



# Identificerede svigt i patientbehandlingen Oversete diagnoser og forsinket diagnostik

- Fællesrapport fra Patientombuddet og Patientforsikringen

J.nr. 763-20130000-10

**Forfattere til rapporten:**

Jørgen Hansen, overlæge, Patientombuddet

Martin Bommersholdt, oversygeplejeske, Patientombuddet

Kim Lyngby Mikkelsen, læge, medicinsk koordinator, Patientforsikringen

Lone Mortensen, statistiker, Patientforsikringen

## Indholdsfortegnelse

Sammenfatning og den videre proces .....	4
Patientsikkerhedsarbejdet og systemmodellen.....	5
Kommissoriet .....	5
Processen .....	7
• Første fase .....	7
• Anden fase.....	9
Oversete eller forsinkede diagnoser, operationer eller behandlinger .....	10
• Problemer i forbindelse med henvisning og indkaldelse.....	11
• Manglende opfølgning på oplysninger i journalnotat .....	13
• Prøve/undersøgelse.....	14
• IT-problemer.....	15
• Problemer ved udskrivelse, overdragelse eller overflytning .....	16
Overset diagnose efter Patientforsikringens data.....	17
Overset cancer .....	18
• Svigt i kræftbehandling i relation til oversete diagnoser og forsinket diagnostik.....	19
• Hvad går galt? .....	20
• Hvordan opstod svigtene? .....	21
• Problemstillingen set fra almen praksis.....	23
Bilag (tabel 3).....	24

## Sammenfatning og den videre proces

Foreliggende rapport er den 3. rapport, der sammen med søsterrapporten "Problemområder i utilsigtede hændelser ved kirurgiske forløb, herunder utilsigtet læsion af tarmen" afslutter arbejdet i arbejdsgruppen "Risikobaseret styring af udviklingen i patientskadeerstatninger".

Ministeriets baggrund for at nedsætte arbejdsgruppen var, at den stigende prognoser for erstatningsudbetalinger fra Patientforsikringen, som i 2015 forventes at nå ca. 1 mia. kr., kalder på handling.

Handling i form af iværksættelse af forebyggende tiltag, der reducerer skader og fejl.

Arbejdsgruppens opgave var at identificere svigt i patientbehandlingen og deres mulige årsager. Herefter er det op til regionerne evt. at omsætte dette til handling.

Regionerne udfører allerede hver dag et enormt patientsikkerhedsarbejde. Målet med arbejdsgruppen har derfor været at udpege områder, hvor regionerne mest fordelsagtigt kan sættes ind med forebyggende tiltag prioriteret efter Patientforsikringens data, dvs. prioriteret efter erstatningsudbetalingernes størrelse. Dette er legitimt i den forstand at erstatningsudbetalingernes størrelse må formodes at afspejler den menneskelig lidelse og invaliditet og de samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med skaderne.

Svigt i patientbehandlingen er primært identificeret via analyse af Patientombuddets data fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase og Patientforsikringens skaderegister. Rapporten "Problemområder i utilsigtede hændelser ved kirurgiske forløb, herunder utilsigtet læsion af tarmen", den foreliggende og de to tidligere rapporter udpeger svigt for en lang række skadetyper. Den foreliggende rapport har særlig fokus på oversete diagnoser specielt cancerdiagnoser.

Opgaven for regionerne er nu at undersøge om det omkostningseffektivt er muligt at fokusere det allerede eksisterende patientsikkerhedsarbejde eller initiere nye tiltag i en retning, så det har en større effekt på de identificerede skadetyper. På de områder hvor det findes formålstjenesteligt er det herefter regionernes opgave at handle, dvs. udpege fokusområder, opstille effektmål, gennemføre og evaluere forebyggende indsatser.

## Patientsikkerhedsarbejdet og systemmodellen

Hver dag udføres der i det danske sundhedsvæsen et enormt patientsikkerhedsarbejde. Det foregår på mange niveauer og i mange forskellige regi fra den centrale styrelse til den enkelte sundhedsperson, i de kliniske selskaber, i patientforeninger og mange andre steder. På sygehusene er det eksplicite sikkerhedsarbejde ofte lagt ind under kvalitetsorganisationen, og de centrale aktører er risikoteamet af risiko/safety managers på hospitalsniveau og patient sikkerhedskoordinatorer, patientsikkerhedskontaktpersoner og patientsikkerhedsteam på afdelingsniveau. Alle sundhedsansatte kan tage del i det eksplicite sikkerhedsarbejde bl.a. ved at indberette utilsigtede hændelser til behandling initialt i den lokale patientsikkerhedsorganisation og sekundært i Patientombuddets læringsenhed.

Det centrale perspektiv i sikkerhedsarbejdet er systemmodellen, der, hvis det skal siges ultrakort, kan udtrykkes som følger: "det er mennesker, der begår fejlene, men det er systemerne, der skaber dem". Fokus er ikke på *hvem* der svigtede, men derimod på *hvordan* den pågældende kunne komme i en situation, der førte til svigtet, og især på hvordan systemerne kan optimeres, således at samme eller lignende svigt med mindre sandsynlighed kan opstå igen.

Identifikation af svigt er ofte impulsen til ideer og drivkraften til igangsættelse af nye tiltag i sikkerhedsarbejdet. Dette var netop tanken bag nedsættelsen af aktuelle arbejdsgruppe.

## Kommissoriet

Arbejdsgruppens opgave var ud fra Patientforsikringens data at identificere de skadetyper, der er hyppigst rapporteret og/eller som giver anledning til de største erstatninger, og vurdere i hvilken grad disse er forebyggelige<sup>1</sup>.

Ud fra omfang, ud fra graden af forebyggelighed og ud fra en vurdering af, hvor regionerne formodentlig mest fordelagtigt kan sætte ind med gennemførlige forebyggende foranstaltninger, skulle arbejdsgruppen prioritere hvilke skadetyper, der skulle arbejdes videre med.

For de udvalgte skadetyper skulle der, dels på baggrund af Patientforsikringens og Patientombuddets data, og dels med inddragelse af viden fra arbejdsgruppens deltagere og fra interessenter, identificeres hvilke typer af svigt, der var tale om.

