



STYRELSEN FOR  
PATIENTSIKKERHED

# Dansk Patientsikkerhedsdatabase Årsberetning 2020

Styrelsen for Patientsikkerhed

Juni 2021

# Kolofon

---

Titel på udgivelsen: Dansk Patientsikkerhedsdatabase Årsberetning 2020

Udgivet af:  
Styrelsen for Patientsikkerhed  
Islands Brygge 67  
2300 København S

Telefon: 72 28 66 00  
E-post: [stps@stps.dk](mailto:stps@stps.dk)

Udgivelsesår: 2021

Version: Nr. 1.0.  
Versionsdato: Juni 2021

Publikationen er tilgængelig på <http://stps.dk/da/udgivelser>

# Indhold

---

<b>Forord</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>Rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser</b>
	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Nyt i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD)</b>
	<b>5</b>
2.1	COVID-19-felt i skemaet til rapportering af utilsigtede hændelser
	5
2.2	Ny hovedgruppe – Telemedicin
	5
2.3	Nye enhedstyper
	6
<b>3</b>	<b>Projekter</b>
	<b>7</b>
3.1	Utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsenet
	7
3.2	Samlerapportering
	8
<b>4</b>	<b>Læringsindsatser</b>
	<b>9</b>
4.1	Temadag om COVID-19
	9
4.2	Vidensopsamling: Sikkerhed for patienter er sikkerhed for sundhedspersoner
	9
4.3	STOP TÆNK TJEK: Tre nye film
	10
4.4	Natriumfolderen – en guide til i.v. væskebehandling
	10
4.5	Medicinske plastre
	11
4.6	Pradaxa
	11
4.7	Kriterier for at afvise utilsigtede hændelser
	11
4.8	Guide om adgang til utilsigtede hændelser
	12
4.9	Evaluerings af epikriseprojekt
	12
4.10	OBS-meddelelser
	13
<b>5</b>	<b>Samarbejder, råd og udvalg</b>
	<b>14</b>
5.1	Fagligt Forum for Patientsikkerhed
	14
5.2	DPSD-Driftsgruppen
	15
5.3	Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet
	15
5.4	Samarbejde med Lægemiddelstyrelsen
	16
5.5	Koordinationsforum for forbrug og anvendelse af lægemidler
	16
5.6	Fælles Medicinkort (FMK)
	16
5.7	Internationalt samarbejde
	17
<b>6</b>	<b>Udvikling i rapporteringer</b>
	<b>18</b>
6.1	Rapporteringer til DPSD
	18
6.6	Andet opdagelsessted end hændelsessted
	28
6.9	Om datatrækket fra DPSD
	33

# Forord

---

I 2020 satte COVID-19 dagsordenen i Styrelsen for Patientsikkerhed som i resten af det danske samfund. Epidemien satte sit tydelige præg på arbejdet med utilsigtede hændelser og læringstiltag i kølvandet på den enorme, nye udfordring, som sundhedsvæsenet pludselig stod over for.

Vi har i styrelsen gavn af et tæt og frugtbart samarbejde med kommuner, regioner og andre aktører i sundhedsvæsenet, bl.a. i regi af Fagligt Forum for Patientsikkerhed, som i 2020 blev lovfæstet i en revidering af Sundhedsloven. Den tætte dialog og det samarbejde, vi har i Fagligt Forum for Patientsikkerhed, DPSD-Driftsgruppen og andre fora, er afgørende for, at vi på nationalt niveau kan adressere aktuelle problemstillinger og iværksætte relevante læringstiltag, der afspejler sundhedsvæsenets behov. I 2020 var COVID-19-epidemien det naturlige fokus for mange drøftelser med sundhedsvæsenets parter om sikkerhed for både patienter og sundhedspersoner. Det afspejlede sig bl.a. i den virtuelle temadag, vi i efteråret holdt om de erfaringer, man rundt omkring i sundhedsvæsenet havde gjort sig efter epidemiens første bølge, og som her kunne deles på tværs af landet.

I den revidering af sundhedsloven, der trådte i kraft i 2020, blev det præciseret, at rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser skal være sanktionsfri for sundhedspersoner, og at identiteten, både på den, der rapporterer en utilsigtet hændelse, og andre sundhedspersoner, der er involveret i hændelsen, kun må deles i læringsøjemed. Tilliden til, at man som sundhedsperson trygt kan rapportere en utilsigtet hændelse, er afgørende for, at ordningen fortsat kan være en hjørnesten i patientsikkerhedsarbejdet i det danske sundhedsvæsen.

Det er vigtigt, at ordningen løbende justeres og tilpasses, så den er relevant og skaber værdi for sundhedspersoner og patienter i alle dele af sundhedsvæsenet. Derfor fortsatte to store projekter om udvikling af rapporteringsordningen også – omend på lidt lavere blus end planlagt – i 2020: Samlerapportering af utilsigtede hændelser blev implementeret i 96 kommuner, og i alle dele af sundhedsvæsenet afprøvede man en række forslag til en ændret rapporteringspligt som led i projektet *Utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsenet*.

