

# Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser

Publikasjonens tittel: Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser

Utgitt: 10/2017 (første gang, versjon 1.0)  
1/2018 (revidert versjon, versjon 1.1)  
2/2021 (revidert versjon, versjon 2.0)

Publikasjonsnummer: IS-2979  
ISBN 978-82-8081-635-1

Utgitt av: Helsedirektoratet  
Kontakt: Avdeling kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet  
Postadresse: Helsedirektoratet, postboks 220, Skøyen, 0213 Oslo  
Besøksadresse: Vitaminveien 4, 0483 Oslo  
E-post: [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no)  
Tlf.: 47 47 20 20  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Prosjektets arbeidsgruppe:

Eli Saastad, seniorrådgiver, Statens helsetilsyn.  
Turi Danielsen, seniorrådgiver, Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet.  
Tor-Arne Engebretsen, Vestre Viken HF.  
Øystein Flesland, seniorrådgiver (prosjektleder), Helsedirektoratet.  
Jann-Hårek Reinvik Lillevoll, rådgiver, Helse Nord RHF.  
Raymond Ludvigsen, seniorrådgiver, Legemiddelverket.  
Hege Line Løwer, forsker, Nasjonalt folkehelseinstitutt.  
Thomas J Riiser, avdelingsleder, Oslo universitetssykehus HF.  
Sissel Rudsro, spesialrådgiver, Akershus universitetssykehus HF.  
Frode Strømman, kvalitetskoordinator, Helse Midt RHF.  
Per Otto Svensby, kvalitetsrådgiver, Helse Bergen HF til 25. Juni 2020.  
Marit Wallevik fra 25. juni 2020.  
Morten Hellang, seniorrådgiver, Statens undersøkelseskommissjon.  
Kristin Klem, seniorrådgiver, Helsedirektoratet

# FORORD

Alle rapporterte uønskede hendelser og nesten-uhell<sup>1</sup> i spesialisthelsetjenesten skal klassifiseres. Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2013 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i oppdrag å utvikle et felles nasjonalt klassifikasjonssystem. Første versjon ble utarbeidet av representanter fra meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten (Meldeordningen) i samarbeid med representanter fra de fire helseregionene og noen av de øvrige melde- og rapporteringsordninger av uønskede hendelser innen helsevesenet. Utfyllende informasjon om dette arbeidet finnes i arbeidsgruppens sluttrapport.<sup>2</sup>

Arbeidsgruppen ble reetablert i februar 2017 ved at de regionale helseforetakene og andre aktuelle aktører oppnevnte deltakere. Arbeidsgruppen har mandat til å definere nasjonal standard for kodeverket og å foreta jevnlig revisjon. Dette arbeidet ledes av Helsedirektoratet. Dette dokumentet er en bearbeidet versjon av det klassifikasjonssystemet som ble publisert i 2015, og revidert i 2018, og som er tatt i bruk ved de fleste helsevirksomheter. Etter at kodeverket ble publisert på Volven i oktober 2017, har det fått navnet Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP); med OID 7221.<sup>3</sup>

Målgruppe for denne brukerveilederen er helsepersonell som registrerer og klassifiserer uønskede pasienthendelser og nesten-uhell ved de meldepliktige virksomhetene, deres ledere og saksbehandlere i melde- og rapporteringsordninger av uønskede hendelser.

---

<sup>1</sup> Nesten-uhell: uønsket hendelse som under noen endrede vilkår kunne medført skade

<sup>2</sup> [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonalt-klassifikasjonssystem-sluttrapport/Nasjonalt%20klassifikasjonssystem%E2%80%9320sluttrapport.pdf/\\_attachment/inline/4119ec6f-1e7e-4576-9161-2cef2277a5b6:bf3617647fe3ced899761d14c4d6331cd24c8811/Nasjonalt%20klassifikasjonssystem%E2%80%9320sluttrapport.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonalt-klassifikasjonssystem-sluttrapport/Nasjonalt%20klassifikasjonssystem%E2%80%9320sluttrapport.pdf/_attachment/inline/4119ec6f-1e7e-4576-9161-2cef2277a5b6:bf3617647fe3ced899761d14c4d6331cd24c8811/Nasjonalt%20klassifikasjonssystem%E2%80%9320sluttrapport.pdf)

<sup>3</sup> <https://volven.no>

## Revisjon av kodeverket

---

Helsedirektoratet er ansvarlig for å utvikle og vedlikeholde kodeverket. NOKUP er et kodeverk under stadig utvikling, og endringer kan forekomme med jevne mellomrom. Det anbefales derfor at de ulike brukerløsningene som tar i bruk kodeverket etablerer mekanismer for å jevnlig hente ut det sist oppdaterte kodeverket. En til enhver tid gjeldende versjon av NOKUP vil finnes i Volven (kode: 7221). Man kan hente ethvert kodeverk programmatisk fra «Volven som en web-service». <sup>4</sup> På Volven kan man også hente ut hele NOKUP i XML Simpletype format. <sup>5</sup>

Ved ønsker om nye koder eller kodeendringer kan det sendes på epost til [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no) og merkes med saksnummer 16/40703. Forslagene må begrunnes.

### Endringer per 17.1.18

---

KATEGORI MED ENDRING		BESKRIVELSE AV ENDRING
2.2.2	Feil eller forsinket diagnostikk	Tilføyelser i hjelpetekst
2.2.2	Oversett/mistolket svar fra diagnostisk tjeneste	Tilføyelser i hjelpetekst
2.3.10	Urinretensjon/overstrukket blære	Hjelpeteksten er endret
2.3.6	Stråleterapi	Underkategorier på flere nivåer er lagt til
2.7.6	Bivirkning av legemidler	I kolonne med beskrivelse av <i>Bruk av kodeverket</i> : Korrigert til <i>Envalg kategori 2</i>

### Endringer per 1.1.21

---

KATEGORI MED ENDRING		BESKRIVELSE AV ENDRING
2.2.6	Laboratorievirksomhet	Ny
2.7	Legemidler	Tittel og forklarende tekst er endret
2.7.1.10	Ordinert til feil pasient	Ny
2.7.4.9	Manglende dokumentasjon/signering ved utdeling	Ny
2.7.7	Blod	Er blitt ny 2.10
2.10.1	Blod. Celler og vev. Organer	Ny
3.1.99	Annet – prosedyrer	Ny forklarende tekst

---

<sup>4</sup> <https://volven.no/toolws/>

<sup>5</sup> <https://volven.no/toolws/index.aspx/wsAppInfoSchema?strKveKode=7221>

# INNHOOLD

<b>FORORD</b> .....	<b>3</b>
Revisjon av kodeverket.....	4
Endringer per 17.1.18 .....	4
Endringer per 1.1.21 .....	4
<b>OM KODEVERKET</b> .....	<b>7</b>
Hva skal klassifiseres?.....	7
Kategorier og nivåer .....	7
Hvordan klassifisere?.....	8
Definisjoner/hjelpetekster som forklarer kodenenes betydning .....	9
<b>KATEGORIENE</b> .....	<b>10</b>
1. STED FOR HENDELSEN .....	10
2. HENDELSESTYPER .....	10
2.1 Pasientadministrasjon.....	11
2.2 Diagnostikk/utredning .....	11
2.3 Behandling og pleie.....	13
2.4 Fall og uhell.....	16
2.5 Dokumentasjon/informasjon .....	17
2.6 Infeksjon .....	18
2.7 Legemidler .....	19
2.8 Medisinsk/teknisk utstyr.....	20
2.9 Pasientatferd .....	21
2.10 Blod. Celler og vev. Organer .....	22

<b>3</b>	<b>MEDVIRKENDE FAKTORER/ÅRSAKER.....</b>	<b>26</b>
3.1	Prosedyre.....	26
3.2	Kommunikasjon/samhandling .....	27
3.3	Utstyr/produkter .....	27
3.4	IKT-utstyr og -systemer .....	27
3.5	Organisering/kompetanse/ressurser .....	28
3.6	Annet – medvirkende faktorer/årsaker.....	28
4.	FOREBYGGBARHET .....	29
5.	FAKTISK KONSEKVENNS FOR PASIENT .....	29
6.	HYPPIGHET FOR UØNSKET HENDELSE.....	30
7.	MULIG KONSEKVENNS VED GJENTAGELSE .....	30
	<b>AVSLUTNING .....</b>	<b>31</b>

# OM KODEVERKET

---

Et viktig prinsipp i utviklingen og revisjonene av kodeverket har vært at systemet skal være enkelt og intuitivt, kunne tilpasses et enkelt visuelt brukergrensesnitt og være lite tidkrevende å bruke. Det skal være mest mulig generisk slik at det kan anvendes i mange ulike sammenhenger, fagmiljøer og situasjoner. Arbeidsgruppen har tilstrebet å finne en god balanse mellom brukervennlighet og passende detaljgrad.

Noen kan synes at det er inkonsistens i terminologi og koder. Eksempelvis finnes det kategorier for hendelsestyper som kan være rene pasientutfall (for eksempel blødning, fødselsrift og bivirkninger), og det finnes kategorier som er mer prosess- og problemorienterte (for eksempel feil legemiddel, ventelistebrudd og fall). Utvikling av kategoriene er basert på erfaringer med dagens kodeverk ved helsevirksomhetene og hvilke uønskede hendelser som meldes ofte.

Ett av hovedformålene med et kodeverk er at kategoriene skal gi muligheter for å identifisere alvorlig systemsvikt og å identifisere områder for læring og forbedring. Ved å få oversikt over problem- og risikoområder kan man ha muligheter til å iverksette målrettede forbedringstiltak som kan redusere risikoen for at tilsvarende hendelser skjer på nytt.

## Hva skal klassifiseres?

---

Alle pasientrelaterte uønskede hendelser og nesten-uhell skal klassifiseres, ikke bare de som er meldepliktige til eksterne meldesystemer. Dette vil si at alle hendelser som man normalt vil registrere og saksbehandle i meldesystemene skal klassifiseres etter dette kodeverket.

## Kategorier og nivåer

---

Klassifikasjonssystemet består av sju hovedkategorier (nivå 1):

1. Sted for hendelsen
2. Hendelsestype
3. Medvirkende faktorer/årsaker
4. Forebyggbarhet
5. Faktisk konsekvens for pasient
6. Hyppighet for uønsket hendelse
7. Mulig konsekvens ved gjentagelse

Under hver av hovedkategoriene finnes det flere underkategorier (nivåer). Disse presenteres i neste kapittel.

Kodeverkets nummereringssystem har en hierarkisk struktur; jo lengre ut i «treet», jo flere siffergrupper.

Kodene er unike og skal som hovedregel ikke endres ved revisjon av kodeverket. Dersom det tilkommer nye kategorier, legges disse inn og nummereres fortløpende i aktuell kategori. Dersom kategorier fjernes, skal disse fjernes uten å endre kodene på de påfølgende kategoriene. De fleste kategori-gruppene har en kategori «annet». Disse har 99 som siste siffer for å unngå å forstyrre faglig logikk når nye kategorier kommer til.