Det var ikke en del af arbejdsgruppens kommissorium at udtænke eller foreslå konkrete interventioner, der kan begrænse de identificerede svigt. Dette overlades til regionerne, således at eventuelt fokuserede indsatser igangsat på baggrund af de i denne rapport identificerede svigt og målrettet de udpegede skadetyper, kan integreres i regionernes allerede

---

<sup>1</sup> Graden af forebyggelighed i af de enkelte skadetyper blev vurderet ud fra, om Patientforsikringens medicinske eksperter havde vurderet at patientskaden var en følge af suboptimal behandling (ikke erfaren specialiststandard, apparaturreglen eller reglen om alternativ, ligeværdig metode (KEL 20.1.1-20.1.3)), eller om skaderne alene må anses for at være sjældne uundgåelige komplikationer. Disse sager er afgjort efter "Rimelighedsreglen" (KEL 20.1.4).

omfattende sikkerhedsarbejde. Ligeledes overlades det til regionerne at vurdere cost-effectiveness af eventuelle fokuserede interventioner. Det er i denne sammenhæng vigtigt at holde sig for øje, at udbetalingerne af erstatning fra Patientforsikringen må formodes at reflektere de reelle samfundsomkostninger i den forstand, at erstatningerne fra Patientforsikringen er proportionale med de faktiske omkostninger, dels i personlig lidelse, dels de samfundsøkonomiske, som dog vil være mangefold højere. Det er derfor legitimt at søge at fokusere en ekstra indsats i sikkerhedsarbejdet prioriteret efter udbetalingernes størrelse for skadetyper med høj forebyggelighed.

Implementeringen af forebyggende tiltag, herunder metode, krav til evaluering og evt. effektmål, forankres i regionerne.

## Processen

### Første fase

Til arbejdsgruppen er der ud fra Patientforsikringens og Patientombuddets data udarbejdet 2 rapporter:

1: Skadeforebyggelse - Fokus på de forebyggelige, alvorlige, dyreste og mest udbredte skader

2: Indstilling af fokusområder - Fællesrapport fra Patientombuddet og Patientforsikringen

Førstnævnte rapport søgte bl.a. at svare på følgende spørgsmål:

- Hvilke skadetyper er de hyppigst forekommende i Patientforsikringen?
- Hvilke skadetyper medfører de største udgifter?
- Kan man indenfor disse skadetyper vurdere, i hvilket omfang disse kunne være undgået (grad af forebyggelighed)?

En liste med henholdsvis de 20 hyppigste og de 20 dyreste skadetyper, med angivelse af grad af forebyggelighed, blev opstillet. Arbejdsgruppen fandt at det var relevant at gå videre med uddybning af de skadetyper som havde høj grad af forebyggelighed, i alt 8 skadetyper, som viste sig at have samme rangorden hvad angår hyppighed og erstatningsudbetaling:

Tabel 1. Oversigt over datagrundlag i Patientforsikringens database

Skadetype	Erstatning (kr.)	Antal sager	Andel forebyggelige
Overset diagnose	502.391.392	3.541	60%
Utilstrækkelig eller forkert operation	391.657.088	2.391	77%
Forsinket operation eller behandling	131.990.480	875	55%
Punktur eller læsion af tynd-/tyktarm	78.183.396	483	16%
Suturinsufficiens eller anastomose bristning	41.141.328	171	15%
Operation/behandling foretaget på forkert side eller på forkert niveau	28.250.424	148	78%
Punktur eller læsion af galdeveje	24.387.004	137	49%
Falsk negativt svar	22.999.716	50	66%

*Patientforsikringens data. Afsluttede sager i 5-årsperioden 2008 til 2012.*

Patientombuddet og Patientforsikringen blev bedt om, på baggrund af en nærmere analyse af egne data, at indstille de 2 til 3 skadetyper, som regionerne mest fordelagtigt kunne fokusere på i det skadeforebyggende arbejde. I den efterfølgende fællesrapport fra Patientombuddet og Patientforsikringen blev "Oversete diagnoser", "Suturinsufficiens eller anastomose bristning" og "Operation/behandling foretaget på forkert side eller på forkert niveau" indstillet til arbejdsgruppen, og arbejdsgruppen indsnævrede feltet til de 2 førstnævnte.

Begrundelsen for indstillingen af den 2 fokusområder var:

Overset diagnose herunder forsinket operation eller overset behandling

- Høj grad af forebyggelighed
- Høj grad af alvorlighed
- Kan identificeres i begge datakilder (Patientombuddets og Patientforsikringens data)
- Er hyppigt rapporteret til begge datakilder
- Drejer sig ofte om cancer, men det vil typisk være de samme mekanismer, der giver anledning til forsinkelse mm. uanset sygdomsområde

Punktur eller læsion af tyktarm herunder suturinsufficiens eller anastomosebristning

- Lav grad af forebyggelighed, men stort potentiale i reduktionen af følgeskaderne efter punktur og suturinsufficiens ved en tidlig diagnosticering af perforation/bristning
- Høj grad af alvorlighed
- Kan identificeres i begge datakilder
- Er hyppigt rapporteret i begge datakilder

Som det fremgår af det ovenstående, er baggrunden for indstillingen af de 2 områder noget forskellige. Overset diagnose og forsinket behandling indstilles på kombinationen af stort omfang, høj alvorlighed og høj grad af forebyggelighed. Anastomosebristningerne mm. derimod har i sig selv lav forebyggelighed, - det er vanskeligt at sy i tarme. Når de alligevel indstilles er det primært fordi det formodes at der er et stort potentiale i bedre postoperativ monitorering af patienterne og dermed potentiale for reduktion af de ofte meget alvorlige følgeskader.

**Punktur eller læsion af tyktarm herunder suturinsufficiens eller anastomosebristning beskrives i en særskilt rapport.**



## Anden fase

I Arbejdsgruppens anden fase skulle Patientombuddet og Patientforsikringen, dels på baggrund af egne data, dels med inddragelse af relevante eksterne kilder, og dels efter høring af interessenter, kortlægge svigt i patientbehandlingen for de to indstillede områder.

De hørte interessenter er: Forbrugerrådet, Danske Patienter, Kræftens Bekæmpelse og Lægeforeningen. Herudover har Patientforsikringen haft kontakt til professor Peter Vedsted (Forskningsenheden for Almen Praksis). Kræftens Bekæmpelse og Peter Vedsted har bidraget til aktuelle rapport med et notat og kommentarer (se afsnittet "Svigt i kræftbehandling i relation til oversete diagnoser og forsinket behandling").

Baggrundsmaterialet til høringen var arbejdsgruppens to første rapporter. På høringen var der bred opbakning til kommissoriet og arbejdsgruppens første to rapporter. Der var ros til initiativtagerne bag arbejdsgruppen. Den nuværende arbejdsgruppe blev set som første fase i en proces og der blev udtrykt store forventninger til det kommende arbejde i regionerne med implementering af effektive interventioner, og deltagerne gav positivt udtryk for at stå til rådighed med deres viden. Der blev givet udtryk for vigtigheden af det arbejde, som er igangsat, da der på trods af mange tiltag gennem de senere år stadig ses skader i sundhedsvæsenet, som er økonomisk dyre, og som har en høj menneskelig omkostning i form af meget syge patienter.