Mod slutningen af 2020 tog vi også de første spæde skridt mod en modernisering af Dansk Patientsikkerhedsdatabase. En ny it-plattform skal understøtte en let og intuitiv rapportering af utilsigtede hændelser samtidig med, at den skal give endnu bedre muligheder for at analysere hændelserne og lære af dem til gavn for patientsikkerheden. Det er et arbejde, som for alvor er gået i gang i 2021, og som vil sætte sit præg på læringsområdet i de kommende år.

Anette Lykke Petri, direktør, Styrelsen for Patientsikkerhed



# 1 Rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser

---

Dansk Patientsikkerhedsdatabase er den tekniske platform for rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser i det danske sundhedsvæsen. Det overordnede mål med at rapportere utilsigtede hændelser er at forbedre patientsikkerheden og understøtte en sikkerhedskultur i sundhedsvæsenet, hvor man lærer af de fejl, der bliver begået. Hensigten er, at viden om utilsigtede hændelser kan bruges til at undgå lignende situationer i fremtiden til gavn for den næste patient.

Rapporteringsordningen er fortrolig og ikke-sanktionerende. Det betyder bl.a., at viden om, hvem der er involveret i en utilsigtet hændelse, kun må gives videre til få udvalgte personer, som arbejder med patientsikkerhed i den region, kommune eller lignende, hvor hændelsen er blevet rapporteret. Formålet er at drage læring af forebyggelige fejl, og det kræver at sundhedspersoner har tillid til, at der ikke sanktioneres på baggrund af rapportering af utilsigtede hændelser.

Rapporterede utilsigtede hændelser behandles i første omgang lokalt, der hvor de er rapporteret. Derefter anonymiseres de og sendes til Styrelsen for Patientsikkerhed, som samler op på mønstre og tendenser, så den lokale læring understøttes bedst muligt. Styrelsen koordinerer desuden med andre myndigheder og nationale organisationer, både i forhold til at sprede viden om nationale mønstre og tendenser, og i forhold til udvikling og vedligeholdelse af rapporteringsordningen.

# 2 Nyt i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD)

---

Dansk Patientsikkerhedsdatabase er et centralt redskab for både det lokale og det nationale patientsikkerhedsarbejde. For at være relevant og brugbar skal databasen i så høj grad som muligt afspejle den kliniske virkelighed. Derfor udvikles og justeres systemet løbende, så det kan imødekomme de nye behov, der opstår for at rapportere utilsigtede hændelser inden for forskellige områder og behandlingsstedstyper.

## 2.1 COVID-19-felt i skemaet til rapportering af utilsigtede hændelser

For at gøre det lettere for sagsbehandlere at monitorere og følge op på COVID-19-relaterede utilsigtede hændelser blev der i april 2020 indført et nyt COVID-19-felt i skemaet til rapportering af utilsigtede hændelser.

Er hændelsen relateret til COVID-19 situationen?  [?]

 Ja  Nej

Feltet blev indført i de to rapporteringsskemaer for sundhedspersoner, herunder rapporteringsskemaet tilknyttet pilotprojektet *Utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsenet*. Feltet bliver tilsvarende vist i sagsbehandlermodulet.

Det er obligatorisk for rapportørerne at registrere, om hændelsen er relateret til COVID-19. Sagsbehandleren kan ændre registreringen, hvis der skulle være behov for det.

## 2.2 Ny hovedgruppe – Telemedicin

Telemedicin dækker over sundhedsydelser, der leveres digitalt og erstatter et fysisk møde mellem patient og sundhedsperson. Det kan fx være i form af videokonsultationer eller hjemmemonitorering af blodtryk, som patienten sender til sin læge. Telemedicin fylder stadig mere i det danske sundhedsvæsen, og der er et stigende behov for at kunne rapportere utilsigtede hændelser med telemedicin i Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Fra 1. september 2020 blev det muligt at vælge en ny hovedgruppe i DPSD-klassifikationen: *Telemedicin, fx apps, hjemmesider og måleudstyr*. Modellen for den nye hovedgruppe baserer sig på analyser af relevante utilsigtede hændelser, gennemgang af forskellige typer telemedicin og input fra DPSD-Driftsgruppen i forhold til, hvordan telemedicin mest hensigtsmæssigt og brugervenligt synliggøres i DPSD.

### **2.3 Nye enhedstyper**

På baggrund af forslag fra DPSD-Driftsgruppen implementerede Styrelsen for Patientsikkerhed i november 2020 en række ændringer i lokationsopslaget i Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Ændringerne omfattede bl.a. tilføjelse af flere enhedstyper samt omdøbning af navnene på eksisterende enhedstyper for at tydeliggøre, hvilke faggrupper der hører under den specifikke enhedstype. Derudover blev der tilføjet flere enhedstyper, fx osteopater, optikere og vaccinationsklinikker. Formålet med ændringerne var at hjælpe rapportørerne med at finde det korrekte hændelsessted og lette sagsbehandlingen og analysearbejdet i kommunerne og regionerne.

# 3 Projekter

---

## 3.1 Utilstede hændelser og læring i sundhedsvæsenet

Projektet *Utilstede hændelser og læring i sundhedsvæsenet* har til formål at forbedre og revidere bekendtgørelse og vejledning for rapporteringsordningen for utilstede hændelser i sundhedsvæsenet. Målet er at forbedre rapporteringsordningen for utilstede hændelser ved bl.a. at gøre rapporteringen nemmere og ændre på, hvilke hændelser sundhedspersoner har pligt til at rapportere. I 2020 blev et pilotprojekt udrullet i et samarbejde mellem Styrelsen for Patientsikkerhed og repræsentanter fra regioner og kommuner. Pilotprojektet havde til formål at afprøve en række forslag til forbedringer af ordningen, som en bred arbejdsgruppe havde fremsat.

