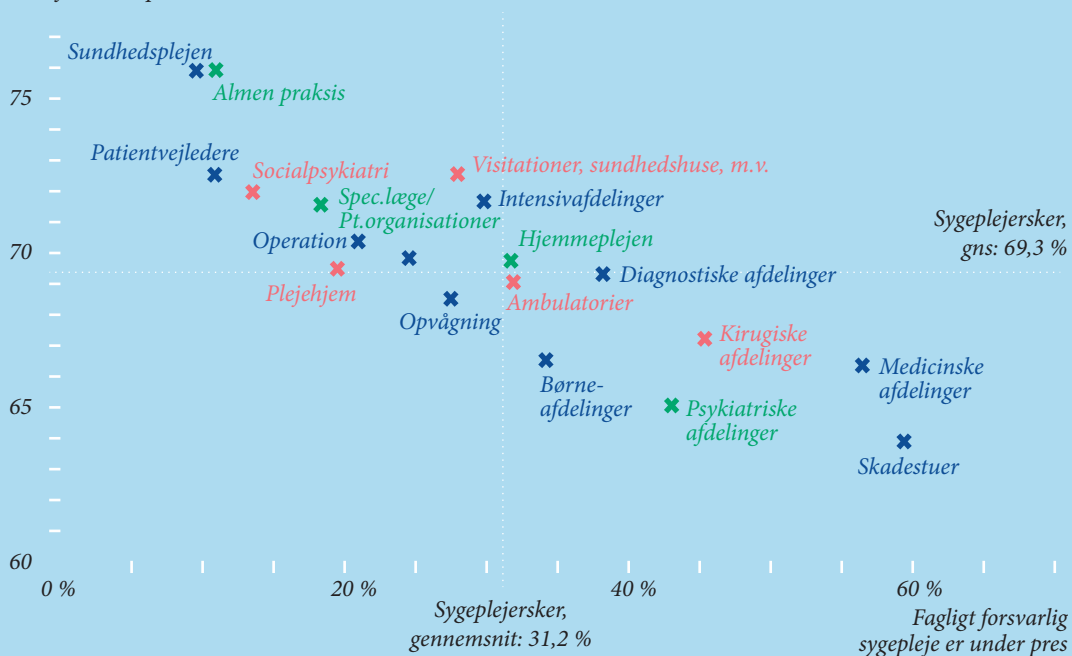
“Akutlægerne har mange gange brug for at få hjælp fra speciallægerne på de andre afdelinger. Når så ikke de kan få den hjælp, de har brug for, påvirker det meget,” siger Kurt Rasmussen.

Sygeplejerskerne oplever helt på samme måde, at problemer med samarbejdet er den stressfaktor, der påvirker dem mest. Et højt arbejdspress er faktor nummer to på deres liste over stressfaktorer.

“Mange sygeplejersker bliver påvirket negativt, når de har så travlt, at arbejdsopgaverne ikke løses optimalt. Det opfatter vi som et tegn på, at de har for meget at lave,” siger Kurt Rasmussen.

## HOSPITALSSYGEPLEJERSKER FRYGTER FOR FAGLIGHEDEN

Sammenhæng mellem jobtilfredshed og oplevelse af at yde sygepleje på fagligt forsvarligt niveau, 2012  
Jobtilfredshed, pct.



**MM** Særligt sygeplejersker på sygehuse oplever, at de ikke har mulighed for at yde sygepleje på et fagligt forsvarligt niveau. Det smitter af på jobtilfredsheden. Der er en tydelig sammenhæng mellem utilfredshed med jobbet og oplevelse af, at fagligheden er under pres.

Kilde — Tage Søndergaard Kristensen: Psykisk arbejdsmiljø blandt sygeplejersker, 2012.



jagten på produktivetsforbedringer risikerer at gå ud over kvaliteten i patientbehandlingen. Den observation har også adresse til Danmark, hvor der er meget fokus på at kurere flest mulige patienter hurtigst muligt til færrest mulige omkostninger. Det rejser naturligt spørgsmålet om, hvornår kravet til konstant øget effektivitet kolliderer med behovet for bedre pleje og større patientsikkerhed.

Der er ikke dokumentation for, at vi har nået eller passeret den smertegrænse, men tallene for utilsigtede hændelser og dødsfald herhjemme, kombineret med internationale erfaringer, kunne indikere det.

Når danske sundhedspolitikere glæder sig over en høj produktivitet og milliardbesparelser i sygehusvæsenet, glemmer de at spørge til omkostningerne: Bliver regningen betalt af de patienter, der pådrog sig alvorlige skader eller ikke overlevede? I givet fald handler det ikke kun om tab af liv og livskvalitet, men også om store ekstraomkostninger ved genindlæggelser og forlængede behandlinger.