## Hvordan klassifisere?

Klassifikasjonen utføres ved å markere den kategorien som hendelsen synes å falle best inn under. Det er obligatorisk å markere én kategori innen hver hovedkategori. Det er opp til hver enkelt virksomhet å avgjøre hvem som klassifiserer; primærmelder, dennes leder eller kvalitetsansatte.

### En- eller flervalgsmulighet

*Flervalg:* I hovedkategori nr 3 *Medvirkende faktorer/årsaker* er det mulig å velge flere kategorier/undernivåer.

*Envalg:* I alle kategorier unntatt *Medvirkende faktorer/årsaker* er det kun mulig å gjøre **ett valg**. Dette gjelder på alle nivåer.

I blant kan det være vanskelig å velge hendelsestype, fordi en hendelse kan ha mange fasetter. Følgende momenter kan være en hjelp til å finne den ene kategorien som skal markeres:

- Ta utgangspunkt i følgende definisjon på pasient- og brukersikkerhet: *Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser*<sup>6</sup>
- Hva var den uønskede hendelsen/avviket? Identifiser avviket som medførte (eller kunne ha medført) unødig og betydelig pasientskade
- Hva er det som best beskriver det som skjedde med pasienten? Hva var det som gjorde at hendelsen ble meldt som en uønsket hendelse?

### Avkrysning på det mest detaljerte og spesifikke nivået

Avkrysning skal gjøres så langt ute i «treet» som mulig, dvs på det mest detaljerte nivået. Kategorier på nivå 2 er overskrifter for kategoriene på nivå 3. Dette er angitt i det vedlagte kodeverket. Her er overordnet kode (parent) definert for alle kategoriene. Overordnet kode indikerer de respektive koders overskrift. Disse skal ikke være valgbare, men leder alltid til et nivå med valgbare underkategorier.

**Eksempel:** Dersom man skal bruke kategorien **Prosedyre**, skal det ikke være mulig å markere kategorien på nivå 2 («Overskrift/ikke valgbar»), men det er en av **underkategoriene** som skal markeres (og altså flere valgmuligheter i kategori 3, kun ett valg i de øvrige):

Kode	Displaynavn (nivå 1)	Overordnet kode (parent)	Displaynavn (nivå 2)	Displaynavn (nivå 3)	Bruk av kodeverket
3	Medvirkende faktorer/årsaker	Hovedkategori, har ikke parent			Overskrift/ikke valgbar
3.1		3	<b>Prosedyre</b>		Overskrift/ikke valgbar
3.1.1		3.1		Prosedyre mangler	Flervalg innen kategori 3
3.1.2		3.1		Mangelfull/uklar prosedyre	Flervalg innen kategori 3
3.1.3		3.1		Prosedyre ikke gjennomførbar	Flervalg innen kategori 3
3.1.4		3.1		Prosedyre ikke fulgt	Flervalg innen kategori 3
3.1.5		3.1		Implementering av/opplæring i prosedyre	Flervalg innen kategori 3
3.1.99		3.1		Annet – prosedyrer	Flervalg innen kategori 3

Figur 1: Illustrasjon av de ulike nivåene for hendelsestypen *Medvirkende faktorer/årsaker – prosedyre*.

<sup>6</sup> [Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - Helsedirektoratet](#)



## Definisjoner/hjelpetekster som forklarer kodenens betydning

For mange kategorier er det utarbeidet forslag til definisjoner og hjelpetekster. Disse skal være tilgjengelige i klassifikasjonsprosessen ved at de skal kunne være synlige under klassifikasjonsprosessen. Ulikt brukergrensesnitt tilsier ulike løsninger for dette.

De kategoriene som anses å være intuitive og entydige, har ikke definisjon eller hjelpetekst. Det er et mål at hjelpetekster og definisjoner er entydige og kortfattede. Noen definisjoner/hjelpetekster er forenklet/forkortet i kodeverket som er publisert på Volven på grunn av at de var for lange i forhold til optimal størrelsesbegrensning (maks 255 tegn). Noen definisjoner/hjelpetekster er i denne brukerveiledningen litt utvidet for å tydeliggjøre meningsinnhold og bruksområde.

Hjelpetekstene vil kontinuerlig bearbeides for å tydeliggjøre kategoriernes meningsinnhold.

I det følgende presenteres kategoriene 1-7 med definisjoner og eksempler. Der det er relevant, innledes kategoriene med spørsmål som klassifikasjonen skal svare på.

# KATEGORIENE

---

I det følgende presenteres de kategoriene som skal anvendes i klassifisering av uønskede hendelser og nesten-uhell, med spørsmål, definisjoner og hjelpetekster der det anses som nødvendig. Bruk av farger i tabellene er kun av visuelle hensyn.

## 1. STED FOR HENDELSEN

---

**Spørsmål:** Hvor skjedde hendelsen (geografisk/fysisk sted, ikke organisatorisk).

1.1	Eget sykehus	
1.2	Annet sykehus	
1.3	Fastlege	
1.4	Kommunal legevakt	
1.5	Annen kommunal helsetjeneste	
1.6	Transport utenfor sykehus	
	1.6.1	Drosje
	1.6.2	Pasientreiser
		Ambulanse (bil)
	1.6.4	Ambulansebåt
	1.6.5	Luftambulanse
	1.6.99	Annen transport utenfor sykehus
1.7	Pasientens hjem	
1.99	Annet hendelsessted	

## 2. HENDELSESTYPER

---

**Spørsmål:** Hva var den uønskede hendelsen? Hva var det som skjedde/gikk galt med pasienten? Velg den kategorien som beskriver hendelsen mest spesifikt; avkrysning skal gjøres så langt ute i trestrukturen som mulig.

Det er ti ulike hendelsestyper (nivå 2):

2.1	PASIENTADMINISTRASJON
2.2	DIAGNOSTIKK/UTREDNING
2.3	BEHANDLING OG PLEIE
2.4	FALL OG UHELL
2.5	DOKUMENTASJON/INFORMASJON
2.6	INFEKSJON
2.7	LEGEMIDLER
2.8	MEDISINSK UTSTYR
2.9	PASIENTATFERD
2.10	BLOD, CELLER OG VEV. ORGANER

Disse presenteres i det følgende.

## 2.1 Pasientadministrasjon

**Definisjon:** Administrative forhold vedrørende pasientbehandling (logistikk eller støttefunksjoner), for eksempel hendelser relatert til planlegging av pasientens opphold eller forløp i helsevesenet.

**Spørsmål:** I hvilken pasientadministrativ prosess skjedde hendelsen?

2.1.1	<b>Ekstern henvisning</b>	Samhandling mellom henvisende instans og eget sykehus. Omfatter alle ledd i prosessen; vurdering, mottak og registrering av henvisning, registreringsfeil av rekvirentidentifikasjon, frister, kvalitet på innholdet.
2.1.2	<b>Intern henvisning</b>	Samhandling i eget sykehus, for eksempel når det bes om tilsyn/hjelp fra annen avdeling. Omfatter alle ledd i prosessen; vurdering, mottak og registrering av henvisning, registreringsfeil for rekvirentidentifikasjon, frister, kvalitet i henvisningens innhold.
2.1.3	<b>Timeavtale</b>	Alle forhold knyttet til å lage/avvikle en timeavtale, for eksempel time ikke gitt eller time gitt forsinket.
2.1.4	<b>Venteliste</b>	Venteliste, ventetid, fristbrudd, kontinuitetsbrudd – hendelser der administrative prosesser har forlenget behandlingsforløpet på en slik måte at det hadde eller kunne hatt betydning for pasienten.
2.1.5	<b>Innleggelse</b>	Administrative forhold ved mottagelse eller innleggelse av pasient.
2.1.6	<b>Overflytting/overføring av pasientansvar sykehusinternt</b>	Overflytting av pasient og/eller overføring av pasientansvar mellom helsepersonell på samme avdeling og mellom avdelinger, seksjoner og poster ved samme sykehus og mellom helsepersonell, inklusiv vaktskifte.
2.1.7	<b>Utskriving</b>	Administrative prosesser ved utskrivning av en pasient (til hjem, kommune eller annen behandlingstjenestestasjon).
2.1.99	<b>Annet – pasientadministrativt</b>	

## 2.2 Diagnostikk/utredning

**Definisjon:** Hendelser i forbindelse med sykdomsutredning, diagnostiske tester, prøver, målinger, kontroll og vurderinger, inklusive fødsel og diagnostisk billedtaking. Hendelser knyttet til medisinsk utstyr, legemidler og blod har egne kategorier. Diagnostikk/utredning kan være feilaktig/utilstrekkelig utført, utført til feil tid, feil prosedyre eller utført på feil kroppsdel/-side.

**Spørsmål:** I hvilken prosess med diagnostikk eller utredning skjedde hendelsen?

2.2.1	<b>Klinisk vurdering</b>	Anamneseopptak, klinisk vurdering og skjønn i forbindelse med diagnostikk og utredning.		
2.2.2	<b>Feil eller forsinket diagnostikk</b>	Feil eller forsinket diagnostikk eller utredning, for eksempel på grunn av forsinket utgitt svar, prøvesvar ikke besvart – forhold som har medført forsinket diagnostikk.		
2.2.3	<b>Utførelse av prøver og undersøkelser</b>	Forberedelse og gjennomføring av diagnostiske prøver, billedtaking, målinger (for eksempel ICP, EKG, EEG), undersøkelser og tester (for eksempel rtg, ultralyd, MR, PET, blodprøver, scopier). Inkluderer utilsiktet eksponering.		
2.2.4	<b>Oppfølging av prøver og undersøkelser</b>	Feil ved oppfølging av diagnostiske prøver, billedtaking, målinger, undersøkelser og tester (for eksempel rtg, ultralyd, MR, PET, blodprøver, scopier).		
2.2.5	<b>Oversett/mistolket svar fra diagnostisk tjeneste</b>	Feil ved fortolkning/forståelse/vurdering av svar på undersøkelser eller andre diagnostiske prøver.		
2.2.6	<b>Laboratorievirksomhet</b>	Gjelder også pasientnær analysering.		
	2.2.6.1	Rekvirering	Hendelser i forbindelse med rekvirering. Omfatter både manuell og elektronisk rekvirering.	
		2.2.6.1.1	Rekvisisjon	Gjelder både elektronisk og papirskjema. Feil skjema eller versjon som skaper problemer for laboratoriet.
		2.2.6.1.2	Pasient-ID	Feil pasient-ID. Mangelfull pasient-ID.
		2.2.6.1.3	Rekvirent-ID	Mangelfulle rekvirentopplysninger.
		2.2.6.1.4	Kliniske opplysninger	Mangelfulle/mangler kliniske opplysninger. Mangler opplysninger om smitte.
		2.2.6.1.5	Prøvemateriale	Oppgitt feil prøvemateriale. Ikke oppgitt prøvemateriale.
		2.2.6.1.6	Analysevalg	Feil analyse valgt. Ikke valgt analyse.
		2.2.6.1.7	Prøvetakingstidspunkt	Oppgitt feil prøvetakingstidspunkt. Ikke angitt prøvetakingstidspunkt.