Pilotprojektet startede i marts og skulle oprindeligt have været afsluttet i juli. Projektets styregruppe vurderede dog, at det ikke ville være hensigtsmæssigt at justere på rapporteringsordningen på baggrund af en pilotafprøvning i en periode, der som følge af COVID-19-epidemien ikke afspejlede en normal hverdag i det danske sundhedsvæsen. Pilotprojektet blev derfor forlænget til og med december 2020.

I pilotprojektet afprøvede over 100 kliniske enheder fra både kommuner og regioner en række tiltag, som havde til formål at gøre det nemmere at rapportere og lettere at uddrage læring:

- En ændret rapporteringspligt, som er ens for alle dele af sundhedsvæsenet modsat den nuværende differentierede rapporteringspligt
- En kortere rapporteringsformular
- En ændret måde at klassificere alvorligheden af hændelser på
- Et revideret sagsbehandlerskema

Pilotprojektet bliver evalueret i løbet af 2021. Resultatet af projekt *Utilstede hændelser og læring i sundhedsvæsenet* bliver en revidering af bekendtgørelse og vejledning om utilstede hændelser til sundhedslovens § 198-201.

### 3.2 Samlerapportering


I efteråret 2019 og starten af 2020, før epidemien brød løs, afholdt Styrelsen for Patientsikkerhed workshops om implementering af samlerapportering i landets kommuner.

Samlerapportering er en ny måde at rapportere bestemte typer hyppigt forekommende utilsigtede hændelser i landets kommuner. For at spare på plejepersonalets tid og synliggøre læringspotentialer i utilsigtede hændelser, hvor en borger falder eller ikke får sin medicin, og hvor konsekvensen er "ingen skade" eller "mild skade", skriver personalet hændelserne ned på et papirskema i stedet for at rapportere direkte til DPSD. På den måde skabes der et hurtigt overblik over mønstre i og mulig forebyggelse af hyppigt forekommende utilsigtede hændelser. Hver måned sørger en udpeget medarbejder for at rapportere antallet af hændelser samlet til DPSD.

I løbet af 2020 er samlerapportering blevet implementeret i størstedelen af landets kommuner med løbende rådgivning og støtte fra Styrelsen for Patientsikkerhed.

Det har ført til en kraftig stigning i antallet af rapporterede utilsigtede hændelser i kommunerne, fra 163.945 i 2019 til 217.823 i 2020. Alt tyder på, at de lettere arbejdsgange i forbindelse med samlerapportering øger tilbøjeligheden til at rapportere utilsigtede hændelser og dermed styrker den lokale læring af hændelserne. Samtidig viser erfaringerne fra kommunerne, at samlerapportering kan gøre det lettere at se mønstrene i hændelserne på det enkelte behandlingssted og give et mere nuanceret billede af de utilsigtede hændelser lokalt, hvor de bliver rapporteret.

Læs mere om stigningen i antallet af rapporterede hændelser på s. 17.

 **STYRELSEN FOR PATIENTSIKKERHED**

Stednavn: \_\_\_\_\_

**Registrering af utilsigtede hændelser (UTH) – "Fald"**

I skemaet registreres fald, der kan kategoriseres under:  
**Ingen skade** = Der er ingen konsekvenser for patient/borger.  
**Mild skade** = Lettere forbigående skade, som ikke kræver øget behandling eller øget plejeindsats.  
 Alle andre UTH'er skal rapporteres via [www.dpsd.dk/uth](http://www.dpsd.dk/uth)

Måned: \_\_\_\_\_ År: \_\_\_\_\_  
 Skemanummer (hvis der er flere skemaer i samme måned): \_\_\_\_\_

Nr.	Navn på borger/patient	Date/tid for faldet		Omstændighed:			Bemærkninger
		Dato	Tid	Fysisk forhold	Fysiologisk forløb	Andet	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							

Antal  
 Antallet i de mørke blå felter gives op på månedsbasis og rapporteres i DPSD efterfølgende måned.

Forebyggende tiltag, handleplan m.v.

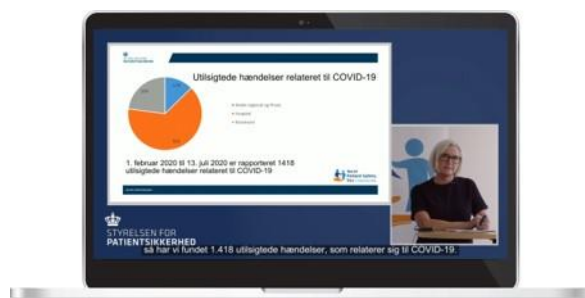
# 4 Læringsindsatser

På baggrund af rapporteringer om utilsigtede hændelser er der gennemført en række nationale læringsindsatser i 2020.