Besparelser og effektivisering går også ud over arbejdsmiljøet på sygehusene. Ud over at arbejdsmiljøet i forvejen belastes af en meget fragmenteret struktur og en utilstrækkelig intern kommunikation afdelinger og institutioner imellem, vil store organisatoriske omlægninger, indførelse af nye teknologier og administrative systemer eller omfattende besparelser yderligere forringe patientsikkerheden.

Dette problem, som fremhæves i den amerikanske undersøgelse, eksisterer også i betydeligt omfang i Danmark. Det bekræftes af en rapport fra Sundhedsstyrelsen fra 2009 om "Arbejdsmiljø og utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet".

Rapporten fremhæver – ikke overraskende – stress, højt arbejdstempo, udbændthed m.v. som en direkte årsag til utilsigtede hændelser. Det gælder dødelighed i forbindelse med indlæggelse, hyppighed af komplikationer og andre former for utilsigtede hændelser. Andre danske undersøgelser viser, at personalet i høj grad forbinder risikoen for utilsigtede hændelser med arbejdspress, forstyrrelser og afbrydelser. En svensk undersøgelse påviser tilsvarende, at kvaliteten af patientbehandlingen især er truet i perioder med større organisatoriske forandringer og reduktion af de økonomiske ressourcer.

Det synspunkt bakkes op af en analyse fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase tilbage fra 2007. Den dokumenterer, at en utilsigtet hændelse som regel opstår i en situation med ekstrem travlhed. Analysen konkluderer, at en ændret organisering af arbejdet ofte kunne have forhindret problemet. Konklusionen sættes i relief af an-

dre danske undersøgelser, der viser, at patienter, der er indlagt i en weekend, ikke får alle de planlagte undersøgelser og behandlinger og derfor har en højere dødelighed inden for de første 30 dage, sammenlignet med patienter indlagt på hverdage. Forskellen tilskrives, at der er mindre, og mindre kvalificeret, personale til stede i weekenden.

Sidste år gennemførte Foreningen af Yngre Læger en trivselsundersøgelse blandt medlemmerne. Den gav tilsvarende bemærkelsesværdige resultater. F.eks. følte omkring 60 pct. ikke, at de havde indflydelse på egne arbejdsforhold, og 45 pct. frygtede at begå fejl. *Se figur 2.*

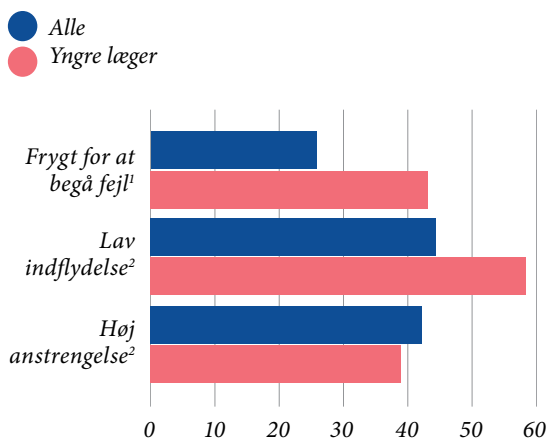
Det kunne naturligvis skyldes deres manglende erfaring. Men også *hele* lægegruppen oplyser næsten hver anden, at de ikke har megen indflydelse på deres hverdag, og hver fjerde frygter – alle erfaringer til trods – at de kommer til at begå fejl.

En ofte fremhævet stressfaktor er bureaukratiet – at dokumentationsbyrden er blevet så voldsom, at det rammer patienterne, simpelthen fordi kravet til oplysninger, indførelse af ny teknologi m.v. stjæler for megen tid.

Det bekræftes i en ny undersøgelse fra Overlægeföreningen. Her oplyser otte ud af ti overlæger, at omfanget af dokumentation og registrering bare de sidste to år er

## LÆGER FRYGTER AT BEGÅ FEJL

Psykosociale belastninger blandt læger, 2012, pct.



**MM** FIGUR 2 Særligt yngre læger frygter at begå fejl. De er samtidig karakteriseret ved ikke at opleve indflydelse på deres arbejde.

Note – N = 4.260.

Note<sup>1</sup> – Minimum af og til.

Note<sup>2</sup> – Gennemsnitsværdi.

Kilde – Foreningen for Yngre Læger: Trivselsundersøgelse Yngre Læger 2012, 2012.

vokset i et omfang, som betyder stadig mindre kontakt med patienterne. I den forbindelse udtalte formanden for Overlægeföreningen, Anja Mitchell: "Vi er nået der til, hvor vi dokumenterer alt for at gøre alt meget sikkert, men kan ikke nå den egentlige patientbehandling."