Der blev givet udtryk for, at det er vigtigt at den fremtidige indsats skal ses i lyset af de initiativer og konkrete tiltag, som allerede er sat i gang i sundhedsvæsenet for at reducere omfanget af skader. Således er der allerede i dag fokus på begge de indsatsområder, som de to første rapporter udpeger, men på trods af disse tiltag, ses der stadig skader, som udløser store erstatninger og som for de enkelte patienter har meget stor menneskelig omkostning. På denne baggrund var der fra alle deltagere enighed om, at der stadig er plads til forbedringer indenfor en lang række områder. Der er nu håb om, at der er taget hul på problematikken og at denne arbejdsgruppes resultater vil give afsæt til fremtidige forbedringer, ikke kun snævert indenfor de to udpegede indsatsområder, men også på en lang række andre områder både indenfor og på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet.

Svigt i patientbehandlingen vedrørende oversete diagnoser specielt cancerdiagnoser behandles i nærværende rapport. "Problemområder i utilsigtede hændelser ved kirurgiske forløb, herunder utilsigtet læsion af tarmen" rapporteres i en særskilt rapport.

## Oversete eller forsinkede diagnoser, operationer eller behandlinger

### Organisatoriske processer (Patientombuddet)

- Problemer i forbindelse med henvisning/indkaldelse
  - Henvisning sendt til forkert sted
  - Henvisning ikke sendt
  - Henvisning bortkommet/ikke modtaget/ikke sendt
- Manglende opfølgning på/oplysninger i journal/notat
  - Manglende oplysninger i journal
  - Journal eller notat ikke skrevet eller skrevet for sent
  - Notat lagt i forkert journal
  - Manglende diktering
- Prøve/undersøgelse
  - Problemer med afhentning eller aflevering af prøver
  - Prøvesvar ikke set eller set forsinket
- IT-problemer
  - U hensigtsmæssige funktioner i program eller system
- Problemer ved udskrivelse, overdragelse eller overflytning
  - Uenighed eller uklarhed med hensyn til hvem, der skal eller vil modtage patienten

Dette kapitel omhandler organisatoriske svigt, som har forårsaget oversete eller forsinkede diagnoser, operationer eller behandlinger. Kapitlet er baseret på utilsigtede hændelser rapporteret til Patientombuddets Dansk Patientsikkerhedsdatabase i perioden oktober 2010 – april 2013.

Der opfordres til, at afsnittet danner udgangspunkt for en lokal drøftelse af de enkelte type af svigt med henblik på at identificere de svigttyper, som også kunne opstå i egen enhed.

## Problemer i forbindelse med henvisning og indkaldelse

Gruppen omhandler utilsigtede hændelser, hvor der er problemer med henvisninger eller indkaldelser. Disse problemer omfatter bl.a. situationer, hvor en henvisning ikke er sendt, er sendt forkert eller er bortkommet. Problemer med indkaldelse vedrører bl.a. fejl i indkaldelse, manglende indkaldelse og manglende booking.

### Henvisning sendt til forkert sted

Patienten er tidligere cancerdiagnosticeret og behandlet på XX i marts, men er nu under mistanke om recidiv af sin cancer og har i den forbindelse haft kontakt til et hospital, patienten afventer svar på sin biopsi mhp. diagnosticering af dette. Patient indlægges i mellemtiden på YY i en anden region pga. problemer med sin tracheostomi. Herfra rekvireres biopsisvar fra XX som viser recidiv af cancer, patienten skal i den forbindelse afvente stillingstagen fra onkologerne mhp. palliativ behandlingstilbud. Papirer og henvisning faxes derfor til onkologerne på XX mhp. denne vurdering. Efter 4 dage er der endnu ikke noget svar, og XX kontaktes. De har ikke modtaget nogle papirer på patienten, og beder derfor om ny fax med henvisning. Denne faxes samme dag af sekretær. Patienten udskrives 2 dage efter fax er sendt og der planlægges amb. kontrol 5 dage efter udskr. hos YY. Der er i journalen lavet oplæg til Forløbskoordinator for YY, mhp. rekvirering af behandlingsplan fra XX. Dette notat når aldrig til forløbskoordinatoren!

Patienten møder så ind til ambulans kontrol - frustreret over der endnu ikke er kommet noget brev fra XX. Der tages på ny kontakt til onkologisk afd. på XX, som ikke har modtaget nogle papirer! Det viser sig at papirerne har været faxet til en anden afdeling på XX og ikke onkologisk afd! Papirer og henvisning faxes derfor igen til onkologisk afd på XX.

I et andet tilfælde blev en henvisning modtaget på et forkert hospital, selvom den var adresseret til et andet hospital. Hospitalet gjorde afsenderen opmærksom på fejlen. Efterfølgende viste det sig, at henvisningen oprindeligt skulle have været sendt til et helt tredje hospital.

### Henvisning ikke sendt

Et stort antal utilsigtede hændelser vedrører tilfælde, hvor en henvisning ikke er sendt. I et tilfælde blev en henvisning ikke sendt, fordi henvisningen var skrevet af en FADL-vagt, der ikke kunne godkende og sende henvisninger, mens en lægesekretærelev i to øvrige tilfælde havde skrevet journalen/henvisningen, hvor henvisningen ikke blev sendt. I alle tre tilfælde forelå der ikke instruks for supervision og godkendelse af henvisningerne mv.

Patient henvist fra kirurgisk afdeling den 15.10.2012.

Båndet er først skrevet den 29.10.2012 hvorfor behandlingsforløbet hermed er blevet forsinket 14 dage

I to tilfælde var henvisningen ikke blevet udfyldt korrekt, hvilket i et tilfælde betød, at den ikke blev sendt, mens den i et andet tilfælde blev sendt og derefter tilbagesendt pga. manglende oplysninger, hvorefter den endte i journalen uden, at der blev fulgt op på henvisningen.

#### **Henvisning bortkommet/ikke modtaget/ikke sendt**

I et tilfælde er henvisningen til operation bortkommet, selvom denne ifølge GS var registreret som modtaget.

Patienten ses i vores ambulatorie den 19/12-11, hvor der sendes en henvisning til afdeling E mhp VAC behandling af sår. Patienten kontakter afd igen i januar 2012, da han ikke har hørt fra afd E. En sekretær sender en elektronisk henvisning den 13/1-12 til afd.E.

Patientens hustru kontakter undertegnede dd, da patienten stadig ikke er indkaldt på afd.E, og en E-sekretær har fortalt, at de ikke har modtaget nogen henvisning. Undertegnede kontakter en sekretær her i onkologisk afd, som kan se, at henvisningen er sendt elektronisk den 13/1-12.

Afd. E sekretær kontaktes pr tlf, og det fortælles, at afd. E først kan modtage elektroniske henvisninger om en måned. DD faxes således en ny henvisning til afd. E (2 mdr forsinket)

I et tilfælde blev patienten ikke booket til svartid i forbindelse med en CT-scanning, idet patienten havde misforstået, at han skulle ringe og få en tid, når han kendte tidspunktet for scanningen. Patienten havde forstået således, at hospitalet ville indkalde ham, når de kendte tidspunktet.