## 4.1 Temadag om COVID-19

På WHO's Internationale Patientsikkerhedsdag 17. september 2020 afholdt styrelsen en virtuel temadag om sikkerhed for patienter og sundhedspersonale under COVID-19. På baggrund af den aktuelle situation var WHO's Internationale Patientsikkerhedsdag dedikeret sundhedspersonalets sikkerhed. På temadagen var der oplæg med forskellige repræsentanter fra sundhedsvæsenet. De fortalte om alt fra erfaringer med at være en del af personalet på landets COVID-afsnit, over behandling og forebyggelse af tryksår hos både patienter og personale, til hvordan man som organisation kan understøtte personalets psykosociale velbefindende i en krisesituation.

Den virtuelle temadag blev fulgt af mere end 700 personer på dagen, og i en deltagerevaluering svarede mere end 90 procent, at temadagen var relevant eller meget relevant for deres daglige arbejde. Efterfølgende blev optagelser af alle oplæg lagt op på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside.



## 4.2 Vidensopsamling: Sikkerhed for patienter er sikkerhed for sundhedspersoner

I forbindelse med temadagen og den internationale patientsikkerhedsdag 17. september blev der udarbejdet en vidensopsamling med interviews med temadagens oplægsholdere og en redegørelse for problematikker og løsninger i rapporterede utilsigtede hændelser relateret til COVID-19. Her kan



man bl.a. læse om mønstre og tendenser i UTH'er relateret til COVID-19.

Man kan også læse, hvad det betyder for ledelsen på et sygehus pludselig at skulle stille om til kriseorganisering, hvordan ansatte i sundhedsvæsenet kan støtte hinanden i en ekstraordinær tid, og hvordan forebyggelse af tryksår under en epidemi er relevant for både patienter og personale.

### 4.3 STOP TÆNK TJEK: Tre nye film

STOP TÆNK TJEK er et samarbejde mellem medicin.dk og Styrelsen for Patientsikkerhed, som sætter fokus på at undgå medicinfejl, særligt i forbindelse med syv risikosituationslægemidler: insulin, blodfortyndende medicin, methotrexat, opioider, gentamicin, kalium og digoxin. I april 2020 offentliggjorde vi de sidste tre film af i alt syv, som skal hjælpe sundhedspersonale til at forstå, hvorfor de syv lægemidler indebærer en særlig risiko, og tjekke en ekstra gang, når de håndterer risikosituationslægemidler.

De sidste tre film handler om gentamicin, kalium og digoxin. Filmene suppleres af lommekort og plakater, der kan bruges til at sætte fokus på de syv risikosituationslægemidler i plejesektoren og andre dele af sundhedsvæsenet. De syv film er tilsammen blevet vist 46.000 gange.



### 4.4 Natriumfolderen – en guide til i.v. væskebehandling

Behandling med i.v. væsker udgør en særlig risiko for udvikling af hospitalserhvervet hyponatriæmi. I juni 2020 udgav Styrelsen for Patientsikkerhed sammen med Lægemiddelstyrelsen en lommefolder og tilhørende faktaark om behandling med i.v. væsker og forebyggelse af hyponatriæmi. Materialerne er målrettet læger og andet relevant personale på landets akutafdelinger og er udviklet på baggrund af et tæt samarbejde med en kliniker med stor faglig viden på området. Materialerne er blevet til ud fra en anbefaling fra Den europæiske bivirkningskomité, PRAC, om at skabe opmærksomhed om risiko for alvorlige bivirkninger ved behandling med i.v. væsker.

Lommefolder og faktaark blev sendt ud til alle landets akutafdelinger i juni 2020 og til alle hospitalsledelser i oktober 2020.



## Natriumfolderen

### En guide til i.v. væskebehandling

Udarbejdet af Læge Christian Overgaard-Steenen i samarbejde med Lægemiddelstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed

**I.v. væsker er medicin med virkninger og bivirkninger**  
 I.v. væsker kan underdoseres, overdoseres og bl.a. ændre plasma-natriumkoncentrationen (P-Na). Hyponatriæmi forårsaget af hypotoniske væsker kan give alvorlige bivirkninger.

Anvend derfor i.v. væsker med samme omhu som ved anden medicin.

Folderen er tænkt som hjælp til behandling med i.v. væske med særligt fokus på natrium.

Patientgruppen er børn (> 1 måned) og voksne.

**Tilstræb P-Na 137-144 mmol/l med normalt blodsukker**  
 Undgå:

- Store udsving i P-Na (> 8 mmol/l) på 24 timer
- Fald i P-Na < 130 mmol/l hos alle patienter
- Hypotoniske væsker og selv mindre fald i P-Na (< 4 mmol/l) ved patientligt forhøjet ICP (se bagsiden).

Nogle patienter skal behandles anderledes ud fra en konkret lægefaglig vurdering.

---

**Vejledning**

1. Vælg væskepreparat og -mængde og dokumentér ordination
2. Vurder effekt og dokumentér administration
3. Monitorér P-Na regelmæssigt
4. Målt P-Na korrigeres ved blodsukker > 12 mmol/l:  
 $P-Na_{korrigert} = 0,4 \times (\text{Blodsukker} - 5 \text{ mmol/l}) + P-Na_{målt}$
5. Monitorér vægt (vandbalance) ved dagligt i.v. væskebehov

version juni 2020



afvises på et forkert grundlag. Derfor afholdt Styrelsen for Patientsikkerhed et dialogmøde med repræsentanter for regioner og kommuner, hvor det blev drøftet og afklaret, hvilke kriterier der skal være opfyldt for, at en rapportering må afvises i Dansk Patientsikkerhedsdatabase. På baggrund af drøftelserne udgav Styrelsen for Patientsikkerhed i 2020 et informationsmateriale om, hvornår en rapporteret hændelse kan afvises. Derudover blev hjælpeteksten opdateret i DPSD, så det blev lettere for sagsbehandlere at vurdere, om en rapportering må afvises.