	2.2.6.1.99	Annet – rekvirering	
2.2.6.2	Prøvetaking		Hendelser i forbindelse med prøvetakingsprosessen. Dekker både feil knyttet til prøve, prøverør/holder og pasient.
	2.2.6.2.1	Pasient-ID	Prøverør ikke merket eller delvis merket. Pasient mangler ID-armbånd. Mangelfull ID kontroll. Feil pasient-ID.
	2.2.6.2.2	Merking av prøverør/holder annet enn pasient-ID	Type prøvemateriale, og evt. rekkefølge ikke angitt. Ikke merket lokalisasjon, f.eks. ved biopsi.
	2.2.6.2.3	Prøverør/holder/medium	Feil prøverør/holder og/eller tilsetning/medium/fikseringsmiddel. Ødelagt/lekk prøve.
	2.2.6.2.4	Prøvemateriale	Mengde. Feil prøvemateriale. Tilblandet infusjonsvæske. Forurensning. Fortynning, koagel, hemolyse etc. Manglende eller feil fiksering.
	2.2.6.2.5	Prøve ikke tatt	
	2.2.6.2.6	Teknisk utførelse av prøvetaking	Ikke fulgt gjeldende prosedyre/retningslinje. Prøve ikke tatt til riktig tid.
	2.2.6.2.99	Annet – prøvetaking	
2.2.6.3	Prøvetransport		Hendelser i forbindelse med transport FØR ankomst ved laboratoriet. Dekker både forsinkelse, feilsending, og tekniske feil.
	2.2.6.3.1	Oppbevaring	Temperatur etc.
	2.2.6.3.2	Transporttid	
	2.2.6.3.3	Levering	Prøve ikke sendt. Prøve levert feil sted.
	2.2.6.3.99	Annet – prøvetransport	
2.2.6.4	Prøvemottak, registrering og fordeling		Hendelser i forbindelse med mottak, registrering og fordeling av prøver ETTER ankomst ved laboratoriet.
	2.2.6.4.1	Prøvemottak	Mangler kvittering på mottakskontroll. Prøve uten rekvisisjon, rekvisisjon uten prøve og ødelagt prøve. Tom prøvebeholder.
	2.2.6.4.2	Prøveregistrering/ overføring av data	Manuell eller automatisk overføring av data. Feil pasient-ID, rekvirent-ID, prøvetidspunkt eller analyse, etc.
	2.2.6.4.3	Prøvefordeling	Feil oppbevaring, manglende videresending, prøve på avveie etc.
	2.2.6.4.4	Pasient-ID, forbyttning av prøve	Feil pasient-ID. Feil lab-ID ved viderefordeling. Prøvemerkning ikke tilfredsstillende ved viderefordeling. Umerket prøve.
	2.2.6.4.5	Laboratoriets valg av analyser/tilleggsanalyser	F.eks. basert på kliniske opplysninger.
	2.2.6.4.99	Annet – prøvemottak, registrering og fordeling	
2.2.6.5	Forberedelse av prøver, medium og reagens		Hendelser i forbindelse med produksjon av medier/reagenser eller ved prøveforberedelser
	2.2.6.5.1	Pasient-ID. Forbyttning av prøve	Remerking/sekundærmerking.
	2.2.6.5.2	Oppbevaring	Prøve/prøvematerialet ble oppbevart eller fordelt feil eller prøve ble borte. Tap av prøvemateriale. Prøve på avveie.
	2.2.6.5.3	Forbehandling	Feil som oppstår under forbehandling av prøver, medium eller reagens. F.eks. mangler ved sentrifugering, fortynning, inkubering, dyrkning, preparatfremstilling, preparering/rensing.
	2.2.6.5.4	Forurensning	Forurensning av prøve, reagens, medium.
	2.2.6.5.5	Produksjon	F.eks. av medier/egenproduserte reagenser.
	2.2.6.5.99	Annet – forberedelse av prøver, medium og reagens	F.eks. ikke sjekket arbeidslister.
2.2.6.6	Analysering, tolkning, validering av resultat		Hendelser i forbindelse med analysering, tolkning og validering av resultat. Alternativ/tillegg kan være hendelsestype 2.8 <i>Medisinsk/teknisk utstyr</i> eller medvirkende årsak 3.3 <i>Utstyr produkter</i> 3.3 eller medvirkende årsak 3.4 <i>IKT-utstyr/systemer</i> .
	2.2.6.6.1	Teknisk gjennomføring av analysen/ undersøkelsen	Feil fortynning, feil utregning, feil ved reagens. Oversett teknisk alarm. Feil ved kalibrering og manuelle analysesteg. Feil ved MTU meldes som hendelsestype 2.8 <i>Medisinsk/teknisk utstyr</i> , evt Medvirkende årsak 3.3 <i>Utstyr/produkter</i> .
	2.2.6.6.2	Validering av resultat	Teknisk vurdering og godkjenning. Automatisk eller manuell.
	2.2.6.6.3	Tolkning	Feil tolkning av kurver/tabeller. Medisinskfaglig vurdering/validering etc. Feil svarkommentar. Feil eller manglende etterrekvisering.
	2.2.6.6.4	Pasient ID	Forbyttning av prøver.
	2.2.6.6.99	Annet – analysering, tolkning, validering av resultat	
2.2.6.7	Overføring av analyseresultat og svarrapportering		Hendelser i forbindelse med overføring av analyseresultat og svarrapportering. F.eks. hvis svar er sendt til feil rekvirent eller er forsinket.
	2.2.6.7.1	Automatisk overføring av analyseresultat	On-line overføring. Overføringer av resultater skjer både fra analyseinstrumenter til mellomvaresystem, og fra mellomvaresystem til LIS
	2.2.6.7.2	Manuell innregistrering av resultat	
	2.2.6.7.3	Svar sendt til feil rekvirent	Elektronisk eller manuelt.
	2.2.6.7.4	Forsinket eller manglende svarrapportering	Inkludert muntlig svarrapportering.
	2.2.6.7.99	Annet – overføring av analyseresultat og	

			svarrapportering	
	2.2.6.8	Kvalitetskontroll		Hendelser i forbindelse med laboratoriets kvalitetskontroller.
		2.2.6.8.1	Intern kvalitetskontroll	Feil ved gjennomføring av kvalitetskontroll. Frigitt resultater uten godkjent intern kvalitetskontroll, kvalitetskontroll utenfor definerte grenser, kvalitetskontroll mangler.
		2.2.6.8.2	Ekstern kvalitetskontroll	Sammenliknende laboratorieprøver (SLP), ekstern kvalitetsvurdering (EKV) osv. F.eks. EKV utenfor angitte grenser, feilvurdert EKV, ikke vurdert EKV.
		2.2.6.8.3	Styrt prosedyrefravik	
		2.2.6.8.4	Oppfyller ikke egendefinerte kvalitetsindikatorer	
		2.2.6.8.99	Annet – kvalitetskontroll	
	2.2.6.9	Annet – laborativ virksomhet		
2.2.99	<b>Annet diagnostikk/utredning</b>			Velges bare hvis ikke noe annet passer.

## 2.3 Behandling og pleie

**Definisjon:** Hendelser i forbindelse med behandling og pleie, inklusive fødsel og stråleterapi – eksklusive hendelser knyttet til medisinsk utstyr, legemidler og blod. Behandling og pleie kan være feilaktig/utilstrekkelig utført, utført til feil tid, feil utøvelse av prosedyre eller utført på feil kroppsdel/-side.

**Spørsmål:** I hvilken behandlings- eller pleieprosess skjedde hendelsen?

2.3.1	<b>Valg av behandlingsmetode/-intensitet</b>	Valg av behandlingsmetode (for eksempel type, valgt metode på ukklar/feil indikasjon, underbehandling, overbehandling, svikt i gjennomføring av standardiserte pasientforløp). Stråleterapi er egen kategori.		
2.3.2	<b>Forberedelse til behandling</b>	Forberedelse ikke i samsvar med gjeldende standard. Inkluderer prosesser i forberedelse av prosedyrer, forebyggende tiltak/behandling ved risikofaktorer. Medisinsk/teknisk utstyr og stråleterapi er egen kategori.		
2.3.3	<b>Gjennomføring av behandling/prosedyre</b>	Stråleterapi, fødsel og kirurgi/invasiv intervensjon er egne kategorier.		
2.3.4	<b>Observasjon og overvåking</b>	Problemer med eller mangel på observasjon av pasient. Stråleterapi er egen kategori.		
2.3.5	<b>Forsinket behandling</b>	Besluttet behandling ikke utført til riktig tid. Gjelder både planlagt behandling og respons på akutsituasjoner, for eksempel nødoppringinger, hjertestans-calling, akutt keisersnitt-alarm. Stråleterapi er egen kategori.		
2.3.6	<b>Stråleterapi</b>	Hendelser vedrørende stråleterapi.		
	2.3.6.1	<b>Rekvirering og timebestilling</b>		
		2.3.6.1.1	Kontroll av pasientopplysninger	Pasient-ID etc.
		2.3.6.1.2	Utfylling av planleggingsrekvisisjon	Region (inkl. lateralitet), modalitet, energi, fraksjonering, startdato.
		2.3.6.1.3	Endring av rekvisisjon	Før oppstart, under behandling, for eksempel manglende endring.
		2.3.6.1.4	Beslutning om billedmodalitet og teknikk	
		2.3.6.1.5	Vurdering av tidligere behandling	
		2.3.6.1.6	Vurdering av spesielle behov	For eksempel pacemaker/ICD, tannstatus.
		2.3.6.1.7	Vurdering av egnethet for strålebehandling	Demens, komorbiditet (annen sykdom) etc.
		2.3.6.1.8	Timebestilling	
	2.3.6.2	<b>Bildetaking og fiksering for doseplanlegging</b>		
		2.3.6.2.1	Kontroll av pasientopplysninger	Pasient-ID, rekvisisjon, kontrastallergi etc.
		2.3.6.2.2	Plassering av interne markører	For eksempel gullkorn.
		2.3.6.2.3	Posisjonering av pasient	
		2.3.6.2.4	Fiksering	
		2.3.6.2.5	Dokumentasjon av posisjonering og fiksering	Foto, beskrivelse.
		2.3.6.2.6	Kontrastadministrering	
		2.3.6.2.7	Primært bildeopptak	Vanligvis CT- opptak. For eksempel manglende dekning av ønsket område.