Men det rejser det naturlige spørgsmål, om det så ikke er patientsikkerheden, der i sidste ende betaler for de nye administrative krav.

Man skal heller ikke have været indlagt ret længe på en sengeafdeling på et stort hospital, før man til fulde forstår, hvorfor der opstår så mange utilsigtede hændelser. De er en uundgåelig konsekvens af det stressniveau, der karakteriserer hverdagen på mange sygehuse. To stressede miljøer møder hinanden: Patientmiljøet og behandlerværelset.

Patienterne befinder sig i ukendte omgivelser og skal uforberedte og uforstående håndtere store personlige udfordringer. De mødes af et personale, der sjældent har den nødvendige tid til at give patienterne den ønskede tryghed. Ikke fordi de ikke vil eller ikke har det som et højt prioriteret ønske. Men fordi systemet og arbejdsgangene ikke tillader det. I det miljø er såvel empati som sikkerhed oplagte ofre.

### NÅR KAMPAGNELYSET SLUKKES

Hvor opmuntrende resultaterne fra "Patientsikkert Sygehus" og andre undersøgelser måtte være, er det bekymrende at iagttage, hvor langsomt og hvor spredt forbedringerne sker – på trods af stadig flere og stærkere beviser.

Det er ikke, fordi der mangler interesse for patientsikkerhed. Tværtimod. Patientsikkerhed har de seneste år udviklet sig til at blive en af sundhedsvæsenets vigtigste og mest omtalte dagsordener. *Se også tekstboks.*

Og alene inden for de sidste par år er der skrevet 4.000-5.000 artikler i danske medier om emnet, uden at det dog har ført til de store gennembrud eller voldsomt megen ny viden. Der er stadig mere politisk gennemslagskraft i en fødevareskandale. Det til trods for, at patientsikkerheden i realiteten må beskrives som Danmarks største sikkerhedsrisiko – den risiko, der hvert år berører flest danskere og kræver de fleste ofre.

"Patientsikkert Sygehus" er blot et af flere større initiativer, der inden for de sidste ti år har haft til formål at sætte patienten stærkere i centrum:

\* I 2003 lanceredes "Patientens møde med Sundhedsvæsenet". Formålet var at sikre en langt bedre dialog mellem sundhedsvæsen og patienter. Det mundede ud i 20 gode og logiske anbefalinger. Udspillet skab-

### EN PRIVAT SAG?

PATIENTSIKKERHED er en udfordring, som størstedelen af det danske sundhedsvæsen kan blive enige om at gøre noget ved. Det har været en højt placeret dagsorden i flere år.

Men spørgsmålet er hvilken indsats samfundet og sundhedssektoren har ydet for at løse så voldsom en udfordring? Hvilke midler er afsat, hvilke projekter iværksat, og hvilken forskning initieret?

At finde svaret er ikke let. De forskellige myndigheder henviser til det løbende kvalitetsarbejde, certificeringer, kvalitetsmodeller etc.

Men øremærkede midler til at bekæmpe det voldsomme antal utilsigtede hændelser er næsten umulige at finde. På finansloven 2014 er der afsat 20 millioner kr. til at forbedre patienternes sikkerhed på plejecentre og i andre kommunale sundhedstilbud – et forsvindende lille beløb i sammenligning med de samlede sundhedsudgifter, der bare i regionerne løber op i 100 milliarder kr. om året.

Det er nemmere at klarlægge, hvor store private midler der er investeret i konkrete projekter til fremme af patientsikkerheden. I spidsen for den indsats står TrygFonden. Den har siden 2007 afsat næsten 200 millioner kr. til at støtte fokuserede projekter.

I perioden 2007-09 donerede fonden 49 millioner kr. til samarbejdsprojekter med Dansk Selskab for Patientsikkerhed – herunder Operation Life og Sikker Patient. I perioden 2010-13 udbetalte TrygFonden 100 millioner kr. til "Sikker Patient" – herunder Patientsikkert Sygehus og kampagnen Hej Sundhedsvæsen. Derudover er der bevilget en samlet støtte på 43 millioner kr. i perioden 2009-13 til en række forskellige projekter, der alle har haft patientsikkerhed som fokus.

Det regionale sundhedsvæsen har et årligt budget på over 100 milliarder kr. Det er svært at afgøre, hvor meget der er specifikt allokeret til patientsikkerhed. Men ud fra hvad man umiddelbart kan aflæse – og med alle forbehold – er der tale om promiller af det samlede budget.