Kriterierne for, hvornår en sagsbehandler kan afvise en utilsigtet hændelse, er beskrevet på [www.stps.dk](http://www.stps.dk) sammen med eksempler på situationer, hvor man som sagsbehandler kan komme i tvivl om, hvad man skal gøre. På styrelsens hjemmeside kan man også downloade informationsmaterialet om emnet.

#### **4.8 Guide om adgang til utilsigtede hændelser**

Rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser er afhængig af, at sundhedspersoner har fuld tillid til, at en rapportering ikke kan føre til sanktioner for den enkelte sundhedsperson, men at rapporteringen udelukkende bruges til læring. For at sikre tilliden til ordningen fastslår sundhedslovens § 200, at oplysninger om enkeltpersoner i rapporteringer er fortrolige. § 200 er en særlig tavshedspligtsbestemmelse, som sætter grænser for, hvilke oplysninger fra utilsigtede hændelser man kan få adgang til. I 2020 offentliggjorde Styrelsen for Patientsikkerhed en guide, hvor man kan klikke sig igennem de overvejelser, man skal gøre sig, når fx en kommune eller region behandler en anmodning om aktindsigt i utilsigtede hændelser for at sikre, at afgørelser træffes på det rette grundlag. Guiden er målrettet risikomanagere og juridiske sagsbehandlere i kommuner og regioner.

#### **4.9 Evaluering af epikriseprojekt**

Vejledningen om epikriser trådte i kraft 1. juli 2019. Både vejledningen og den tilhørende it-standard, som hjælper lægen med at skrive epikriser, der lever op til vejledningen, blev udarbejdet sammen med en følgegruppe med repræsentanter fra MedCom, PLO, Sundhedsdatastyrelsen, Danske Regioner og Sundheds- og Ældreministeriet. I forbindelse med vejledningens ikrafttrædelse blev der foretaget en omfattende implementeringsindsats.

I 2019 blev der igangsat en evaluering af epikriseindsatsen. Evalueringen skal afdække, om den reviderede vejledning om epikriser og den nye epikrisestandard har den ønskede effekt i forhold til mere patientsikker overlevering af oplysninger til almen praksis efter udskrivelse.

Det er Forskningsenheden for Almen Medicin under Syddansk Universitet, der står for evalueringen. I 2020 har Forskningsenheden for Almen Medicin afholdt fokusgruppeinterviews med praktiserende læger og udarbejdet et spørgeskema til alment praktiserende læger, som danner grundlag for evalueringen. Evalueringen forventes færdig i 2021.

#### 4.10 OBS-meddelelser

I 2020 udsendte Styrelsen for Patientsikkerhed to OBS-meddelelser:

Rapporterede utilsigtede hændelser og bivirkningsindberetninger viste, at der var risiko for forveksling af svampemidlerne AmBisome® og Fungizone® med potentielt dødelige konsekvenser. Den 15. januar udsendte Styrelsen for Patientsikkerhed derfor i samarbejde med Lægemiddelstyrelsen OBS-meddelelsen *Forveksling af AmBisome® og Fungizone® mod svampeinfektioner kan have alvorlige konsekvenser*. Informationen henvendte sig til sundhedspersoner, som håndterer produkterne på sygehusapoteker, infektions- og intensivafdelinger og andre relevante sygehusafdelinger.

I sommeren 2020 gjorde restordre på Digoxin 250 mikrogram det nødvendigt at substituere 1 stk. 250 mikrogram med 4 stk. 62,5 mikrogram med øget risiko for fejdosering til følge. Den 28. juli udsendte Styrelsen for Patientsikkerhed derfor i samarbejde med Lægemiddelstyrelsen OBS-meddelelsen *Risiko for fejdosering på grund af restordre på Digoxin 250 mikrogram*. OBS-meddelelsen henvendte sig til personale i den kommunale sundhedssektor, apotekspersonale, sygehuspersonale og praktiserende læger.

# 5 Samarbejder, råd og udvalg

---

## 5.1 Fagligt Forum for Patientsikkerhed

Det overordnede formål for Fagligt Forum for Patientsikkerhed er at bistå Styrelsen for Patientsikkerhed med faglig sparring omkring læringsaktiviteter.