	2.3.6.2.8	Sekundært bildeopptak	MR, PET, US, etc.
	2.3.6.2.9	4D/pustestyring/overflateskanning under CT-opptak	
	2.3.6.2.10	Markering av referansepunkt og/eller lokaliseringssystem på pasient og i programvare	Inkludert tatovering og/eller påtegning.
	2.3.6.2.11	Bruk av armarkør, bolus el. ved CT-opptak	
	2.3.6.2.12	Overføring av data/bilder	Fra CT, MR, PET, US, pustestyring, overflateskanning etc. Til doseplansystem, arkiv etc.
2.3.6.3	Doseplanlegging		
	2.3.6.3.1	Kontroll av pasientopplysninger	Pasient- ID, rekvisisjon, tidligere behandling, etc.
	2.3.6.3.2	Import av data i doseplansystem	For eksempel sammenblanding HFS/FFS, feil CT-serie etc.
	2.3.6.3.3	Samregistrering av bildesett	Feil struktur brukt til matching f.eks.
	2.3.6.3.4	Inntegning av målvolum	Eventuelt innstilling/påtegning av felt.
	2.3.6.3.5	Inntegning av risikovolum	
	2.3.6.3.6	Isosenterplassering	
	2.3.6.3.7	Fraksjonering	Overensstemmelse med rekvisisjonen.
	2.3.6.3.8	Normering	
	2.3.6.3.9	Optimalisering	Inkludert valg av parametere som for eksempel energi, doseberegning (også ved tabelldosering).
	2.3.6.3.10	Dekning av målvolum	For eksempel manglende dekning av målvolum.
	2.3.6.3.11	Dose til risikoorgan	
	2.3.6.3.12	Fysikergodkjenning	Inkludert signatur.
	2.3.6.3.13	Legegodkjenning	Inkludert signatur.
2.3.6.4	Forberedelse og kontroll før behandling		
	2.3.6.4.1	Kontroll av pasientopplysninger	Pasient- ID, rekvisisjon, tidligere behandling, premedikasjon, pacemaker/ICD, smitte etc.
	2.3.6.4.2	Direkteinnstilling/simulering	Med pasient til stede. For eksempel påtegning eller kontroll av gjennomførbarhet.
	2.3.6.4.3	Tillaging og kontroll av pasientspesifikt utstyr	For eksempel blokkstøping, spesialbolus, kontroll av fikseringsutstyr.
	2.3.6.4.4	Forberedelse for IGRT / bevegelseskontroll	Inkludert bestilling/innlegging av bildetaking i R&V. For eksempel valg av bildetakingsprotokoll.
	2.3.6.4.5	Overføring av plandata til verifikasjonssystem (R&V)	Inkludert manuell innmating.
	2.3.6.4.6	Innlegging av behandlingsoppmåter i R&V	Inkludert.
	2.3.6.4.7	Overføring av plandata til behandlingseenhet	For eksempel CT-bilder som ikke går via R&V.
	2.3.6.4.8	Uavhengig doseberegning	
	2.3.6.4.9	Pasientspesifikk planmåling	
	2.3.6.4.10	Fysikerkontroll av plandata i R&V	Inkludert kontroll av kort.
	2.3.6.4.11	Stråleterapeutkontroll av plandata i R&V	Inkludert kontroll av kort.
	2.3.6.4.12	Informasjonssamtale med stråleterapeut/sykepleier	
	2.3.6.3.13	Legegodkjenning	Inkludert signatur.
2.3.6.5	Behandling		
	2.3.6.5.1	Kontroll av pasientopplysninger	Pasient- ID, rekvisisjon, tidligere behandling, premedikasjon, pacemaker/ICD, smitte etc.
	2.3.6.5.2	Forberede pasient til behandling	Medikamenter, anestesi, magnet på ICD etc.
	2.3.6.5.3	Valg av korrekte behandlingsdata	Korrekt course/session/plan for denne pasient, for eksempel rett MV, rett «plan of the day».
	2.3.6.5.4	Sending av plandata til apparat	Fra doseplansystem (brachy), R&V eller leverandørens SW.
	2.3.6.5.5	Pasientposisjonering og fiksering	Utstyr og leie - gjelder ikke posisjonering relativt til isosenter.
	2.3.6.5.6	Bolus	
	2.3.6.5.7	Isosenter, posisjonering i pasient	
	2.3.6.5.8	Innstilling av maskin- og bordparametre	Inkludert tubus, innsats, blokk.
	2.3.6.5.9	Bruk av pustestyring/overflateskanning etc.	Annet utstyr for pustestyring og posisjonering som for eksempel Calypso.
	2.3.6.5.10	Kontroll av maskin- og bordparametre samt bolus	For eksempel feilaktig overstyring.

		etc.	
	2.3.6.5.11	Online bildeveiledet verifisering av posisjonering	Rett før eller under behandling.
	2.3.6.5.12	Legegodkjenning ved behandling	Typisk ved stereotaktisk behandling, helkroppsbestråling, brachy.
	2.3.6.5.13	Doselevering	Under doselevering eller rett etter.
	2.3.6.5.14	Overvåking av behandling	
	2.3.6.5.15	In vivo dosimetri	Dioder, TLD, EPID eller annet.
	2.3.6.5.16	Registrering av behandling i verifikasjonssystemet	
	2.3.6.5.17	Forsinket behandling	Planlagt behandling ikke gitt aktuell dag (andre årsaker enn pasienttilstand).
2.3.6.6	Kvalitetssikring underveis i behandlingsforløpet		
	2.3.6.6.1	Off-line bildekontroll	Inkludert trendanalyse.
	2.3.6.6.2	Adaptiv replanlegging	
	2.3.6.6.3	Chart-round, morgenmøter e.l.	Uten pasient til stede.
	2.3.6.6.4	Konsultasjon med pasient	Lege, sykepleier, stråleterapeut eller andre.
	2.3.6.6.5	Gjennomgang av plandata	
	2.3.6.6.6	Kontroll av plandata etter oppstart av behandling	For eksempel kontroll av endrede data/overstyringer for gitt behandling.
2.3.6.7	Ferdigstilling etter behandling		
	2.3.6.7.1	Stråleterapeutkontroll ved avslutning	
	2.3.6.7.2	Fysikerkontroll ved avslutning	
	2.3.6.7.3	Arkivering av data	
2.3.6.8	Utstyr og programvare, kvalitetssikring		
	2.3.6.8.1	Mottakskontroll	Acceptance testing, ATP.
	2.3.6.8.2	Oppmåling, ferdigstilling	Commissioning.
	2.3.6.8.3	Applikasjonstrening/ systemopplæring	
	2.3.6.8.4	Periodiske kvalitetskontroller	
	2.3.6.8.5	Preventivt vedlikehold	Preventive maintenance, PM
	2.3.6.8.6	Reparasjon av utstyr eller endringer/oppgradering av programvare og utstyr	
	2.3.6.8.7	Kontroll etter reparasjon / oppgradering	
	2.3.6.8.8	Dokumentasjon av kvalitetskontroller	
	2.3.6.8.9	Dosimetri	
2.3.6.8	Stråleterapi – annet		
2.3.7	<b>Kirurgi/invasiv intervensjon</b>		Gjelder uønskede hendelser i forbindelse med inngrep/behandling der noe føres inn i kroppen eller perforerer hud. Inkluderer keisersnitt og kikkhullsinngrep. Skade oppstått i forbindelse med leiring av pasient.
	2.3.7.1	Leiring	
	2.3.7.2	Intubasjon/luftveier	Problemer knyttet til tilgang til/oppnå frie luftveier.
	2.3.7.3	Perforasjon av organer	Utsiktet perforasjon av organer.
	2.3.7.4	Tannskade ved intubasjon	
	2.3.7.5	Sideforveksling	Inngrep foretatt på feil side av kroppen.
	2.3.7.6	Gjenglemt fremmedlegeme	
	2.3.7.7	Blødning i forbindelse med kirurgi/invasiv intervensjon	Uventet blødning i forbindelse med invasiv intervensjon. Blødningen krevde ekstra behandlingstiltak/observasjon.
	2.3.7.99	Annet – kirurgi/invasiv intervensjon	
2.3.8	<b>Fødsel</b>		Hendelser KUN direkte knyttet til fødsel. Ved øvrige hendelser (feks feilmedikasjon, feil identitet osv) benyttes tilsvarende kategorier (legemidler og dokumentasjon), ikke fødsel. Ved keisersnitt brukes kategorien kirurgi/invasiv intervensjon. Dersom skaden rammet mor, meldes dette som hendelse med mor, dersom hendelsen rammet barnet, meldes dette som skade på barnet (med barnets fødselsdato). Dersom hendelsen gjelder både mor og barn, sendes to meldinger.



2.3.8.1	Fosterovervåking	Mangel ved overvåking av fosterets tilstand fra fødselens start til fødsel. Gjelder både auskultasjon og elektronisk overvåking.
2.3.8.2	Blødning (unntatt ved keisersnitt)	Patologisk blødning før, under eller etter vaginal fødsel (>500 ml). Blødning i forbindelse med keisersnitt klassifiseres under 2.3.7 Kirurgi/invasive inngrep.
2.3.8.3	Gjenglemte fremmedlegeme i vagina	Gjenglemte kompresser, tupfere eller instrumenter i vagina.
2.3.8.4	Hematom	Hematom i/ved vagina i forbindelse med fødsel.
2.3.8.5	Suturering	Feil eller mangel ved suturering av perinealrift/episiotomi.
2.3.8.6	Perinealrift grad 3 og 4	Skade av perineum som involverer analsfinkter, grad 3 og 4.
2.3.8.7	Intrauterin død	Fødsel av barn uten livstegn etter fullgåtte 22 svangerskapsuger eller > 500 g.
2.3.8.8	Skulderdystoci	Når skuldrene ikke følger ved lett traksjon av hodet nedover og man må bruke tilleggsmanøvrer.
2.3.8.9	Fosterasfyksi	Apgar-score < 4 etter 5-10 minutter eller metabolsk acidose i navlearterie (pH < 7,0 og BE ≤ -12 mmol/L).
2.3.8.98	Annet vedrørende mor under fødsel	
2.3.8.99	Annet vedrørende barnet i forbindelse med fødsel	
2.3.9	<b>Ernæring</b>	Mangler i forbindelse med ernæring og drikke som gis per os. Parenteral ernæring klassifiseres som legemiddel.
2.3.10	<b>Urinretensjon/overstruktet urinblære</b>	Mangler ved observasjon, behandling eller pleie som medførte overfylt urinblære.
2.3.11	<b>Trykksår</b>	Et lokalisert område som viser tegn til å kunne utvikle vevsnekrose eller hvor vevsnekrose allerede er oppstått på grunn av ensidig trykk-, strekk- og/eller friksjonsbelastning over en viss periode.
2.3.12	<b>Tvangsbruk</b>	Gjelder uønskede hendelser/nesten-uhell i forbindelse med tvangsbruk eller mangel ved hjemmel for å utføre tvang. Gjelder gjennomføring av helsehjelp som skal være hjemlet i vedtak som muliggjør tvangsbruk (inkluderer psykiatri, somatikk og rus).
	2.3.12.1	Holding
	2.3.12.2	Beltefiksering
	2.3.12.3	Isolering/skjerming
	2.3.12.4	Tvangsbruk gjennomført uten vedtak
	2.3.12.5	Tvangsmedisinering
	2.3.12.99	Annet – tvangsbruk
2.3.13	<b>Opptrening/rehabilitering</b>	Problemer knyttet til opptrening eller mangel på opptrening av pasient.
2.3.99	<b>Annet – behandling og pleie</b>	

## 2.4 Fall og uhell

**Definisjon:** Hendelser hvor pasienten falt eller var utsatt for et uhell i forbindelse med behandling eller transport/forflytning.