I et andet tilfælde var en patient ikke blevet booket til behandling, da journalen efter skrivning var blevet arkiveret og der blev derfor ikke fulgt op på ordinationen. I et tredje tilfælde blev en patient ikke booket til de sidste strålebehandlinger, idet lægen ikke havde videregivet henvisningen til visitationen, som retningslinjerne ellers foreskrev ved akut behandling.

En hændelse handler om manglede oplysninger i en henvisning, som derfor blev sendt korrekt retur. Af ukendte årsager blev der efterfølgende ikke reageret på tilbagesendelsen, hvorfor patientens udredning blev forsinket.

I ét tilfælde var henvisningen blev overset, fordi der var to henvisninger til samme patient, og man overså således den sidste henvisning.

To hændelser vedrører sager, hvor henvisningen blev sendt til et ikke-eksisterende/forkert fax-nummer.

I en patients indbakke findes svar på dyrkning af spytpøve, pos. for bakterier. Pt. informeres herom pr brev og opstartes i relevant antibiotisk behandling.

Da hun få dage senere møder til ambulans samtale, undrer hun sig over meddelelsen i brevet, da hun aldrig har afleveret en spytpøve til os.

Det må således dreje sig om en anden patients prøve, som har fået påsat label fra denne patient. P.t. har vi ikke fundet ud af hvilken patient, det drejer sig om.

### **Manglende opfølgning på oplysninger i journalnotat**

Denne hovedgruppe omhandler sager, hvor forskellige problemer med journal eller notat har forsinket patientens undersøgelse, behandling eller operation. Disse problemer omfatter bl.a. manglende oplysninger i journalen, manglende skrivning eller forsinket skrivning af journal eller notat samt manglende læsning af journal og notat.

#### **Manglende oplysninger i journal**

I et tilfælde manglede en beskrivelse af EKG med anbefaling om videre undersøgelse i journalen, hvorfor den videre undersøgelse blev forsinket betydeligt.

I forbindelse med en anden patient, der var i kontrolforløb for begge øjne, var der til journalen kun lavet en beskrivelse af det ene øje. Scanningen af det andet øje viste forværringer, som blev opdaget ved kontrol en måned senere.

I et sidste tilfælde blev den indledende journaloptagelse ikke skrevet ind i OPUS, og MR skema blev ikke udfyldt og herefter ikke udført. Først to dage senere opdages det at undersøgelse ikke er udført og den bestilles akut.

#### **Journal eller notat ikke skrevet eller skrevet for sent**

På en afdeling havde sekretærene pga. travlhed en aftale med lægerne om, at lægerne skrev en note, hvis et diktat skulle skrives før andre. Sekretærene fandt en journal med tilhørende diktat, der ikke var blevet markeret, men som indeholdt en henvisning til evt. onkologisk efterbehandling. På grund af den manglende markering var diktatet ikke skrevet. I et tredje tilfælde blev notatet trods korrekt markering ikke skrevet pga. sekretærmangel.

I en hændelse var en journal ikke blevet lagt fra til skrivning, hvorfor en henvisning til kræftudredning blev sendt med mere end 14 dages forsinkelse.

#### **Notat lagt i forkert journal**

To utilsigtede hændelser vedrører tilfælde, hvor et notat blev lagt i en forkert journal. I et af disse tilfælde blev et konferencenotat lagt i en forkert patients journal. I det andet tilfælde var der i et visitationsnotat ved en fejl skrevet om videre behandling for to patienter på samme papir. Dette blev ikke opdaget, og papiret blev lagt i den ene journal. Konsekvensen var 4 måneders forsinkelse i behandlingen af den ene patient.

### **Manglende diktering**

Vi har identificeret to typer af hændelser, hvor manglende diktering forsinkede patientens behandling eller operation. I et tilfælde glemte lægen at diktere et notat, hvorfor sygeplejersken lagde journalen i lægens dueslag, hvor lægen ikke så denne før tre uger senere pga. ferie. I det andet tilfælde var en patient blevet tilset dagen før behandling, men der blev ikke dikteret notat på dette, hvorfor patienten måtte afvente nyt tilsyn inden behandlingsstart.

### **Prøve/undersøgelse**

Denne hovedgruppe vedrører tilfælde, hvor problemer med enten prøver eller undersøgelser resulterer i, at patienten forsinkes i sit behandlingsforløb. Problemerne i forbindelse med prøver og undersøgelser forekommer i alle faser af en prøve/undersøgelses forløb, således at de utilsigtede hændelser både omfatter problemer i fx udførelse, analyse og modtagelse af svar.

I to tilfælde afviser en afdeling at foretage undersøgelse på en patient uden at give den henvisende afdeling besked om dette. Først ved en efterfølgende kontrol henholdsvis 2 og 3 måneder senere blev fejlen konstateret.

I et tilfælde var der uklarhed over, hvem der har ansvar for at følge op på prøver, som er rekvireret af et sygehus men udført hos egen læge. Dette medførte en forsinkelse på 1,5 måned.

### **Problemer med afhentning eller aflevering af prøver**

Vi identificerede ti utilsigtede hændelser, hvor der var problemer med afhentning eller aflevering af prøver. I fem tilfælde blev prøverne af ukendte årsager glemt eller ikke afhentet af piccoline, sundhedsassistent eller portør. I ingen af tilfældene blev de manglende prøvesvar bemærket før ved efterfølgende kontrolbesøg.

### **Prøvesvar ikke set eller set forsinket**

lfm. udskrivelse fra afd. XX bestilles CT thorax ambulant for kontrol af infiltrat. Pt. udskrevet 15/12 2011.

Undersøgelsen udføres 19.01.2012 med svar til afd. YY (udprint). Herfra allokeres det til lægekassen for den læge der har ordineret det og lægges som enkeltark i journalkassen blandt en bunke journaler.

Svaret ses først den 2/2 2012.

Forinden er prøvesvaret "fånet" af anden læge på et sygehus hvor pt er indkaldt til vurdering af operation for mitralstenose og henvist til lungemed afd. for udredning i pakkeforløb.

I fire hændelser blev prøvesvaret ikke set, fordi svaret ikke var modtaget, hvilket i tre tilfælde skyldtes henholdsvis at patienten var flyttet til en anden afdeling, at svaret skulle igennem flere hospitaler, og at svaret blev sendt til en forkert modtager. I et tilfælde blev besked om, at svaret skulle ses ikke givet videre fra dagvagt til aftenvagt.

I tre tilfælde er der sket fejl i forbindelse med analyse af en prøve, således at man har overset kræft. I et af disse tilfælde stoledes en læge på en ældre prøve, som var normal, hvilket viste sig at være forkert, idet patienten havde en tumor. I de to øvrige tilfælde viste ny gennemgang af ældre billeddiagnostik, at patienten havde metastaser, som blev overset på daværende tidspunkt.