Opgaver og funktioner:

- Sparring til Styrelsen for Patientsikkerhed på det faglige niveau
- Faglig sparring til Styrelsen for Patientsikkerheds publikationer
- Drøftelser af faglige resultater, fx læringsaktiviteter
- Forslag til emner, der bør belyses på nationalt niveau
- Udveksling og drøftelse af aktuelle emner på lokalt, nationalt og internationalt niveau

Fagligt forum er sammensat af repræsentanter for:

- Regionerne
- Kommunerne
- Kommunernes Landsforening
- Almen praksis
- Praktiserende speciallæger
- Patientrepræsentant udpeget af Danske Patienter
- Patientrepræsentant udpeget af Danske Handicaporganisationer
- Private sygehuse
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed
- Styrelsen for Patientsikkerhed

COVID-19-epidemien satte sundhedsvæsenet i en ekstraordinær situation og medførte, at patientsikkerhed fik et særligt fokus. For at sikre vidensdeling omkring håndtering af patientsikkerheden og læring fra rapporterede utilsigtede hændelser i relation til COVID-19 blev der afholdt yderligere tre ekstraordinære møder i Fagligt Forum for Patientsikkerhed. Drøftelserne på disse møder medførte blandt andet ændringer i Dansk Patientsikkerhedsdatabase, så det blev muligt at registrere utilsigtede hændelser relateret til COVID-19, afholdelse af en temadag om COVID-19 og udgivelse af en vidensopsamling om erfaringer fra COVID-19.

Foruden COVID-19-drøftelser har der bl.a. været drøftet patientsikkerhedsmæssige udfordringer inden for områder som CAVE-registreringer, adgang til behandlingstestamente og forvekslinger af lægemidler. Det har blandt andet mundet ud i drøftelser med Sundhedsdatastyrelsen, Lægemiddelstyrelsen og andre aktører om de forskellige udfordringer og mulige løsninger.

## 5.2 DPSD-Driftsgruppen

DPSD-Driftsgruppen er det tekniske forum for Dansk Patientsikkerhedsdatabase i regi af Styrelsen for Patientsikkerhed. I driftsgruppen arbejdes der på tværs af kommuner og regioner på at udvikle og opdatere DPSD. I gruppen sidder repræsentanter for kommuner, regioner, privathospitaler og hospice, Kommunernes Landsforening, Sundhedsdatastyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed.

I 2020 blev der holdt fem møder med DPSD-Driftsgruppen. På møderne blev det blandt andet drøftet og besluttet, hvilke nye enhedstyper der skulle tilføjes til lokationsopslaget. Derudover er kommissoriet for driftsgruppen blevet revideret i forhold til sammensætning af deltagere og mødestruktur. Det blev bl.a. besluttet at mødes oftere ved kortere, virtuelle møder, hvor aktuelle emner kan drøftes. I forbindelse med planlægning og klarlægning af opdateringer af DPSD kan det fx være relevant at inddrage driftsgruppen flere gange over kort tid.

På møderne blev der også drøftet tilføjelse af ny klassifikation vedr. telemedicin og generelle forbedringer og fejlrettelser i DPSD.

## 5.3 Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet

Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet har til formål at bistå Styrelsen for Patientsikkerhed i arbejdet med den nationale liste over risikosituationslægemidler. Udvalget skal også komme med forslag til tiltag, der kan forbedre patientsikkerheden i forbindelse med brugen af medicin. Derudover rådgiver udvalget Styrelsen for Patientsikkerhed om potentielle risikofaktorer, der vedrører brug af lægemidler og om bivirkninger som følge af medicineringsfejl.

Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet er sammensat af repræsentanter fra Amgros, Apotekerforeningen, Region Hovedstaden, Danske Regioner, Dansk Lægemiddelinformation, Giftlinjen, Københavns Universitet, Syddansk Universitet, Aarhus Universitet, Kommunernes Landsforening, Lægemiddelindustriforeningen, Pharmakon, Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen, Lægemiddelstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed.

Pga. COVID-19-epidemien holdt det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet kun et enkelt møde i 2020. Blandt de emner, der blev drøftet på mødet, var patientsikkerhedsaspekter i relation til det øgede antal af lægemidler med forsyningsvanskeligheder. Udvalget drøftede blandt andet, hvordan kommunikationen til klinikere om restordre kan optimeres.

Andre emner var Danmarks Apotekerforenings status på behandlerfarmaceutordningen, som trådte i kraft 1. juli 2019, og FMK's nye funktionalitet i forhold til dosisdispensering.

## 5.4 Samarbejde med Lægemiddelstyrelsen

Styrelsen for Patientsikkerhed samarbejder med Lægemiddelstyrelsen om systematisk udveksling af viden om forvekslinger af lægemidler, bivirkninger, der opstår på grund af medicineringsfejl, og andre lægemiddelrelaterede problemer, som resulterer i medicineringsfejl.

På grund af coronaepidemien har vi i 2020 holdt færre møder end normalt, men samarbejdet har dog bl.a. bidraget til udarbejdelsen af de to OBS-meddelelser: 15. januar 2020 vedr. risiko for forveksling af svampemidlerne AmBisome® og Fungizone® og d. 28 juli 2020 vedr. risiko for fejdosering på grund af restordre på Digoxin 250 mikrogram. Læs mere om OBS-meddelelserne på s. 12.

## 5.5 Koordinationsforum for forbrug og anvendelse af lægemidler

Koordinationsforum for forbrug og anvendelse af lægemidler er etableret i samarbejde mellem Styrelsen for Patientsikkerhed, Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen. Formålet er at understøtte det tværgående samarbejde og koordination mellem styrelsernes initiativer og projekter. Samarbejdet skal bidrage til, at styrelsernes initiativer kan understøtte hinanden og at projekter kan blive bedre, mere helhedsorienterede og mere effektive. Forummet videndeler om forhold, der har betydning for patientsikkerheden, fx ved at påvirke ordination, forbrug, omsætning eller anvendelse af lægemidler. Endvidere præsenteres kommende større initiativer og projekter, der kan forventes at inddrage eller påvirke de øvrige styrelser.