Indtil videre kan man konstatere, at den største direkte indsats finansieres af private midler.

te kortvarigt stor opmærksomhed som udtryk for en ny patientkultur. Desværre blev det mere en kampagne end en ny strategi, og den blev ikke fulgt op af nødvendige ændringer i arbejdsgange og rutiner eller af incitamenter, der belønnede gennemførelsen af de 20 anbefalinger. De blev i stedet kvalt i hverdagens travlhed og stress på de afdelinger og hos det personale, der ikke blev målt på graden af empati,

men på hvor hurtigt, effektivt og billigt en sygdom kunne kureres.

- \* I 2007 begyndte en mere fokuseret indsats under titlen "Operation Life" – et samarbejde imellem Dansk Selskab for Patientsikkerhed og TrykFonden, støttet af Danske Regioner og med deltagelse af næsten alle danske sygehuse. Kampagnen har meget til fælles med "Patientsikkert Sygehus". De deler ambitionen om at omsætte kendt faglig viden til daglige rutiner. "Operation Life" arbejdede med udviklingen af seks "pakker" med fokus på bl.a. medicinering, infektioner og sepsis, respiratorpatienter m.v. Ambitionen var dels at skabe en bred involvering, dels at redde 3.000 liv ved at indarbejde bedre rutiner og arbejdsprocesser. Den senere evaluering konkluderede, at kampagnen "kun" reddede 1.654 liv, eller godt halvdelen af det fastsatte mål. Men ifølge den afsluttende rapport var der med initiativet skabt et fornyet fokus på patientsikkerheden, og hvad der skal til for at forstærke den.
- \* I 2010 kom så opfølgningen med "Patientsikkert Sygehus" med deltagelse af fem provinssygehuse. Resultaterne er i hovedtræk beskrevet ovenfor og dokumenterer blot endnu en gang, hvor lidt der skal til for at forhindre skader og fejl og redde tusinder af menneskeliv.

Fællesnævneren for alle initiativer er, at de er lanceret som uforpligtende kampanjer. De bygger på en frivillig involvering og indsats – på at samle og engagere ildsjælene.

Som efterspillet til "Patientens møde med sundhedsvæsenet" viser, er risikoen, at de nye erfaringer ikke fører til en ændret hverdag på sygehusene. Det kan skyldes flere forhold:

- \* At intentioner og nye metoder kvæles i gamle rutiner og stressede arbejds gange, så snart kampagnelyset slukkes.
- \* At resultaterne ikke kan dokumenteres.
- \* At støder imod et fagligt *mindset*, der ikke anerkender målinger af utilsigtede hændelser og dødsfald som valide metoder til at bestemme kvalitetsniveauet i patientbehandlingen. Sådanne synspunkter kommer bl.a. til udtryk fra lægefaglig side i Ugeskrift for Læger og andre faglige publikationer.

### **BARE EN IDEOLOGISK BOBLE?**

Realiteten er også, at problemet, dets omfang og karakter til trods, er totalt underprioriteret i den videnskabelige forskningsverden.

En ny rapport udsendt af den kommunale og regionale forskningsenhed KORA i februar 2013 sammenfatter meget præcist, hvor langt vi er nået, og hvor lavt vi rent forskningsmæssigt har prioriteret patientsikkerheden i dagens Danmark. Den konkluderer bl.a.:

- \* At forskningen i patientsikkerhed er beskedent og fragmenteret, og forskningsmiljøerne spredte.
- \* At forskning i kvalitet og patientsikkerhed ikke har høj prestige, fordi der ikke er samme tradition for at publicere denne forskning i anerkendte tidsskrifter, som der er inden for klinisk forskning.
- \* At der er usikkerhed omkring effekten af de initiativer, der skal forbedre patientsikkerheden.
- \* At patientinvolvering dækker over et utal af betydninger og stadig kan "opfattes som en stor boble, der er præget af meget ideologi".
- \* At vi ved meget lidt om, hvad der skaber varige forandringer inden for patientsikkerhed – ud over vigtigheden af, at lederne sætter den på dagsordenen.
- \* At der er basis for store forbedringer inden for patientsikkerhed.

Situationen udløste følgende tankevækkende kommentar fra den faglige leder af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, cheflege Paul Bartels:

"Jeg mener virkelig, at hvis det her område (patientsikkerhed) skal blive til noget andet end en legeplads for topledelsen og så nogle enkelte læger og sygeplejersker, så er man nødt til at akademisere det og få patientsikkerhed ind på professionsuddannelserne og på universiteterne og ansætte professorer i kvalitetsudvikling. Ellers går det over af sig selv, så forsvinder begrebet patientsikkerhed igen eller bliver sådan en bureaukratisk disciplin, som det jo lidt er, og ikke noget som sundhedsprofessionelle gør naturligt i deres sundhedsprofessionelle praksis."