I tolv tilfælde skyldes forsinkelser i kræftforløb manglende eller forsinket opfølgning på prøver, hvor resultatet af prøven ses forsinket. I to tilfælde skyldes dette ferie eller fravær, som bevirker, at resultatet af prøven ses forsinket. I ét tilfælde er beskrivelsen af CT-scanning ikke overført til EPJ, hvorfor den henvisende afdeling ikke har set svaret. I to af tilfældene skyldes forsinkelsen, at en sekretær har lagt svaret et forkert sted.

I to tilfælde er analysen af prøven forsinket. I ét af tilfældene går der to hverdage og en weekend fra prøvetagning til prøven er registreret som modtaget. I det andet tilfælde medførte en teknisk fejl, at et røntgenbillede ikke kunne vurderes akut.

I ét tilfælde skal patienten pga. symptomer følges videre op hos egen læge efter at der er fundet normale forhold i forbindelse med kræftpakkeforløb. Denne opfølgning finder ikke sted, hvilket opdages ved årskontrol, hvor der mistænkes en kræftdiagnose og patienten bliver henvist igen.

## **IT-problemer**

Denne hovedgruppe omhandler utilsigtede hændelser, som skyldes problemer med IT. Gruppen inkluderer både utilsigtede hændelser, hvor IT-udstyr og IT-systemer ikke virker og hændelser, som skyldes uhensigtsmæssige funktioner i diverse programmer og systemer.

Pt. kører behandling med kemoterapi efter et skema. Tidsplanen for dette skema rykkes da kemoterapien er forsinket fra blandestationen. Jeg er ikke opmærksom på at behandlingen er blevet forsinket og tror derfor at behandlingen er afsluttet efter 2 døgn som er vanligt i dette regime.

Det viser sig at grundet forsinkelsen skal pt. have kemoterapi, og det bliver så givet 6 timer forsinket, da jeg opdager det ved et tilfælde. Når ordinationen af kemoterapi i EPM er mere end to timer forsinket (altså ikke dispenseret indenfor 2 timer fra ordinationstidspunktet) bliver den seponeret, og det fremgik derfor ikke af EPM at pt. skulle have kemoterapi. Endvidere havde jeg ikke ved den mundtlige rapport fået besked om denne behandling, og der stod heller ikke noget på vores pt. oversigtstavle, som vi ellers vanligt opdaterer.

## **Uhensigtsmæssige funktioner i program eller system**

I det andet tilfælde var en antibiotikabehandling i EPM markeret med grønt, hvilket angiver, at dosis er administreret, selvom den stod som nul-dosis. Derved kan man fejlagtigt komme til at tro, at medicinen er givet.

I et andet tilfælde var der problemer med programmet LABKA, idet man ikke kunne se resultater fra andre forløb, medmindre at der var givet samtykke. Hvis der ikke var taget stilling til samtykke, registrerede programmet det automatisk som et nej.

I et af tilfældene drejede det sig om en IT-fejl i forbindelse med en sammenlægning af IT-systemer, som forårsagede, at 959 kvinder i et lokalområde ikke blev inviteret til screening for livmoderhalskræft.

I et andet tilfælde medførte fejl i booking i Orbit, at et kræftforløb blev forsinket.

I et tilfælde modtog sygehuset ikke en henvisning, selvom henvisningen figurerer som modtaget og kvitteret i systemet. Dette skyldes fejl i systemet Medwin.

### **Problemer ved udskrivelse, overdragelse eller overflytning**

Disse problemer omfatter bl.a. manglende eller mangelfuld kommunikation eller dokumentation, forsinket eller forkert overflytning og manglende klargøring af patient.

### **Uenighed eller uklarhed med hensyn til hvem, der skal eller vil modtage patienten**

I fem utilsigtede hændelser var der uenighed eller uklarhed over hvem, der skulle eller ville modtage patienten. I et af disse tilfælde blev en patients operation forsinket, fordi patienten var henvist til operation på et hospital, men aftenen inden operationen blev patienten ringet op og blev bedt om at møde op på et andet hospital, hvor patienten hørte til. Dette hospital kunne efterfølgende ikke stille diagnosen eller ignorerede den allerede givne diagnose, hvorved patientens operation blev forsinket mere end 3 uger.

I et andet tilfælde blev en melding om overflytning ikke videregivet, og efterfølgende var der diskussion om, hvem der skulle behandle patienten. I dette tilfælde blev patienten desuden ikke scannet akut.

I et tredje tilfælde blev en patient henvist til relevant afdeling, hvorefter denne afdeling fejlagtigt omvisiterede patienten til en anden afdeling. Patienten blev derefter overflyttet forsinket på trods af, at afdelingen forsøgte at få patienten flyttet. Patientens strålebehandling blev derved forsinket.

I et fjerde tilfælde blev en patient henvist til videre udredning og behandling fra et hospital til et andet, hvorefter hospitalet, hvor patienten var henvist til, afviste at modtage patienten, idet de mente, at patienten skulle henvises til pakkeforløb på et tredje hospital. Det tredje hospital vurderede herefter, at patienten skulle udredes på det hospital, hvor vedkommende var henvist til i første omgang, hvorved patienten blev forsinket.

I et femte tilfælde blev en nyrebiopsi forsinket med fem uger, idet patienten ved mundtlig overrapportering til modtagende sygehus blev nægtet direkte overflytning og i stedet blev lovet ambulantly udredning.



## Overset diagnose efter Patientforsikringens data

Den hyppigst anmeldte skadetype, som samtidig også er den mest omkostningsfulde skadetype, er "Overset diagnose". I den 5-årige periode fra 2008 til 2012, som er opgjort i aktuelle sammenhæng, er der blevet udbetalt en halv milliard kr. i erstatning for oversete diagnoser. Forebyggelsespotentialer for de oversete diagnoser er 60 %, hvilket betyder at 300 mio. ud af den halv milliard i erstatninger teoretisk kunne have været sparet.

De diagnoser, som overses, er specielt cancersygdommene. Blandt disse sygdomme er det navnlig kræft i mave-tarm kanalen, i det kvindelige bryst og i de kvindelige kønsorganer, der er de hyppigst oversete. Af de ikke-ondartede sygdomme udgør knoglebrud og ledsader halvdelen af de oversete diagnoser. Åreforkalkning i hjertets kranspulsårer og slidgigt i ryggen udgør også en stor andel. De oversete diagnoser fremgår af **tabel 3** (se bilag).

### Kræftområdet

Specielt på kræftområder spiller oversete diagnoser en betydelig rolle, og problemstillingen er kompleks. Patientforsikringen har i et samarbejde med Kræftens Bekæmpelse (overlæge Henriette Lipczak) udarbejdet en oversigt over de væsentligste svigt, og da dette også involverer almen praksis, har Patientforsikringen også haft en dialog med professor Peter Vedsted.