## 5.6 Fælles Medicinkort (FMK)

Styrelsen for Patientsikkerhed har et samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen om den løbende udvikling af Fælles Medicinkort (FMK). Mønstre og tendenser fra utilsigtede hændelser danner grundlag for drøftelser af, hvordan viden om patientsikkerhed kan bidrage til udviklingen af FMK. Når en ny funktionalitet bliver introduceret i FMK, følges udviklingen i rapporteringen af utilsigtede hændelser relateret til den nye funktionalitet for at monitorere, om den medfører nye typer af utilsigtede hændelser. Derudover deltager styrelsen fast i statusmøder med Sundhedsministeriet, Lægemiddelstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen, hvor udviklingen af FMK løbende drøftes.

I 2020 har styrelsen bl.a. monitoreret den nye løsning vedrørende dosisdispensering, der blev lanceret juni 2020, for at afdække, om den nye løsning medførte nye typer af utilsigtede hændelser.

Styrelsen har desuden bidraget til en konvertering af ustrukturerede doseringer i FMK til strukturerede doseringsforslag, som læger kan benytte ved ordination af en række lægemidler i stedet for at bruge fritekst. Målet er at sikre entydige ordinationer, som gør det let for fx plejepersonale at se, hvilken dosis af et lægemiddel en læge har ordineret til en patient, så der ikke opstår misforståelser om den korrekte dosering.

Vi har desuden arbejdet for at få indført doseringsforslag og beslutningsstøtte til ordinationer med lægemidler indeholdende methotrexat samt advarsler ved ordinationer af methotrexat i FMK.

## 5.7 Internationalt samarbejde

I begyndelsen af 2020 deltog Styrelsen for Patientsikkerhed i et møde i WHO's International Patient Safety Expert Group, som skulle komme med et bud på, hvordan den globale plan for patientsikkerhed skal se ud for perioden 2021-2030.

Arbejdet foregik primært som tværnationale workshops med drøftelser af prioriteringer og udviklingsmuligheder for arbejdet med patientsikkerhed i forskellige lande. Blandt de emner, der blev drøftet, var nationale rapporterings- og læringssystemer samt ledelse og patientsikkerhedskultur. På mødet blev det bl.a. besluttet fremover at afholde den internationale World Patient Safety Day som en tilbagevendende begivenhed den 17. september hvert år. Mødet mundede ud i rapporten *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*.

Det årlige Global Ministerial Summit on Patient Safety, som efter planen skulle finde sted i tilknytning til ekspertmødet, blev aflyst, da mange sundhedsministre måtte prioritere at håndtere den begyndende COVID-19-pandemi.