Rapporten afdækker to problemer:

- \* **For det første** er der ingen balance mellem den politiske og den faglige prioritering af patientsikkerhed. Det er en højprofileret politisk dagsorden, men >

den er akademisk stærkt underprioriteret. Det er i sig selv uforståeligt – igen når man sammenligner med, hvad der forskes i inden for andre risikoområder, f.eks. fødevarer. Det er paradoksalt, at netop den sektor, der repræsenterer den største livsrisiko, interesserer sig så lidt for at reducere denne.

- \* **For det andet** kan krav – især fra skeptikeres og forskeres side – om at gennemføre en række forskningsprojekter være en betingelse for, at patientsikkerhed bliver en bredt accepteret og implementeret disciplin på tværs i sundhedsvæsenet. Dette er ikke et argument imod at forske i patientsikkerhed. Tværtimod er behovet stort og presserende. Men nødvendigheden af dybtgående og langstrakt forskning må ikke blokere for, at man gennemfører enkle og elementære initiativer, hvor det er sandsynliggjort, at de kan skabe store resultater. Disse projekter er desuden et godt afsæt for senere forskningsprojekter, men må ikke forhindre, at vi de kommende år redder tusinder af liv ved at ændre daglige rutiner og arbejdsgange.

#### **BEHOVET FOR EN PATIENTREFORM**

Det er bl.a. her, at erfaringerne fra “Patientsikkert Sygehus” kunne og burde spille en afgørende rolle. De løser langtfra hele problemet, men kan være det første vigtige skridt mod at nytænke sundhedsvæsenets og hospitalernes arbejdsgange og prioriteringer. Det forudsætter imidlertid, at resultaterne ikke alene kendes i indforståede professionelle kredse, men danner afsæt for et bredt folkeligt pres og for egentlige politiske initiativer.

Det er ofte svært at udbrede *best practice* til *normal practice*. Og det store gennembrud opnås næppe, før de gode erfaringer omsættes til klare påbud. Det vil sige, at der indføres en incitamentsstruktur i sundhedsvæsenet og på sygehusene, der belønner og straffer sektoren ud fra dens vilje til at gennemføre de nødvendige forandringer i hverdagen. Kampagner påviser og dokumenterer mulighederne, men garanterer ikke de varige forbedringer bredt i hele sektoren.

For igen at sammenligne med trafikikkerheden, ville man næppe have nået de meget positive resultater på området, hvis de udelukkende byggede på frivillighed. Resultaterne er nået i en kombineret satsning på politiske reguleringer, motiverende kampagner og incitamenter. Det har skabt et nyt *mindset*, der år efter år sikrer, at stadig færre dræbes på vejene.

Uden en koordineret, politisk støttet indsats og en ud-

bredelse af resultaterne fra de “patientsikre” sygehuse risikerer omstillingen til en sikker patientkultur at trække unødigt ud og undervejs blive overskygget af andre økonomisk presserende dagsordener.

Efter inspiration fra det amerikanske forslag om en *patients’ bill of rights* burde næste skridt i Danmark være at gennemføre en egentlig patientreform, der stadfæster de elementære krav til en ny sikkerhedspolitik i sundhedsvæsenet, og dermed sikre, at den rejse, alle patienter ufrivilligt begiver sig ud på, bliver så behagelig, som omstændighederne tillader – og ikke farligere end nødvendigt.

#### **AT TACKLE DANMARKS STØRSTE SIKKERHEDSRISIKO**

Som opsummering kan vi fastslå følgende:

1. Det er helt uacceptabelt, at vi ikke ved mere om konsekvenserne af manglende patientsikkerhed – og at forskellige tal bruges vilkårligt. Tallene for utilsigtede dødsfald svinger fra omkring 1.000 til 5.000 om året. Den usikkerhed kan ikke forsvares eller forklares med kompleksiteten i sygdomsbehandling, dødsårsager m.v. Så store variationer slører betydningen og forståelsen af udfordringen. Uanset kompleksiteten er det nødvendigt at finde metoder, der bare nogenlunde præcist kan afdække omfanget af uagtsomme og utilsigtede dødsfald, og gennemføre initiativer, der nedbringer dem markant – ud fra klare, fastsatte mål.

2. Usikkerheden til trods forekommer selv de mest konservative tal over forebyggelige dødsfald og utilsigtede hændelser uantageligt høje. Det er uforståeligt, at vi så længe har normaliseret omfanget og opfattet de mange utilsigtede dødsfald som “accepterede” eller “erkendte” risici. Det ville ikke kunne lade sig gøre i andre sektorer. Spørgsmålet er også, hvem der erkender og accepterer disse risici? Er det en faglig beslutning, eller er den delt med de patienter og pårørende, som er de uskyldige ofre? Der er brug for at sundhedsvæsenet, herunder politikerne, udvikler et ambitiøst *man on the moon*-projekt med en vision for, hvad der kan accepteres i fremtiden, og afsætter de nødvendige ressourcer hertil. Patientsikkerheden bør prioriteres lige så højt som f.eks. trafikikkerheden. De menneskelige tab og lidelser – og måske også de samfundsøkonomiske konsekvenser – er mindst lige så store.