2.4.1	<b>Fall</b>	Fall er en uventet hendelse hvor personen havner på bakken, golvet eller på et lavere nivå uavhengig av om skade inntreffer eller ikke. Det er et fall når noen ruller ut av sengen eller glir ned på golvet fra en stol.
	2.4.1.1	Sittende fall under tilsyn
	2.4.1.2	Sittende fall uten tilsyn
	2.4.1.3	Stående/gående fall under tilsyn
	2.4.1.4	Stående/gående fall uten tilsyn
	2.4.1.5	Liggende fall under tilsyn
	2.4.1.6	Liggende fall uten tilsyn
	2.4.1.99	Annet – fall
2.4.2	<b>Transport</b>	Uhell med pasient i forbindelse med transport av pasient, for eksempel transport mellom ulike avdelinger/poster.
2.4.99	<b>Andre pasientuhell</b>	



## 2.5 Dokumentasjon/informasjon

**Definisjon:** Gjelder dokumentasjon av behandling og pleie i elektronisk eller papirbasert pasientjournal. Omfatter forhold der det var dokumentasjon/informasjon som var problemet eller feilen, ikke vurderingen eller utførelsen av behandling eller pleie.

**Spørsmål:** Hvilken type dokumentasjon / informasjon var hendelsen relatert til?

2.5.1	<b>Forordning av behandling</b>	For eksempel manglende eller utydelig forordning av pasientbehandling. Legemiddel- og blodordinasjoner skal klassifisering under 2.7 <i>Legemidler</i> eller 2.10 <i>Blod. Celler og vev Organer</i>
2.5.2	<b>Journalnotater</b>	For eksempel feil ved eller manglende notater eller kurver, ikke oppdatert journal.
2.5.3	<b>Sjekklisters/skjemaer</b>	Manglende dokumentasjon på at sjekkliste er fulgt eller begrunnelse hvorfor ikke fulgt.
2.5.4	<b>Registrering av kritisk informasjon</b>	Med kritisk informasjon menes informasjon som i en behandlingssituasjon kan medføre at planlagte tiltak endres og potensielt redder pasientens liv eller forhindrer alvorlig skade. «Cave» legemidler registres under legemidler.
2.5.5	<b>Lyd- /bildeopptak</b>	For eksempel manglende, utydelig, feil ved lyd- eller bildeopptak.
2.5.6	<b>Laboratoriesvar/røntgenbeskrivelser</b>	Mangler, forsinkelse eller feil i dokumentasjon av prøvesvar, undersøkelsesresultater eller annet som vedrører utførte tester.
2.5.7	<b>Informasjon til pasienter, brukere og pårørende</b>	Mangler ved skriftlig eller muntlig informasjon eller instruksjoner til pasienter, brukere og pårørende.
2.5.8	<b>Pasientidentifikasjon</b>	Mangler eller feil ved sikring av pasientens identitet og dokumenter.
	2.5.8.1	Feil pasient
	2.5.8.2	Identitet ikke sjekket
	2.5.8.3	Manglende navnebånd
	2.5.8.4	Feil ved merking av dokument tilhørende pasientjournal
	2.5.8.99	Annet – pasientidentifikasjon
2.5.9	<b>Informasjonssikkerhet/personvern</b>	Mangler knyttet til å ivareta pasientens konfidensialitet og/eller brudd på taushetsplikt. Å sikre konfidensialitet innebærer blant annet å hindre uautorisert innsyn i informasjon.
2.5.99	<b>Annet – dokumentasjon/informasjon</b>	

## 2.6 Infeksjon

**Definisjon:** Gjelder helsetjenesteassosierte infeksjoner, dvs infeksjoner som ikke var til stede eller var i inkubasjonstiden da pasienten ble innlagt på sykehuset.

For definisjoner av ulike infeksjonstyper følges de til enhver tid gjeldende definisjoner fra European Centre for Disease Prevention and Control<sup>9</sup>.

2.6.1	<b>Sepsis</b>	Blodbaneinfeksjon i henhold til kliniske eller epidemiologiske kriterier.
2.6.2	<b>Infeksjon i operasjonssår</b>	Infeksjon etter kirurgiske inngrep, både dype og overfladiske.
	2.6.2.1	Overflatisk postoperativ sårinfeksjon
	2.6.2.2	Dyp postoperativ sårinfeksjon
	2.6.2.3	Postoperativ infeksjon i organ/hulrom
2.6.3	<b>Annen sårinfeksjon</b>	For eksempel infeksjon i brannsåret og trykksår.
2.6.4	<b>Urinveisinfeksjon</b>	Urinveisinfeksjon i henhold til kliniske eller epidemiologiske kriterier.
	2.6.4.1	Urinveisinfeksjon med urinveiskateter
	2.6.4.2	Urinveisinfeksjon uten urinveiskateter
2.6.5	<b>Nedre luftveisinfeksjon</b>	
	2.6.5.1	Nedre luftveisinfeksjon annet enn pneumoni
	2.6.5.2	Pneumoni
	2.6.5.3	Ventilatorassosiert pneumoni
2.6.6	<b>Annen helsetjenesteassosiert infeksjon</b>	
	2.6.6.1	Infeksjon i ben og ledd
	2.6.6.2	Infeksjon i sentralnervesystemet
	2.6.6.3	Infeksjon i hjerte-/karsystemet
	2.6.6.4	Infeksjon i øye, øre, nese, hals eller munn
	2.6.6.5	Infeksjon i mage-/tarmsystemet
	2.6.6.6	Infeksjon i kjønnsorganene
	2.6.6.7	Infeksjon i hud- og bløtvev
	2.6.6.99	Annen/disseminert infeksjon

<sup>9</sup> [https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/ecdc\\_en](https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/ecdc_en) (lesedato 18.1.21)

## 2.7 Legemidler

**Definisjon:** Inkluderer infusjons-og injeksjonsvæsker, også parenteral ernæring og legemiddelproduserte blodprodukter (unntak er Octaplasma som meldes som 2.10 Blod).

Feil ved forberedelse/administrering av legemidler klassifiseres under *Legemidler*, ikke under *Behandling og pleie*, selv om bruk av legemidler også er en behandling.

2.7.1	<b>Ordinering</b>	Ordinering av legemidler, inklusive anamneseopptak i forbindelse med ordinering.
2.7.1.1	Registrering av cave	Registrering av cave ikke registrert eller oversatt. Er kun knyttet til legemiddelhendelser. Gjelder i hele behandlingsforløpet, også ved samstemming.
2.7.1.2	Feil legemiddel/legemiddelform	
2.7.1.3	Legemiddel ikke ordinert	
2.7.1.4	Dose/dosering	For eksempel feil frekvens, hastighet, styrke, mengde.
2.7.1.5	Kontraindikasjon/interaksjoner	For eksempel ordinert legemiddel som er kontraindisert eller at det ikke er tatt tilstrekkelig hensyn til kjent interaksjon med andre legemidler, produkter eller matvarer.
2.7.1.6	Muntlig ordinering	Muntlig ordinering uten skriftlig dokumentasjon eller misoppfattet muntlig ordinering av legemiddel eller av styrke/dosering.
2.7.1.7	Lesbarhet/signatur	For eksempel utydelig håndskrift, uklar tekst/instruksjon/forordning, ikke signert i situasjoner hvor dette kreves, for eksempel ved oppdatering av kurve. Gjelder ikke resepter (egen kategori).
2.7.1.8	Resepter	Manglende resept, feil på resept eller mangelfullt utfylt resept, for eksempel dårlig lesbarhet, uklar styrke eller mengde.
2.7.1.9	Overføring av informasjon, inklusive samstemming	All overføring av informasjon om pasientens legemidler i alle faser av behandlingsforløpet: ved innleggelse/utskrivning sykehus og mellom avdelinger/poster på sykehus.
2.7.1.10	Ordinert til feil pasient	
2.7.1.99	Annet – ordinering	
2.7.2	<b>Tilgjengelighet/legemiddelkvalitet</b>	Hendelser knyttet til tilgang på legemiddel fra lageret eller tilgang til legemiddel med riktig kvalitet.
2.7.2.1	Oppbevaring/system for lagring	Feil ved lagring på post, for eksempel feil plassering, uheldig plassering med forvekslingsfare, utgått holdbarhet, feil lagerbetingelser (temperatur, begrenset holdbarhet, lys-mørke, ferdiglaget infusjonsløsning med begrenset holdbarhet). Manglende legemidler i akuttbag eller asfyksibord inkluderes her.
2.7.2.2	Legemiddelmangel (levering, lager)	Legemiddel ikke tilgjengelig eller kan ikke skaffes (svikt i forsyningskjeden, ekstern og/eller intern distribusjon). Inkluderer mangel på legemidler på grunn av svikt i bestilling fra sengepost.
2.7.2.3	Legemiddelprodukt/-kvalitet	Feil på produktet/legemiddelet. Kan være produksjonsfeil eller at produktet har vært oppbevart feil før legemiddelet ble mottatt på avdelingen/posten. Feil skjedd ved sykehusapotek inkluderes her, for eksempel tilberedning gjort på apotek.
2.7.2.99	Annet – tilgjengelighet/legemiddelkvalitet	
2.7.3	<b>Tilberedning/istandgjøring av legemidler</b>	Inkluderer situasjoner på sykehusposter/-avdelinger, ikke tilberedning ved sykehusapotek, som klassifiseres under <i>2.7.2.3 Legemiddelprodukt/-kvalitet</i> .
2.7.3.1	Utrekning	For eksempel feil ved utregning av styrke eller ved tilsetning av virkestoff i oppløsningsvæske som er gjort internt på sykehuset (post, avdeling osv).
2.7.3.2	Tilberedning	Istandgjøring bruksferdig løsning, for eksempel fortykning, tilsetning.
2.7.3.3	Merking/dokumentasjon	Merking av istandgjort legemiddel.
2.7.3.4	Dobbeltkontroll/signatur	Ikke utført der hvor det er påkrevet, dobbeltkontroll feil utført eller signatur for utført dobbeltkontroll mangler.
2.7.3.99	Annet – tilberedning av legemiddel	
2.7.4	<b>Utdeling av legemidler</b>	Legemiddel ikke gitt, gitt feil dose, styrke, frekvens, hastighet, på feil måte eller til feil pasient.
2.7.4.1	Legemiddel ikke gitt	
2.7.4.2	Legemiddel gitt uten ordinering	

2.7.4.3	Feil legemiddel gitt	Gitt feil legemiddel eller gitt legemiddel i feil form, for eksempel mikstur i stedet for stikkpiller eller vanlig tablett i stedet for depottablett.
2.7.4.4	Gitt legemiddel til feil pasient	
2.7.4.5	Dose/hastighet/styrke	Legemiddel gitt i feil dose, hastighet eller styrke. Inkluderer innstilling av infusjonspumpe.
2.7.4.6	Legemiddel gitt til feil tid	
2.7.4.7	Administrasjonsmåte	Legemiddel gitt på feil måte, for eksempel orale legemidler gitt rectalt, intramuskulært legemiddel gitt intravenøst.
2.7.4.8	Ekstravasal infusjon	Legemidler blir feilaktig infundert eller injisert utenom perifer eller sentral vene.
2.7.4.9	Manglende dokumentasjon/ signering ved utdeling	
2.7.4.99	Annet – utdeling	
2.7.5	<b>Observasjon/målinger ved legemiddelbehandling</b>	Hendelser vedrørende mangelfull observasjon av pasienters effekt eller bivirkninger av legemidler og svikt ved aktiv oppfølging/målinger i forbindelse med administrasjon av legemidler som har høy risiko.
2.7.6	<b>Bivirkning/interaksjon av legemidler</b>	Avdekket bivirkning/interaksjoner (kjent eller ukjent).