Kræftens bekæmpelse har selvstændigt, og forud for nedsættelsen af aktuelle arbejdsgruppe, gennemgået en lang række datakilder, herunder data fra Patientombuddet og Patientforsikringen, for at identificere svigt i kræftbehandlingen, - se afsnittet "Svigt i kræftbehandling i relation til oversete diagnoser og forsinket diagnostik".

## Overset cancer

Patientforsikringen har gennemlæst 40 sager, hvor der er givet erstatning i tilfælde, hvor en cancer initialt er blevet overset, og hvor diagnosen derfor først er blevet stillet ved en senere lejlighed. Formålet var at identificere hvilke typer af svigt, der har medført, at cancerdiagnosen initialt blev overset specifikt for cancere.

Der er blevet identificeret følgende typer af svigt:

- Biopsi af 'knode' ikke udført
  - (fx knode i bryst) ikke biopeteret, selv om erfaren specialiststandard ville tilsige dette
- Biopsi ikke foretaget med ultralyds-vejledning
  - Biopsi af normalt væv, idet der er blevet taget biopsi "i blinde"
- Biopsi med normale fund bliver ikke fulgt op med kontrolbesøg
- Biopsi med uegnet materiale bliver ikke gentaget
- Rettidig/sufficient udredning ikke foretaget
  - Symptomer/tilstande/fund er tilskrevet benigne forhold, uden at dette sufficient har kunnet forklare fundene
    - Fx tilskrives fund på røntgen af thorax, at pt. tidligere har haft tuberkulose, selvom pt. også frembyder symptomatologi på malign sygdom
  - Fx antages pt. at være uden for risikogruppen
  - Udredes insufficient, fx uden rektaleksploration
  - Forkert fokus i udredningen (fokus og absces og ikke hård knode)
- Anæmiudredning ikke foretaget
- Abnormt blodprøvesvar fejltolket/fejllæst som værende normal
  - Symptomatologien på malign sygdom ignoreret
- Fejlvurdering af patologimateriale
  - Fejlvurderet af patolog
- Uklar patologi (differentialdiagnoser) vurderet som benigt uden 'second opinion'
- Fejlvurdering af billeddiagnostisk materiale
  - Fx fejlvurdering af røntgen af thorax, fejlvurderet af røntgenolog
  - Fejlskøn af mammografi
- Ikke radikal fjernelse af malignt væv
  - Manglende efterfølgende biopsiverificering
- Manglende genindkaldelse til kontrolbesøg
- Manglende henvisning til billeddiagnostik
- Billeddiagnostiske undersøgelser bliver ikke set
- Manglende opfølgning
  - Fx på blodprøve/henvisning til specialist

## Svigt i kræftbehandling i relation til oversete diagnoser og forsinket diagnostik

Dette afsnit er baseret på data indsamlet af Kræftens Bekæmpelse og er i store træk taget fra et notat udarbejdet af Henriette Lipczak (overlæge i Kræftens Bekæmpelse).

Forsinkelse i kræftbehandlingen inddeles almindeligvis i 3 faser<sup>2</sup>:

Patient delay; Forsinkelse fra første symptom til første lægekontakt

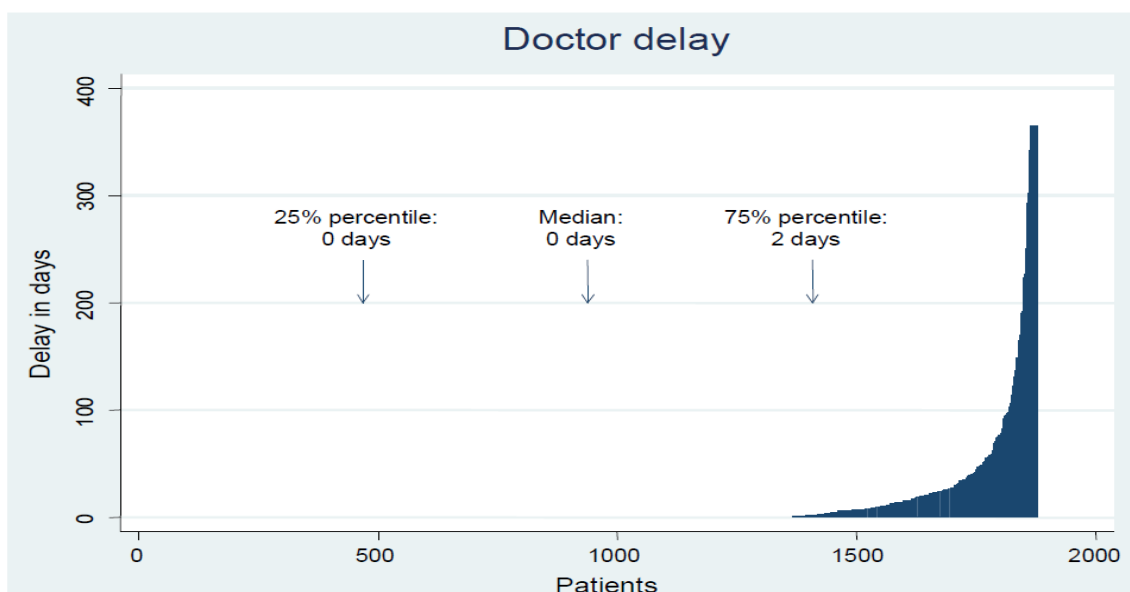
Læge delay (almen praksis); Forsinkelse fra første lægekontakt til påbegyndelse af kræftudredning

System delay; Forsinkelse fra påbegyndt udredning til behandling iværksættes

Forsinkelserne i almen praksis skal ses på baggrund af følgende nøgletal: 15 % af befolkning har et alarmsymptom i løbet af et år og 12 % af alle konsultationer hos egen læge indeholder kræftsymptomer, men kun de færreste har kræft. Egen læge skal typisk finde 8-10 nye tilfælde af kræft årligt. For de som har kræft kan debutsymptomer i almen praksis groft inddeles i 3 grupper:

- 50 % havde alarmsymptomer (oplagt kræftudredning, kræftpakke)
- 25 % havde uspecifikke, alvorlige symptomer (oplagt syg, diagnostisk center)
- 25 % havde vage symptomer (rask, men usikker)

De fleste kræftpatienter har ingen forsinkelse i almen praksis, idet ca. 75 % sendes videre i udredningen allerede samme dag eller dagen efter, patienterne har præsenteret deres symptomer, se figur nedenfor (fra RP Hansens ph.d. afhandling). Den sidste af ovennævnte 3 grupper med vage symptomer og til dels og gruppen med uspecifikke, alvorlige symptomer rummer de patienter, som har de længste forløb fra præsentation af symptom til diagnose, hvor stadie og dermed prognose forværres i ventetiden, og hvor erstatning fra Patientforsikringen kan komme på tale.