3. De foreløbige resultater fra bl.a. de “patientsikre” sygehuse dokumenterer, hvor relativt lidt der skal til for at skabe reelle gennembrud i patientsikkerheden, der sik- >

## SUNDHEDSØKONOMER:

# Situationen er helt uacceptabel

TO AF DANMARKS MEST fremtrædende sundhedsøkonomer – professor Jes Søgaard, Aarhus Universitet, og professor Kjeld Møller Pedersen, Syddansk Universitet – finder begge, at usikkerheden om omfanget af utilsigtede hændelser og dødsfald er helt uacceptabel, og efterlyser konkrete initiativer og handlinger, der kan sikre en bedre patientsikkerhed.

“Det er skandaløst, at vi står over for så store problemer uden at vide mere om det præcise omfang – om det er 1.000 eller 5.000, der dør hvert år som følge af utilsigtede hændelser. Derfor er det nødvendigt, at vi hurtigt får skabt klarhed og iværksat en målrettet større indsats,” siger professor Jes Søgaard. “Ikke alle hændelser kan forebygges, men det gælder næsten halvdelen af dem.” Han mener i øvrigt at sepsis og septisk chok bør indregnes som en utilsigtet hændelse.

Ifølge Jes Søgaard findes der mange metoder til at løse problemerne, men udfordringen er at omsætte erkendelserne til praksis. Det handler om at få dem identificeret, prioriteret og afprøvet samt at få brugerne involveret langt mere systematisk.

“I 2001 påviste vi for første gang problemerne med utilsigtede dødsfald og næde dengang frem til, at der ud fra bl.a. udenlandske sammenligninger var omkring 5.500 utilsigtede og forebyggelige dødsfald i Danmark hvert år. Vores pilotundersøgelse var for lille til at sige noget rimelig sikkert om dødsfald relateret til utilsigtede hændelser, men den pegede faktisk også i retning af ca. 5.000 dødsfald. Efterfølgende er der kommet andre undersøgelser, og selv om de ikke er sammenlignelige, illustrerer de alligevel, at vi her står foran et meget stort problem. Der er bare ikke sket noget gennembrud. Alle er opmærksomme på problemet, men man fornemmer en berøringsangst over for at tage alvorligt fat om det – og den berøringsangst omfatter såvel centrale myndigheder som alle øvrige dele af sundhedsvæsenet. Det opfattes som en tabersag, som der ikke er nogen, der for alvor vil engagere sig i. Ellers var vi nået længere med viden og løsninger,” siger Jes Søgaard.

“Det er positivt, at der gennemføres en række kampanjer, som f.eks. Patientsikkert Sygehus. Men det er og bliver kampanjer. Derfor er det vigtigt, at de følges op



JES SØGAARD

KJELD MØLLER  
PEDERSEN

af meget detaljerede evalueringer og solid, ædruelig dokumentation, og at de positive resultater spredt sig til hele sektoren. Men hvordan sikrer vi, at de også bliver gældende praksis i et miljø og en situation, hvor der er så delte meninger om talstørrelser og begreber, og hvor emnet er så følsomt, at mange centrale instanser nedprioriterer det?” spørger Jes Søgaard.

“Man kan undre sig over prioriteringerne i samfundet, og hvor meget vi i øvrigt ofrer på at løse sikkerhedsproblemer, f.eks. omkring terror. Det er selvfølgelig vigtigt, men i den sammenhæng forekommer det besynderligt, at vi samtidig ofrer så relativt lidt på en risiko – patientrisikoen – der rammer et stort, men desværre relativt ukendt, antal danskere.”

### EN LEDELSESOPGAVE

Kjeld Møller Pedersen mener, at en løsning af problemet primært er en ledelsesopgave. Det er ledelsens engagement og prioriteringer, der skal sikre det nødvendige gennembrud. “Men det kræver en kulturændring i sundhedsvæsenet og på sygehusene,” siger han. “Den nuværende tilstand er selvfølgelig ikke acceptabel. Vi må til at arbejde ud fra en nulfejlskultur. Selv om det ikke er muligt at have nul fejl, er det ikke desto mindre det mål, vi skal arbejde hen imod.”

Kjeld Møller Pedersen finder det også nødvendigt at få præciseret begreberne og blive langt bedre til at registrere de utilsigtede hændelser. “Vi må have en fælles forståelse for, hvornår noget er en erkendt risiko, hvornår det er en utilsigtet hændelse, og hvornår det er en decideret fejl. Tilsvarende må rapporteringen af de utilsigtede hændelser være langt mere nøjagtig. Vi må også erkende, at der forekommer langt flere utilsigtede hændelser, end der registreres. Men en bredere og mere præcis registrering er også et spørgsmål om kultur.”