## 2.8 Medisinsk/teknisk utstyr

**Definisjon:** Hendelser ved bruk av medisinsk eller annet teknisk utstyr til behandling og diagnostikk. Omfatter svikt av utstyret, inklusive problemer med brukerveiledning eller emballasje (inklusive merkingen), samt avvik ved anvendelsen (feil anvendelse, ikke-rengjort utstyr, feilkobling av slanger).

**Spørsmål:** Hvilken type medisinsk eller teknisk utstyr var involvert i hendelsen?

2.8.1	<b>Engangsutstyr/forbruksmaterieill</b>	For eksempel slanger, pinsetter, mandrenger, infusjons- eller transfusjonssett.
2.8.2	<b>Medisinsk/teknisk utstyr</b>	Ethvert medisinsk utstyr, inklusiv in vitro-diagnostisk medisinsk utstyr, inkludert programvare og systemløsninger, beregnet for mennesker til diagnose, overvåking og/ eller behandling på medisinsk grunnlag og som for å fungere er avhengig av en energikilde (strøm, lys, gass- eller væsketrykk) samt nødvendig tilbehør til slikt utstyr.
2.8.3	<b>Utstyr for bruk av oksygen/gass</b>	Utstyr for bruk av respirasjonsstøtte. Gasser til medisinsk bruk omfatter gasser som er omfattet av legemiddeldefinisjonen og anvendes primært til respiratorpleie, inhalasjonsterapi og anestesi.
2.8.4	<b>Forflytningshjelpemidler</b>	Utstyr som brukes til å forenkle brukerens egen forflytning eller som anvendes av hjelpere til å forflytte brukere som trenger hjelp til forflytning.
2.8.99	<b>Annet – medisinsk/teknisk utstyr</b>	

## 2.9 Pasientatferd

**Definisjon:** Hendelser der en pasient påfører seg selv eller medpasienter en uønsket situasjon. Inkluderer vold, aggresjon, trusler, egenskade, selvmord, selvmordsforsøk, rømming eller unndragelse fra behandling.

2.9.1	<b>Vold, trussel og aggresjon mellom pasienter</b>	Bør meldes som to hendelser, både utøver og offer. Dersom offeret er en ansatt, skal dette meldes som en HMS-sak.
2.9.2	<b>Selvskade</b>	Handlinger der individet med vilje påfører fysisk skade på egen kropp, for eksempel kutting, risping, brenning, slag mot kroppen, hodedunking eller hindring av sårtilheling. Handlingene er utført uten suicidale, seksuelle eller dekorative hensikter.
2.9.3	<b>Selvmordsforsøk</b>	Handling uten dødelig utgang der en person med vilje inntar en overdose medisin eller lignende eller utfører en annen handling i suicidal hensikt.
2.9.4	<b>Selvmord</b>	Handling med dødelig utgang som avdøde med viten og forventning om et dødelig utfall, selv hadde foranstaltet og gjennomført med det formål å fremkalle død.
	2.9.4.1	I døgnavdeling
	2.9.4.2	Under poliklinisk behandling
	2.9.4.3	Etter utskrivning
	2.9.4.99	Annet – selvmord
2.9.5	<b>Overdose/rus/selvmedisinering</b>	Inntak/injeksjon av en dose av et medikament eller rusmiddel som fører til alvorlig forgiftning eller død. Overdose/selvmedisinering kan tas ut fra ønske om å ta sitt eget liv eller det kan skyldes villet eller utilsiktet feildosering.
2.9.6	<b>Rømt/forsvunnet pasient</b>	
2.9.7	<b>Unndragelse fra behandling</b>	Inkluderer selvseponering av legemidler.
2.9.99	<b>Annet – pasientatferd</b>	

## 2.10 Blod. Celler og vev. Organer

**Definisjoner:** Gjelder i blodbank og ved transfusjon av blod på sykehuspost/-avdeling og i logistikkprosesser med blodbank. Blod brukes her som fellesbetegnelse for blodkomponenter fra blodbank. Octaplasma meldes her. Andre blodprodukter fra legemiddelprodusent klassifiseres som legemidler.

Gjelder hendelser relatert til uttak, prosessering og bruk av celler og vev.

Gjelder hendelser relatert til uttak, prosessering og bruk av organer.

2.10.1	<b>Blod</b>		Gjelder i blodbank og ved transfusjon av blod på sykehuspost/-avdeling og i logistikkprosesser med blodbank.
	2.10.1.1	<b>Blodgiverutvelgelse</b>	
		2.10.1.1.1	Ny informasjon om tidligere tappinger. Ved intervju fremkommer det informasjon som hadde påvirket avgjørelsen om forrige og ev. tidligere tappinger.
		2.10.1.1.2	Giver fyller ikke kravene, men blir likevel tappet
		2.10.1.1.3	Giveren gir ny informerer etter tapping
		2.10.1.1.4	Smittetester ekte positiv ved registrering av ny giver
		2.10.1.1.5	Smittetester ekte positiv ved tapping av giver
		2.10.1.1.6	Mangelfull testing av blodgiver
		2.10.1.1.99	Annet – blodgiverutvelgelse
	2.10.1.1	<b>Tapping av blod</b>	
		2.10.1.2.1	Fullblodtapping
		2.10.1.2.2	Aferesetapping
		2.10.1.2.3	Feilmerking av blodkomponent
		2.10.1.2.99	Annet – tapping av blod
	2.10.1.3	<b>Bivirkning av blodgivning</b>	
		2.10.1.3.1	Nerveskade/-irritasjon
		2.10.1.3.2	Annen smerte i armen
		2.10.1.3.3	Annen lokal reaksjon
			F.eks. allergisk reaksjon, hematom uten smerte, tromboflebitt, infeksjon, arteriell punksjon med symptomer, forsinket blødning fra stikksted, infiltrasjon av returblod/-væske. Spesifiser/ beskriv i fritekst.
		2.10.1.3.4	Synkope med eller uten traume
		2.10.1.3.5	Annen vasovagal reaksjon
			Milde vasovagale reaksjoner meldes ikke til hemovigilans.
		2.10.1.3.6	Citratreaksjon
			Milde citratreaksjoner meldes ikke til hemovigilans.
		2.10.1.3.7	Allergisk reaksjon (generell)
		2.10.1.3.8	Alvorlig kardiovaskulær hendelse
			F.eks. hjerteinfarkt, hjerneslag.
		2.10.1.3.99	Andre systemiske bivirkninger
	2.10.1.4	<b>Komponentfremstilling</b>	
		2.10.1.4.1	Sentrifugering
		2.10.1.4.2	Filtrering
		2.10.1.4.3	Lagring
		2.10.1.4.4	Feilmerking av blodkomponent
		2.10.1.4.99	Annet – komponentfremstilling
	2.10.1.5	<b>Ordinasjon/anamnese – blod</b>	
			Ordinasjon, anamneseoptak, bestilling, rekvirering av blod. Hvis feil blod ble transfundert, brukes <b>2.10.1.9 Transfusjon</b>
		2.10.1.5.1	Feil pasient
			Ordinasjon/ bestilling av blodkomponent til feil pasient.
		2.10.1.5.2	Feil blodkomponent
			Ordinasjon/ bestilling av feil type blodkomponent, f.eks. erytrocyttkonsentrat istedenfor trombocyttkonsentrat, ubestrålt blodkomponent istedenfor bestrålt komponent.
		2.10.1.5.3	Blod ikke ordinert
		2.10.1.5.4	Dokumentasjon
		2.10.1.5.99	Annet – ordinasjon

2.10.1.6	Tilgjengelighet/kvalitet på blodkomponent	Blod ikke tilgjengelig eller mangel/feil ved blod (utfelling, manglende swirling eller lignende), eller feil ved for eksempel lagring/transport. Hvis feil blod ble transfundert, brukes <i>2.10.1.9 Transfusjon</i> .
	2.10.1.6.1 Nødvendig blodkomponent ikke tilgjengelig i blodbanken	
	2.10.1.6.2 Forsinket levering av blodkomponent til pasient	
	2.10.1.6.3 Utfelling, koagler eller manglende swirling i blodkomponenten	
	2.10.1.6.4 Oppvekst av mikroorganismer i blodkomponenten	
	2.10.1.6.5 Look-back initiert av andre (når look-back ikke er positiv)	F.eks. når plasmafraksjonerer ber blodbanken gjøre look-back. Er look-back positiv meldes det som f.eks. smitte.
	2.10.1.6.99 Nødvendig blodkomponent ikke tilgjengelig i blodbanken	
2.10.1.7	Tilberedning/istandgjøring av blod	I blodbanken. Hvis feil blod ble transfundert, brukes <i>2.10.1.9 Transfusjon</i> .
	2.10.1.7.1 Klargjøring av blodkomponent (tining, bestråling, vasking etc.)	
	2.10.1.7.2 Blodtyping	
	2.10.1.7.3 Forlikelighetstesting (inkluderer antistofscreening)	
	2.10.1.7.4 Valg av blodkomponent (av blodbanken)	
	2.10.1.7.5 Feilmerking	
	2.10.1.7.99 Annet – tilberedning/istandgjøring av blod	
2.10.1.8	Utdeling av blod	Gjelder bl.a. henting/utlevering av blod og lagring utenfor blodbanken, før transfusjon. Hvis feil blod blir transfundert, skal <i>2.10.1.9 Transfusjon</i> brukes.
	2.10.1.8.1 Klargjøring av blodkomponent (tining, bestråling, vasking etc.)	Valg av blodprodukt/komponent (ved henting) (ikke blodbankpersonell).
	2.10.1.8.2 Blodtyping	Distribusjon (til andre sykehus/blodbanker/industri etc.) (inkludert transport).
	2.10.1.8.3 Forlikelighetstesting (inkluderer antistofscreening)	Utlevering (til pasient i eget sykehus).
	2.10.1.8.4 Valg av blodkomponent (av blodbanken)	Feilmerking.
	2.10.1.8.5 Feilmerking	Lagring utenfor blodbanken.
	2.10.1.8.99 Annet – tilberedning/istandgjøring av blod	Annet – utdeling av blod.
2.10.1.9	Transfusjon	
	2.10.1.9.1 Feil blod transfundert uten bivirkning	
	2.10.1.9.2 Feil blod transfundert med bivirkning	Beskriv bivirkningen i fritekstfeltet.
	2.10.1.9.99 Annet – transfusjon	
2.10.1.10	Oppfølging/observasjon ved bruk av blod	Utilstrekkelig eller mangel ved observasjon under eller etter transfusjon.
	2.10.1.10.1 Mangelfull observasjon av pasienten	
	2.10.1.10.2 Mangelfull dokumentasjon av transfusjonen	
	2.10.1.10.99 Annet – oppfølging/observasjon ved bruk av blod	
2.10.1.11	Bivirkning av transfusjon av blod	Bivirkning registrert hos pasienten. Dersom pasienten får bivirkning etter transfusjon av feil blod, brukes <i>2.10.1.9.2 Feil blod transfundert med bivirkning</i> .
	2.10.1.11.1 Akutt hemolytisk transfusjonsreaksjon (AHTR) pga. ABO uforlikelighet	
	2.10.1.11.2 Akutt hemolytisk transfusjonsreaksjon (AHTR) pga. annet alloantistoff	
	2.10.1.11.3 Forsinket hemolytisk transfusjonsreaksjon (DHTR)	
	2.10.1.11.4 Febril non-hemolytisk transfusjonsreaksjon (FNHTR)	
	2.10.1.11.5 Ikke immunbetinget hemolyse	
	2.10.1.11.6 Anafylaktisk/alvorlig allergisk reaksjon	
	2.10.1.11.7 Annen allergisk reaksjon (mindre alvorlig)	
	2.10.1.11.8 Transfusjonsassosiert transplantat-motvert -reaksjon (TA-GVHD)	