<sup>2</sup> Hansen RP. Ph.d. thesis: Delay in the diagnosis of cancer. Research Unit and Dept of General Practice, Århus Universitet, 2008.

Kræftens Bekæmpelse har i sit notat resumeret identificerede svigt i kræftbehandlingen, som giver anledning til at diagnosen bliver overset eller forsinket. Svigtene er identificeret ved gennemgang af en lang række datakilder, inklusive Patientombuddets og Patientforsikringens data.

De nedenfor anførte svigt er **ikke** opdelt efter hvor svigtet opstod (almen praksis eller i det efterfølgende system).

## Hvad går galt?

### Dansk Patientsikkerhedsdatabase (2004-2008)

- Diagnose og vurdering (inkomplet/utilstrækkelig, ikke udført da indiceret)
- Billeder/resultater (forsinket vurdering)
- Journaler/vurderinger (manglende, utilgængelige, forkerte)
- Henvisning (forsinket, ikke udført, inkomplet, utilstrækkelig)
- Booking (forsinket, inkomplet, utilstrækkelig)

### Overgangsanalyse (2010-2012)

- Forsinket eller manglende reaktion på prøvesvar
- Forsinket eller manglende henvisning
- Forsinket eller manglende journaler og notater
- Usikker koordination og ansvar vedr. patient

### Patientrapportering

- Diagnostik (Forkert eller forsinket)
- Kommunikation og information (Manglende eller forkert, skiftende)

### Patientforsikringenssager

- Overset diagnose (26 % af anerkendte sager)
  - o 43 % almen medicin

### Patientklager

- Mangelfuld fortolkning af billeddiagnostiske undersøgelser
- Forsinket eller manglende opfølgning på undersøgelsesresultater
- Undersøgelse og henvisning af patienter med uspecifikke symptomer

### Barometerundersøgelsen – del I (Survey)

- Hyppigere fejl i udredning hvis flere afdelinger/sygehuse er involveret
- Forløb der involverer (for) mange aktører fremhæves som problematiske (ventetid, 'hvem gør hvad')

De nedenfor anførte svigt er opdelt efter hvor svigtet opstod (AP=almen praksis, SP=speciallæge eller hospital).

### [Analyse fra NPSA \(UK\)](#)

#### Cancer detection

- Utilstrækkelig undersøgelse af symptomer, gentagne henvendelser før henvisning (AP)
- Andre diagnoser før cancer (AP)
- Gentagelse af undersøgelser, utilstrækkelig undersøgelse (Hospital)

#### Planlægning og koordination

- Ventetid til undersøgelse (AP)
- Ventetid på undersøgelse, prøvesvar, diagnose (hospital)

#### Patient-provider kommunikation

- Bliver ikke taget alvorligt, afvist, falsk beroliget (AP)

#### Administrative processer

- Henvisninger (ikke sendt, sendt forkert, ikke modtaget) (AP)
- Prøver (ikke analyseret, håndtering af prøver)
- Prøvesvar (ikke modtaget, ikke set, forsinket, ukendte, ikke tilgængelig) (SP, hospital)
- Journalpapirer (ikke tilgængelige, manglende informationer) (hospital)

## Hvordan opstod svigtene?

De ovenfor stående opremsede svigt beskriver ikke **hvordan/hvorfor** svigtene kunne opstå, og dermed hvad der eventuelt skal til for at forebygge dem. Kræftens Bekæmpelse (Henriette Lipczak) beskriver nogle **mulige** årsagerne nedenfor:

### 1. *Doctors delay (almen praksis)*

- Manglende eller insufficente kliniske guidelines
- Manglende beslutningsstøtteværktøjer (diagnostik: symptomer/undersøgelser – dataindsamling og syntese, standardiserede protokoller for vurdering af røntgen og lab tests)
- Manglende eller insufficente systemer til opfølgning på henvisninger og prøvesvar
- Manglende mulighed for "Second opinion" fra anden læge
- Vanskelig adgang for almen praksis til diagnostiske undersøgelser (udenfor kræftpakkeregi) – især basal billeddiagnostik og endoskopi

### 2. *System delay (hospital)*

- Svigtende diagnostisk kapacitet
- Manglende sikre arbejdsgange for rekvisition, håndtering og tracking af prøver og prøvesvar
- Uklar tildeling af forløbsansvarlig læge – kendt for patient og praktiserende læge, ansvarlig for koordinering af det enkelte patientforløb
- Upræcis vejledning for håndtering af parakliniske undersøgelser
  - o Ansvar for at sikre korrekt og rettidig afsendelse og modtagelse af prøvesvar og undersøgelsesresultater påhviler rekvirenten
  - o Håndtering af uventede cancerfund
- [Manglende national vejledning for håndtering af henvisninger](#)

### 3. *Monitorering (mangel på samme)*

- Manglende monitorering af forløbstider, herunder servicemål for diagnostiske undersøgelser
- Manglende monitorering af praktiserende lægers indsats (forløbstid fra første kontakt i AP til henvisning til pakkeforløb) – prospektiv registrering af kernedata for personer med mistanke om kræft i Den almen Medicinske Database
- Manglende indikatorer for forsinket diagnose

#### **Kommentarer til ovennævnte mulige årsager og veje til intervention:**

Der findes endnu ingen viden om effekten af guidelines eller beslutningsstøtteværktøjer, og second opinion har ikke været testet. Hvad angår audit og monitorering i almen praksis, så har dette længe været efterspurgt, og det har været foreslået at etablere en almenmedicinsk DMCG – [DAMCG \(Dansk almenmedicinsk multidisciplinær cancer gruppe\)](#). Der er således mange mulige veje at gå, men de vil alle kræve grundige overvejelser og egentlig testning for effekt.

## Problemstillingen set fra almen praksis

I en analyse af Patientforsikringens data, publiceret i [Practicus Februar 2012](#)<sup>3</sup>, blev det fundet, blandt alle erstatningssager vedrørende cancer, at almen praksis var involveret som hændelsessted i 12 % af sagerne. Af alle disse sager omfattede 57 % forsinket eller overset diagnose, og knap en femtedel af anmeldelserne blev anerkendt.

I arbejdet med aktuelle rapport har der været taget kontakt til professor **Peter Vedsted**<sup>4</sup>, som næsten enslydende med ovenstående notat fra Kræftens Bekæmpelse beskriver problemstillingen for almen praksis som følgende:

Tiden fra første symptom til start af behandling har betydning for, hvilket stadie kræften har, når den skal behandles. Jo længere tid der går jo højere dødelighed.

Hovedparten af kræftpatienter starter deres udredning i almen praksis og den praktiserende læge skal blandt en lang række patienter med symptomer kunne finde de 6-10 kræftpatienter om året, der kommer i lægens population.