For ham er mere forskning en vigtig betingelse for at komme i dybden med problemet. “Forskningen skal sikre, at vi får afdækket, hvad der mere præcist ligger til grund for problemerne, og at vi får dokumenteret, hvilken form for indsats der har størst effekt. Det kræver, at patientsikkerhed gøres til et langt mere interessant område inden for den lægefaglige forskning.” ■

rer et markant fald i antallet af infektioner og andre sygdomme og dermed også i antallet af unødige dødsfald. Den kendsgerning er i sig selv provokerende og aktualiserer behovet for at udvikle en helt ny måde at arbejde og lede på i sundhedssektoren. Men det helt afgørende for dette projekts troværdighed er dels, at resultaterne dokumenteres meget stærkt, dels at arbejdet fortsætter og udbygges. Ellers risikerer det at blive husket som de gode intentioners og engagerede ildsjæles forsøg på at sætte en ny dagsorden – jævnfør erfaringerne med “Patientens møde med sundhedsvæsenet”.

Vi kender alle udtrykket “Der skal et godt helbred til at være indlagt på et sygehus”. Vi trækker på smilebåndet og har ligesom accepteret det som en kendsgerning. Det er det også. Omkring hver tiende, der indlægges, pådrager sig en infektion under opholdet. Langt hovedparten af de – vist nok – 2.000, der hvert år dør af septisk chok, er ofre for en hospitalsinfektion.

Jeg var selv meget tæt på at ende i den statistik, og har i min egen opfølgende research omkring netop blodforgiftning undret mig over, hvor lidt og hvor spredt viden der eksisterer om en sygdom, der alene kræver op imod 10 gange så mange dødsopfre som trafikken – hvoraf størsteparten antagelig kunne være undgået.

Dette handler ikke om at udpege syndebukke eller hetze mod læger og sygeplejersker. Det er en opfordring til at gøre op med et system og dets prioriteringer, der gør det meget vanskeligt – ofte umuligt – at undgå et skræmmende stort antal utilsigtede hændelser og dødsfald.

Det handler i højere grad om det modsatte: At gøre deres arbejdsvilkår og hverdag til en bedre oplevelse. Dette er en betingelse for, at det også bliver det for patienterne. Det kan være lige så frustrerende at være læge eller sygeplejerske som patient.

Trods manglen på forskningsbaseret viden burde der foreligge tilstrækkeligt materiale til at indlede en fornyet og forstærket indsats for patientsikkerheden – herunder udløse det nødvendige folkelige pres. Uden det er det tvivlsomt, om vi inden for en kortere årrække kan forvente de store gennembrud. Betingelsen er, at sagen på samme tid kommunikerer seriøst, overbevisende og skarpt – tilsat den indignation, som emnet og situationen berettiger til.

Vi har med andre ord hårdt brug for en bred debat om, hvad der er acceptabelt – hvad der er accepterede og erkendte risici, og hvad der er meningsløst: Vi sørger over det meningsløse drab på en soldat i krig, men hvad med det meningsløse dødsfald på et hospital? Hvornår vil f.eks. Politikens løbende opdatering over drab i trafikken blive suppleret med en opgørelse over utilsigtede og uagtsomme dødsfald på sygehusene?

Forskellene til trods er det nødvendigt og rimeligt, at vi som samfund sætter patientsikkerheden øverst på dagsordenen. Det er den sikkerhedsrisiko, der rammer flest danskere hårdest. Kunne man f.eks. forestille sig, at vi satte som national målsætning, at der ikke måtte ske flere uagtsomme dødsfald på sygehusene end i trafikken? Hvad taler for – og imod? Den debat er nødvendig.

# Litteraturliste

Dansk Selskab for Patientsikkerhed: **Årsberetning**, 2012.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed og TrygFonden: **Operation Life – slutrapport**, 2009.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed og COWI: **Forekomst af forebyggelige dødsfald på fem danske sygehuse**, 2013.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed: **Mortalitetsanalyser – en metode til at identificere indsatsområder for patientsikkerhed**, 2008.

Tage Søndergaard Kristensen: **Psykisk arbejdsmiljø blandt sygeplejersker**, 2012.

TrygFonden, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Danske Regioner: **Patientsikkert Sygehus – statusrapport 2010-2013**, 2013.

Thomas Schiøler, Beth Lilja Pedersen, Torben Steen Mogensen & Anne Frølich: **“Utilsigtede hændelser på sygehuse – en gennemgang af tre udenlandske studier”**, Ugeskrift for Læger nr. 19, 8. maj 2000.