	2.10.1.11.9	Posttransfusjonspurpura (PTP)	
	2.10.1.11.10	Transfusjonsrelatert akutt lungeskade (TRALI)	
	2.10.1.11.11	Transfusjonsassosiert dyspné (TAD)	
	2.10.1.11.12	Transfusjonsassosiert overbelastning av kretsløpet (TACO)	
	2.10.1.11.13	Hypotensiv transfusjonsreaksjon	
	2.10.1.11.14	Hyperkalemi	
	2.10.1.11.15	Hemosiderose	
	2.10.1.11.16	Transfusjonsoverført virusinfeksjon	
	2.10.1.11.17	Transfusjonsoverført bakterieinfeksjon	
	2.10.1.11.18	Annen smitteoverføring	
	2.10.1.11.19	Transfusjonsutløst autoimmun hemolytisk anemi (AIHA)	
	2.10.1.11.20	Manglende effekt av transfusjon	
	2.10.1.11.21	Uklassifiserbar transfusjonskomplikasjon (UTC)	
	2.10.1.11.22	Kan ikke konkludere (les definisjonene før du velger dette)	Se definisjoner <sup>7</sup>
2.10.1.12		<b>Prøvetaking</b>	
	2.10.1.12.1	Prøve tatt fra feil person	
	2.10.1.12.2	Prøve ikke merket iht. krav	
	2.10.1.12.99	Annet – prøvetaking	
2.10.1.13		<b>Nyoppdaget anti-D hos kvinne</b>	
2.10.1.99		<b>Annet – relatert til blod</b>	Velges bare hvis ikke noe annet passer.
2.10.1		<b>Celler og vev</b>	
	2.10.2.1	<b>Donorutvalgelse</b>	
	2.10.2.1.1	Smittetesting	
	2.10.2.1.2	Genetisk testing	
	2.10.2.1.99	Annet – donorutvalgelse	
	2.10.2.2	<b>Uttak av celler og vev</b>	
	2.10.2.3	<b>Testing</b>	
	2.10.2.3.1	Kvalitetstesting/bakterier	
	2.10.2.3.99	Annet – testing	
	2.10.2.4	<b>Bivirkning hos donor</b>	
	2.10.2.4.1	Infeksjon etter uttak	
	2.10.2.4.2	Feber etter uttak	
	2.10.2.4.3	Smerter etter uttak	
	2.10.2.4.99	Annet – bivirkning hos donor	
	2.10.2.5	<b>Prosessering/konservering før lagring</b>	
	2.10.2.5.1	Feilmerking/forbytting	
	2.10.2.5.1	Annet – prosessering/konservering	
	2.10.2.6	<b>Lagring/oppbevaring</b>	
	2.10.2.7	<b>Bestilling/ordinasjon</b>	
	2.10.2.8	<b>Bearbeiding av celler og vev før bruk (tining etc.)</b>	
	2.10.2.9	<b>Tilgjengelighet/kvalitet</b>	
	2.10.2.9.1	Nødvendig produkt er ikke tilgjengelig	
	2.10.2.9.1	Feil ved celler og vev	
	2.10.2.9.1	Annet – tilgjengelighet/kvalitet	
	2.10.2.10	<b>Distribusjon inkludert transport</b>	
	2.10.2.11	<b>Utlevering (til pasient i eget sykehus)</b>	
	2.10.2.12	<b>Overføring/innsetting av celler og vev</b>	
	2.10.2.13	<b>Bivirkning hos mottaker</b>	
	2.10.2.13.1	Ekstrauterin graviditet	
	2.10.2.13.2	Smerter	
	2.10.2.13.3	Overstimulering	
	2.10.2.13.4	Ovarialt hyperstimuleringssyndrom (OHSS)	
	2.10.2.13.5	Bakterieinfeksjon	
	2.10.2.13.6	Virusinfeksjon	
	2.10.2.13.7	Annen infeksjon	

<sup>7</sup> [Meld uønsket hendelse blodgivning og blodtransfusjon \(hemovigilans\) - Helsedirektoratet](#)



		2.10.2.13.99	Annet – bivirkning hos mottaker	
	2.10.2.14		Prøvetaking	
		2.10.2.14.1	Prøve tatt fra feil pasient	
		2.10.2.14.2	Feilmerking	
		2.10.2.14.99	Annet – prøvetaking	
	2.10.2.15		Manglende sporbarhet	
	2.10.2.99		Annet – celler og vev	
2.10.3	<b>Organer</b>			
	2.10.3.1		Donorutvalgelse	
		2.10.3.1.1	Smittetesting	
		2.10.3.1.2	Genetisk testing	
		2.10.3.1.99	Annet – donorutvalgelse	
	2.10.3.2		Uttak av organ	
		2.10.3.2.1	Forsinket høsting av organer	
		2.10.3.2.99	Annet – uttak av organ	
	2.10.3.3		Testing (smitte og evt annet)	
		2.10.3.3.1	Kvalitetstesting/bakterier	
		2.10.3.3.99	Annet – testing	
	2.10.3.4		Bivirkning hos donor	
		2.10.3.4.1	Infeksjon etter uttak	
		2.10.3.4.2	Feber etter uttak	
		2.10.3.4.3	Magesmerter	
		2.10.3.4.4	Annen reaksjon under uttak	
		2.10.3.4.99	Annet – bivirkning hos donor	
	2.10.3.5		Prosessering/konservering	
		2.10.3.5.1	Feilmerking/forbytting	
		2.10.3.5.99	Annet – prosessering/konservering	
	2.10.3.6		Lagring/oppbevaring	
	2.10.3.7		Bestilling/ordinasjon	
	2.10.3.8		Tilgjengelighet/kvalitet	
		2.10.3.8.1	Nødvendig organ er ikke tilgjengelig	
		2.10.3.8.2	Feil ved organ	
		2.10.3.8.99	Annet – tilgjengelighet/kvalitet	
	2.10.3.9		Distribusjon inkludert transport	
	2.10.3.10		Transplantasjon	
	2.10.3.11		Bivirkning hos mottaker	
		2.10.3.11.1	Akutt organsvikt	
		2.10.3.11.2	Malignitet	
		2.10.3.11.3	Smerter	
		2.10.3.11.4	Iskemi	
		2.10.3.11.5	Bakterieinfeksjon	
		2.10.3.11.6	Virusinfeksjon	
		2.10.3.11.7	Annen infeksjon	
		2.10.3.11.99	Annet – bivirkning hos mottaker	
	2.10.3.12		Prøvetaking	
		2.10.3.12.1	Prøve tatt fra feil pasient	
		2.10.3.12.2	Feilmerking	
		2.10.3.12.99	Annet – prøvetaking	
	2.10.3.13		Manglende sporbarhet	
	2.10.3.99		Annet – organer	

## 3 MEDVIRKENDE FAKTORER/ÅRSAKER

For *Medvirkende faktorer/årsaker* er det mulig å velge flere kategorier.

**Definisjon:** Omstendigheter, påvirkning eller handlinger som har spilt en rolle i opphavet til/utvikling av en hendelse eller har gitt større risiko for at en hendelse skulle inntreffe.

Det er her seks kategorier med tilhørende underkategorier/nivåer:

3.1	PROSEDYRE
3.2	KOMMUNIKASJON/SAMHANDLING/INFORMASJON
3.3	UTSTYR/PRODUKTER
3.4	IKT-UTSTYR og -SYSTEMER
3.5	ORGANISERING/KOMPETANSE/RESSURSER
3.99	ANNET – MEDVIRKENDE FAKTORER/ÅRSAKER

Underkategoriene er beskrevet i det følgende.

### 3.1 Prosedyre

**Definisjon:** Gjelder alle typer styrende dokumenter for gjennomføring av klinisk arbeid (retningslinjer, prosedyrer, veiledere). Prosedyreavvik kan også klassifiseres som egen hendelsestype (*Gjennomføring av behandling/prosedyre*); avhengig av om hendelsen var et prosedyreavvik i seg selv eller om prosedyreavviket medvirket til hendelsen.

3.1.1	<b>Prosedyre mangler</b>	Skriftlig prosedyre mangler. Dette bidro negativt til hendelsesforløpet.
3.1.2	<b>Mangelfull/uklar prosedyre</b>	Skriftlig prosedyre finnes, men har mangler eller er uklar på en slik måte at det bidro negativt til hendelsesforløpet.
3.1.3	<b>Prosedyre ikke gjennomførbar</b>	Prosedyre finnes, men var ikke mulig å gjennomføre på grunn av forhold ved pasienten, ressurser, utstyr opplæring, etc. Kan være overlappende med 3.5 <i>Organisering/kompetanse/ressurser</i> .
3.1.4	<b>Prosedyre ikke fulgt</b>	Prosedyre avveket uten beskrevet grunn til tross for at prosedyre finnes, er forståelig, kjent for ansatte og gjennomførbar i det aktuelle tilfellet og daglig praksis.
3.1.5	<b>Implementering av/opplæring i prosedyre</b>	
3.1.99	<b>Annet – prosedyrer</b>	Inkludert styrt prosedyreavvik.