Nogle kræftpatienter (ca. 50 %) præsenterer et tegn/symptom som lægen kan sige er et alarmsymptom på kræft og i mange tilfælde også sende ind i en af de specifikke kræftpakker. Vi ved at ca. 40 % af kræftpatienter i DK udredes via kræftpakker.

Den anden halvdel kommer med tegn/symptomer der er uspecifikke og måske slet ikke gør lægen i stand til at se, at dette er cancer. De skal altså udredes yderligere, inden man kan sige, om det er noget, der kunne være kræft.

For de patienter der er oplagt syge, og hvor det kan være kræft, har vi nu fået kræftpakke for alvorlige symptomer der kan være kræft.

MEN for en relativ stor del af patienterne vil egen læge skulle vente, indtil symptomerne bliver så svære og tydelige at lægen kan sende dem i en kræftpakke.

## Peter Vedsteds beskrivelse af årsagerne til svigtet

For den sidstnævnte gruppe af patienter er der behov for bedre udredningsmuligheder. Egen læge forsinker ikke behandlingen. Egen læge kan bare ikke få lavet en relevant undersøgelse på grund af manglende adgang til relevant og rationel udredning.

---

<sup>3</sup> Kraftig stigning i anmeldte sager om kræftforløb i almen praksis. Nissen, Aase; Vedsted, Peter, *Practicus*, 36 2012 (209) s. 18-19

<sup>4</sup> Professor, Center for Cancerdiagnostik i Praksis - CaP, Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, Aarhus Universitet

## Bilag (tabel 3)

Tabel 3. Oversete diagnoser. Tekst Patientforsikringen, afsluttede sager 2008-12.

DX090	Diagnoser	n	n	E samlet	E middel	E min	E max	Maria
DA	Infektionssygdomme	24		10.475.994,00	436.500,00	-	3.165.914,00	2,6
DC	Cancer	391		174.361.455,00	446.014,00	-	10.073.551,00	2,6
	85 GI-kanalen			47.167.894,00	334.916,00	-	6.196.992,00	2,6
	44 Luftveje			16.182.619,00	394.698,00	-	3.047.779,00	2,6
	13 Knogler			6.945.730,00	496.124,00	17.230,00	4.619.782,00	2,6
	18 Huden			17.054.525,00	947.474,00	-	10.073.551,00	3,1
	4 Bindevæv			1.311.724,00	327.931,00	-	960.441,00	2,8
	94 Mammae			42.253.244,00	449.503,00	-	4.917.871,00	2,8
	27 Kvindelige kønsorganer			11.633.294,00	430.863,00	25.278,00	2.762.117,00	2,8
	20 Mandlige kønsorganer			4.518.315,00	225.916,00	11.000,00	1.149.140,00	2,7
	24 Nyrer og urinveje			13.811.411,00	575.477,00	-	5.314.583,00	2,6
	3 Øjet			195.935,00	65.312,00	34.673,00	80.631,00	2,6
	8 Hjernen			4.277.724,00	528.466,00	44.782,00	2.473.400,00	2,4 €
	6 Endokrine organer mm			5.476.662,00	608.518,00	-	1.769.050,00	2,4 €
	26 Metastaser			1.601.120,00	69.614,00	-	471.948,00	2,3
	19 Lymfom og myelomatose			2.058.658,00	108.350,00	-	781.030,00	2,3
DD00-DD44	Godartede svulster	35		13.179.672	573.029	12.067	3.926.950	2,3
DD45-DD9	Polycytæmi mm	4		624.832	156.208	68.400	298.275	2,3
DE	Diabetes og andre endokrine sygd	15		2.480.558	106.371	-	1.145.125	2,4
DF	Psykiske lidelser	5		68.701	13.740	-	38.000	1,5
DG	Sygdomme i nervesystemet	47		19.187.845	408.252	-	2.452.339	2,7
DH59	Øjensygdomme	16		3.087.903	192.994	-	1.493.166	2,4
DH60-DH99	Øresygdomme	5		241.345	48.269	32.470	63.339	2,2
DI0-DI259	Iskæmiske hjertesygdomme	59		44.860.515	760.348	-	4.184.605	3,3 * €
DI260-DI269	Lungeemboli	16		8.364.545	529.034	-	1.207.495	3,1 * €
DI3-DI599	Andre hjertelidelser	21		17.635.460	839.784	-	3.080.979	3,0 * €
DI60-DI649	Blødning og trombose i hjernen	48		26.090.399	343.550	-	3.133.214	2,6
DI650-DI69	Andre kredsløbslidelser i hjernen	7		5.959.369	851.338	10.675	4.569.865	2,9 €
DI700-DI799	Arterielle sygdomme	32		18.480.046	462.001	-	2.332.428	2,9
DI800-DI89	Perifere venøse sygdomme mm	6		260.856	43.476	-	128.751	2,3
DJ	Lungesygdomme mm	11		1.134.933	226.987	-	445.540	2,6
DK20-DK29	Perforeret mavesår mm	11		1.171.770	161.070	-	476.220	2,5
DK350-359	Blindtarmsbetændelse	25		4.817.516	192.701	-	1.744.122	2,3
DK40-46	Hernier	8		2.953.397	369.172	-	1.537.500	2,2
DK52-DK63	Colitis, ileus mm	24		2.406.175	141.924	-	651.610	2,9
DK60-DK9	Lever, galdeveje og pancreas	9		932.207	103.579	-	644.985	2,5
DL	Hudsygdomme	12		1.346.878	112.240	-	467.221	2,0
DM00-DM39	Ledsygdomme	30		4.281.390	138.109	-	779.964	2,5
DM430-DM59	Ryglidelser	50		7.576.165	154.616	-	1.177.661	2,5
DM60-DM99	Fasciitis og myositis	34		3.620.380	106.482	-	701.775	2,0
DN	Urin og kønsorganer	28		3.343.980	119.428	-	1.462.350	2,2
DO	Fødsler	32		10.049.273	334.976	-	2.844.940	2,8
DQ mm	Mødfødte sygdomme	23		10.037.476	401.499	-	2.149.833	2,3
DS	Frakturer og andre læstøner	1050		86.127.246	82.026	-	4.931.028	2,1
DT00-DT815	Iatrogene skader mm	17		1.753.524	97.418	-	1.035.214	2,6
DT814-DT816	Postoperativ infektion mm	8		111.677	13.960	-	67.595	2,3
DT817V OG P	Venøs tromboemboli efter behandling	20		2.042.075	102.104	-	531.725	3,2 *
DT820-	Andre følgetilstande	22		3.015.876	111.699	-	918.200	2,3

€ = store økonomiske omkostninger (over 500.000 middel)

\* = store menneskelige omkostninger (Maria > 3 middel)

Tabellen er alene baseret på skader, der er anerkendte og som må anses for forebyggelige jævnfør den anvendte definition på forebyggelighed.