Sundhedsstyrelsen: Temarapport 2009: **Arbejdsmiljø og utilsigtede hændelser i sygehusvæsnet**, 2009.

John T. James: **“A new evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care”**, Journal of Patient Safety, Volume 9, Issue 3, 2013.

Paul G. Shekelle et al.: **“The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now”**, Annals of Internal Medicine, 2013.

Helen Hogan, Frances Healey, Graham Neale, Richard Thomson, Charles Vincent, Nick Black: **“Preventable deaths due to problems in care in English acute hospitals: a retrospective case record review study”**, BMJ Quality and Safety, Volume 22, Issue 2, 2012.

Århus Amt: **Patientens møde med sundhedsvæsenet**, 2003.

Anne Hjöllund Christiansen: **Forskning i kvalitet og patientsikkerhed i Danmark**, KORA, 2013.

Patientombuddet: **Årsberetning 2012. Del 1. Dansk Patientsikkerheds Database**, 2013.

Enheden for Brugerundersøgelser: **Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2012**, 2013.

Foreningen for Yngre Læger: **Trivselsundersøgelse Yngre Læger 2012**, 2012.

**“Overlæger: Vi bruger mere tid på dokumentation og mindre tid på patienterne”**, Lægeforeningen (laeger.dk), 4. oktober 2013.

**“Tjekliste kan forhindre liggesår og spare 300 mio. sundhedskroner pr. år”**, Patientsikkert Sygehus (patientsikkertsygehus.dk), 27. august 2013.

**Patientsikkerhed i tal**, Dansk Selskab for Patientsikkerhed (patientsikkerhed.dk).

**Hjemvendte soldater**, SFI – Det Nationale Forskningscenter for velfærd (sfi.dk).



Udgiver og administrerende direktør: Erik Rasmussen. MANDAG MORGEN MEDIA: **Redaktionen:** Bjarke Møller, ansvarshavende chefredaktør, Kalle Jørgensen, redaktionschef, Katrine Nielsen, redaktionschef, Torben K. Andersen, Anna Eriksen Fenger, Claus Kragh, Jens Reiermann, Anders Rostgaard, Marianne Kristensen Schacht, Ida Strand, Bjarke Wiegand, Villads Andersen, Andreas Baumann. **Web:** Malte Kjems, webredaktør, Josephine Bachmann og Rasmus Glistrup Petersen. **Grafik:** William Zeuthen. **Salg og markedsføring:** Jane Isbach Løkkegaard, salg- og marketingchef, Sidsel Bøgh, salgschef, Hans Nydam Buch, Martin Frost, Jesper Wollenberg, Anne Albrekt, Søren Münster og Ask Riis. MANDAG MORGEN VELFÆRD: Astrid Læssø Christensen, direktør, Morten Hyllegaard, direktør, Anne Kjær Skovgaard, projektchef, Signe Ramstedt Bertelsen, Liv Fisker, Trine Frydkjær, Rikke Liv Sahl Holst, Martin Skovbjerg Jensen, Martin Møller Rasmussen, Clara Dawe og Iben Berg Hougaard. SUSTAINIA: Laura Storm, executive director, Christopher Sveen, direktør, Morten Jastrup, Solvej Karlshøj Christiansen, Christian Eika Frøkiær, Marie Louise Gørvild, Tine Rubeck Andreasen, Sandra Neale, Esben Alslund-Lanthén, Lisa Haglund, Jakob Anker Hansen, Benjamin Troskie, Emil Damgaard Grann, og Bjørn Hvidtfeldt Larsen. MANDAG MORGEN MANAGEMENT: Morten Christensen, økonomidirektør, Søren Werner Borgquist, An'mary Jonasson, Jørgen Dalsgaard Olsen, Fabijana Popovic og Heidi M. Rasmussen.

Mandag Morgen udgives af Mandag Morgen Media Aps. Citater kun tilladt med tydelig kildeangivelse. Tryk: KLS Grafisk Hus A/S. Design: William Zeuthen. ISSN 978-87-93038-08-0. Kopiering er kun tilladt ifølge COPY-DAN-aftaler. Mandag Morgens udgivelser bygger på et etisk regelsæt, der kan læses på [www.mm.dk](http://www.mm.dk). Personligt abonnement: Halvår kr. 4.390,- Helår kr. 8.780,- ekskl. moms. Kollektivt abonnement for organisationer og virksomheder fra kr. 10.995,- ekskl. moms. Læs mere på Mandag Morgens hjemmeside, [mm.dk](http://mm.dk). Mandag Morgen, Valkendorfsvej 13, DK 1009 København K, tlf +45 3393 9323.