## 3.2 Kommunikasjon/samhandling

**Definisjon:** Svikt i samhandling eller problemer ved eller mangel på kommunikasjon/informasjon bidro til hendelsen.

3.2.1	<b>Mellom ansatte</b>	Gjelder mellom ulike aktører/ansatte internt i sykehus.
3.2.2	<b>Med eksternt part</b>	Gjelder mellom ansatte internt i sykehuset og ansatte ved f.eks. annet sykehus eller kommunehelsetjenesten, for eksempel manglende informasjon ved innleggelse eller ikke (med)sendt papirer ved utskrivning til annen behandlingsinstans.
3.2.3	<b>Mellom pasient/pårørende og ansatte</b>	Gjelder mellom helsevesenet og pasient/bruker/pårørende. Manglende brukermedvirkning inkluderes her.
3.2.99	<b>Annet – kommunikasjon/samhandling</b>	

## 3.3 Utstyr/produkter

**Definisjon:** Gjelder forhold der utstyr som for eksempel senger, kjøretøy, engangsutstyr, unntatt IKT-utstyr og -systemer har bidratt til hendelsen. Inkluderer medisinsk utstyr og annet teknisk utstyr.

3.3.1	<b>Feil ved utstyr/forbruksmateriell</b>	Feil, teknisk svikt eller kvalitetsbrist ved utstyr eller system.
3.3.2	<b>Brukervennlighet/brukergrensesnitt – utstyr</b>	
3.3.3	<b>Forvekslingsfare/forveksling</b>	Egenskaper ved ett eller flere produkter/utstyr som gir fare for forveksling, for eksempel legemidler, forbruksvarer, engangsutstyr, implantater.
3.3.4	<b>Brukerfeil – utstyr</b>	
3.3.5	<b>Bruksanvisning – utstyr</b>	Mangler i tilgjengelig dokumentasjon/bruksanvisning medvirket til hendelsen.
3.3.6	<b>Kontroll/vedlikehold/kalibrering av utstyr</b>	Mangelfullt utført kontroll av utstyr, mangelfullt utført vedlikehold som forutsatt for utstyrets funksjon/levetid.
3.3.7	<b>Manglende/tilgjengelig utstyr</b>	
3.3.99	<b>Annet utstysrelatert</b>	

## 3.4 IKT-utstyr og -systemer

**Definisjon:** Gjelder alle former for utstyr og systemer som anvendes til elektronisk samhandling. Inkluderer å sikre konfidensialitet og pasienters integritet samt å sikre tilgang til nødvendige systemer. Utstyr som faller innenfor denne kategorien kan være: databaser, servere, stasjonære pc-er, mobile enheter og kommunikasjonsløsninger.

3.4.1	<b>Feil ved IKT-system/tilgjengelighet</b>	Manglende tilgang til IKT-system eller feil/kvalitetsbrist ved IKT-utstyr eller -system medvirket til hendelsen.
3.4.2	<b>Brukervennlighet/brukergrensesnitt – IKT-utstyr</b>	Dårlig brukervennlighet av IKT-utstyr medvirket til hendelsen.
3.4.3	<b>Brukerfeil – IKT-utstyr</b>	Feil bruk av IKT-utstyr/-system medvirket til hendelsen.
3.4.4	<b>Bruksanvisning – IKT-utstyr</b>	Mangler i tilgjengelig dokumentasjon/bruksanvisning medvirket til hendelsen.
3.4.99	<b>Annet – IKT-relatert</b>	

### 3.5 Organisering/kompetanse/ressurser

**Definisjon:** Organisatorisk tilrettelegging, inklusive tilgang på adekvat kompetanse og personellmessige ressurser.

3.5.1	<b>Opplæring</b>	Mangelfull opplæring av personalet, manglende system for opplæring, for eksempel i prosedyrer, bruk av teknisk utstyr eller IKT-systemer. Gjelder også mangelfull trening i å gjennomføre prosedyrer.
3.5.2	<b>Kompetanse/kompetansesammensetning</b>	Mangelfull tilgang på adekvat faglig kompetanse. Inkluderer situasjoner der personell går ut over sitt kompetansenivå, svikt i faglig vurdering/skjønn.
3.5.3	<b>Ressurser/arbeidsmengde</b>	Ikke tilgang på nødvendige personellmessige ressurser til å gjennomføre det påkrevde arbeidet på den måten som er besluttet/normalt.
3.5.4	<b>Samtidighetskonflikt</b>	To eller flere samtidige behov for én ressurs (kompetanse, sted, utstyr etc.). Gjelder spesielt samtidighet som det ikke kan planlegges for.
3.5.5	<b>Uklare ansvarsforhold</b>	Uklarhet om hvem som har hvilke oppgaver og ansvar, ofte i samhandling mellom ulike yrkesgrupper eller organisatoriske enheter.
3.5.6	<b>Samspill</b>	Samspill mellom ansatte, herunder ulik forståelse av avtaler og prosedyrer, oppførsel og konflikthåndtering.
3.5.99	<b>Annet – organisering/kompetanse/ressurser</b>	

### 3.6 Annet – medvirkende faktorer/årsaker

**Definisjon:** Andre faktorer som ikke er dekket av andre kategorier som medvirket til en uønsket hendelse eller pasientutfall.

3.6.1	<b>Fysisk infrastruktur/lokaler</b>	Fysiske forhold, utforming av bygninger og tilhørende installasjoner, romforhold, utemiljø etc.
3.6.2	<b>Kjent komplikasjon/kalkulert risiko</b>	Vurdering av risiko og indikasjon er gjort på forhånd og behandling og oppfølging synes å være korrekt faglig utført. Man tar en kalkulert risiko når man starter behandling og utfallet blir dårlig.
3.6.3	<b>Alvorlig sykdom</b>	Meldingen er sendt pga uønsket resultat/situasjon, men dette var med overveiende sannsynlighet ikke en konsekvens av feil eller mangel ved utførelse av helsehjelp eller mangel på helsehjelp.
3.6.4	<b>Pasientens atferd/kognitive tilstand</b>	Pasientens atferd/sykdom/forståelse påvirker mulighet til og gjennomføring av behandling medvirket til hendelsen. Eksempler: pasient følger ikke behandlingsopplegg, vegrer behandling, er uklar, aggressiv eller voldelig eller feilvurderer egen tilstand.
3.6.5	<b>Avstand/lokalisering</b>	Lang avstand til behandlingssted eller ambulansestasjon påvirket pasientutfallet.
3.6.6	<b>Utilbørlig atferd av helsepersonell</b>	Helsepersonell har for eksempel utøvet vold, trusler, trakassering, overgrep, mobbing.
3.6.99	<b>Andre medvirkende faktorer/årsaker</b>	

## 4. FOREBYGGBARHET

---

**Spørsmål:** Basert på tilgjengelig informasjon, kan hendelser som denne forebygges?

4.1	<b>Ikke forebyggbar – ganske sikkert</b>	Hendelsen ville ikke være mulig å forebygge selv om behandlingen på alle måter hadde vært korrekt.
4.2	<b>Ikke forebyggbar – sannsynligvis</b>	Hendelsen ville sannsynligvis ikke være mulig å forebygge selv om behandlingen på alle måter hadde vært korrekt utført.
4.3	<b>Forebyggbar – sannsynligvis</b>	Hendelsen ville sannsynligvis vært mulig å forebygge hvis det hadde vært utført adekvate tiltak eller annen metode/behandling.
4.4	<b>Forebyggbar – ganske sikkert</b>	Hendelsen ville ganske sikkert vært mulig å forebygge hvis det hadde vært utført adekvate tiltak eller annen metode/behandling.

## 5. FAKTISK KONSEKVENNS FOR PASIENT

---

**Spørsmål:** Basert på din kunnskap/kjennskap, hvilken konsekvens fikk hendelsen for pasienten? Skjønnsmessig vurdering av omfang, varighet og behandlingssimplikasjoner som skyldes en uønsket hendelse, ikke nødvendigvis det endelige utfallet for pasienten, men konsekvensen denne hendelsen isolert sett hadde for pasientens helse/prognose.

5.1	<b>Ingen</b>	Ingen observerbar eller antatt skade på pasient.
5.2	<b>Mindre alvorlig</b>	Forbigående negativ helseeffekt/skade som ikke krever ytterligere behandlingstiltak.
5.3	<b>Moderat</b>	Skade som krever behandlingstiltak eller oppfølging.
5.4	<b>Betydelig</b>	Skade som krever betydelig økt utrednings- eller behandlingsintensitet. Varig funksjonstap eller lidelse.
5.5	<b>Død</b>	Død som kan ha årsak i behandling eller mangel på behandling.

## 6. HYPPIGHET FOR UØNSKET HENDELSE

---

**Spørsmål:** Basert på din erfaring, omtrent hvor ofte forekommer hendelser som denne i din enhet? Enhet kan for eksempel være sengepost, poliklinikk, operasjonsavdeling, portørtjenesten. Her skal angis på antatt hyppighet på laveste organisatoriske nivå.

6.1	Daglig
6.2	Ukentlig
6.3	Månedlig
6.4	Årlig/noen ganger per år
6.5	Sjeldnere enn årlig

## 7. MULIG KONSEKVENNS VED GJENTAGELSE

---

**Spørsmål:** Basert på din erfaring, hvor alvorlig mener du en tilsvarende hendelse kan bli hvis den skjer på nytt ved din enhet? Skjønnsmessig vurdering av mulig konsekvens for pasient dersom tilsvarende hendelser skjer i samme kontekst, med en pasient som har tilsvarende sykdomsbilde og basert på det man visste på det tidspunktet da hendelsen skjedde.

7.1	Ingen	Hendelsen kunne ikke ha medført skade på pasient.
7.2	Mindre alvorlig	Hendelsen kunne ha medført forbigående negativ helseeffekt/skade som ikke krever ytterligere behandlingstiltak.
7.3	Moderat	Hendelsen kunne ha krevd behandlingstiltak eller oppfølging.
7.4	Betydelig	Hendelsen kunne ha medført betydelig økt utrednings- eller behandlingsintensitet eller varig funksjonstap/lidelse.
7.5	Død	Hendelsen kunne ha ført til dødsfall.

# AVSLUTNING

Revisjon av kodeverket vil gjøres ved behov.

Alle oppfordres til å være aktive i bruk av kodeverket ved å komme med forslag til endringer. Slike forslag kan gis enten til lokal kvalitetsavdeling eller ved å sende epost til [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no) merket med saksnummer 16/40703. Forslagene må begrunnes.

Arbeidsgruppen har mandat til å definere nasjonal standard for hvilke kategorier som skal benyttes.



**Postadresse:** Postboks 220 Skøyen,  
0213 Oslo

**Telefon:** +47 47 47 20 20

**E-post:** [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no)

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)