# 6 Udvikling i rapporteringer

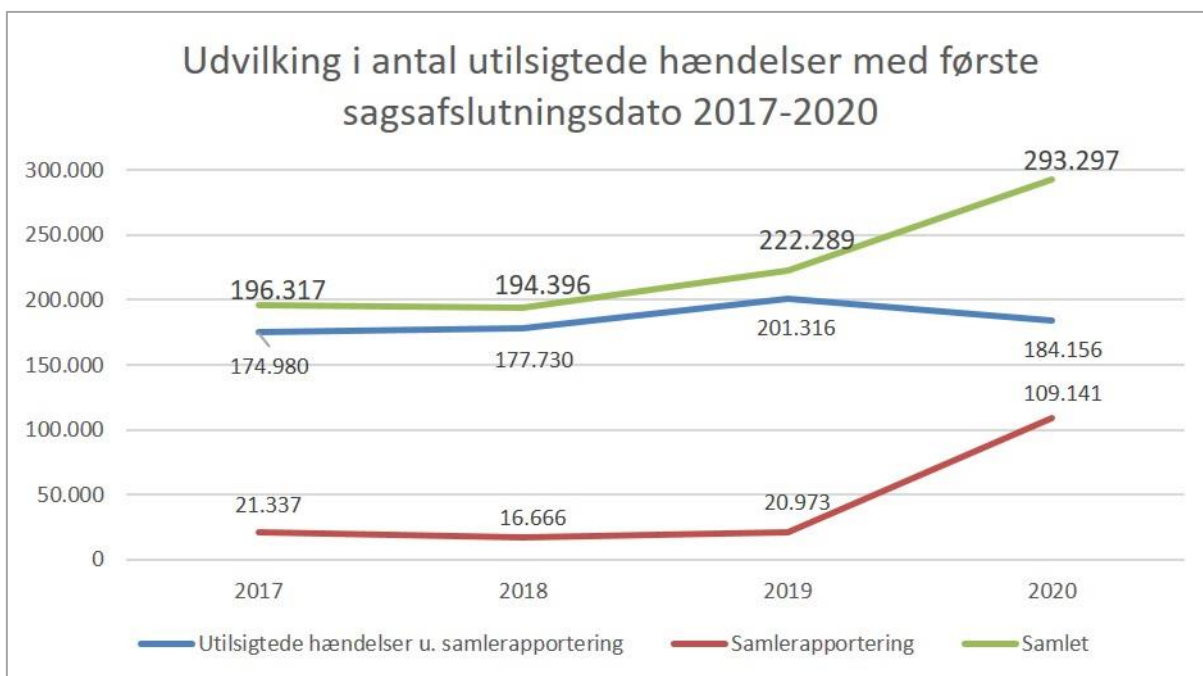
## 6.1 Rapporteringer til DPSD

I 2020 er der sket en markant stigning i det samlede antal sagsafsluttede rapporteringer af utilsigtede hændelser i DPSD, fra 222.289 i 2019 til 293.297 i 2020. Det svarer til en stigning på 32 procent og afspejler implementeringen af samlerapportering i kommunerne. Samlerapportering er en forenklet rapporteringsmetode, der kun omfatter utilsigtede hændelser, hvor patienten er faldet eller ikke har fået sin medicin, og hvor konsekvenserne af hændelserne er "ingen skade" eller "mild skade". Alle øvrige hændelser skal rapporteres til DPSD som normalt. Læs mere om samlerapportering på side 7.

Samlerapportering er blevet implementeret gradvist og tegner sig i 2020 for mere end en tredjedel af de sagsafsluttede utilsigtede hændelser med 109.141 rapporteringer. Den gradvise implementering har betydet, at der i 2019 og 2020 blev rapporteret en del hændelser via det traditionelle rapporteringsskema i DPSD, som opfyldte kriterierne for samlerapportering.

Den store stigning i samlerapportering tyder på, at samlerapportering dækker et behov for nem adgang til at rapportere nogle af de mest almindelige hændelsestyper, og at der er større tilbøjelighed til at rapportere, når det er enkelt og hurtigt.

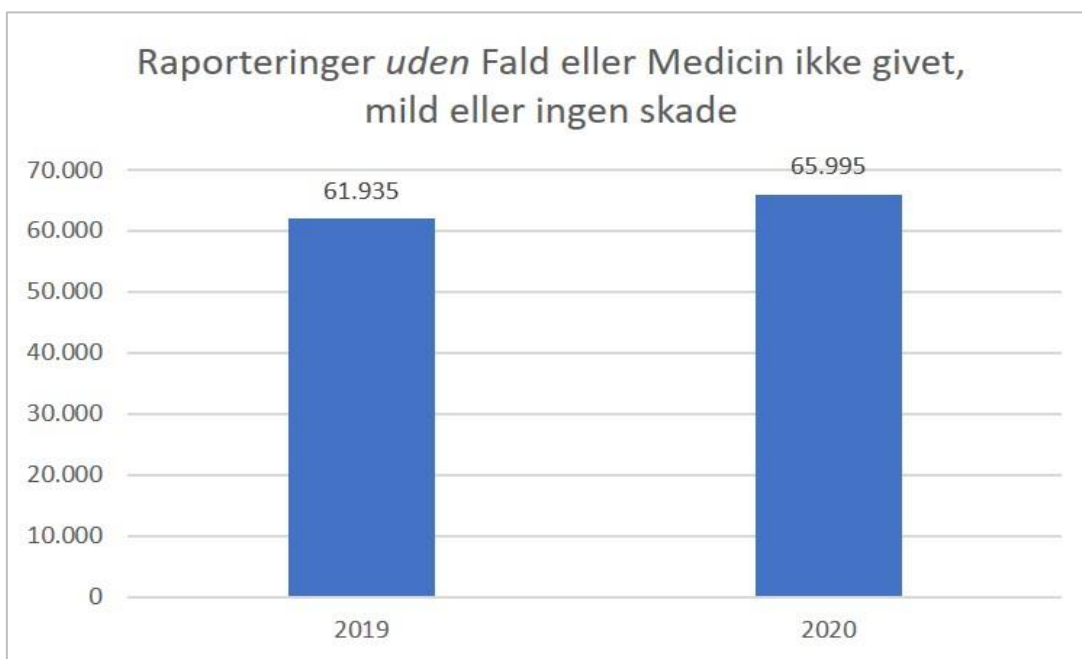
Figur 1 viser udviklingen i antallet af sagsafsluttede utilsigtede hændelser i DPSD siden 2017.



Figur 1. Den samlede udvikling i antal sagsafsluttede utilsigtede hændelser i perioden 2017 til 2020

Hvis man alene ser på de hændelser, der er rapporteret gennem det traditionelle rapporteringsskema, dvs. uden samlerapportering, er der sket et mindre fald fra 2019 til 2020 som følge af, at en del rapporteringer er blevet flyttet til samlerapportering. Udviklingen dækker imidlertid samtidig over en stigning i rapporteringen af øvrige typer af hændelser.

Både i 2019 og 2020 er der blevet rapporteret hændelser som traditionel rapportering, der opfyldte kriterierne for at indgå i samlerapporteringen, dvs. hændelser af typerne *Fald* og *Medicin ikke givet*, hvor konsekvenserne af hændelserne var "ingen skade" eller "mild skade". Hvis man fraregner alle hændelser for 2019, der således kunne være blevet samlerapporteret, kan man se, at antallet af øvrige hændelser, der blev rapporteret i 2019, var 61.935. Hvis man laver den samme beregning for 2020, er tallet 65.995.

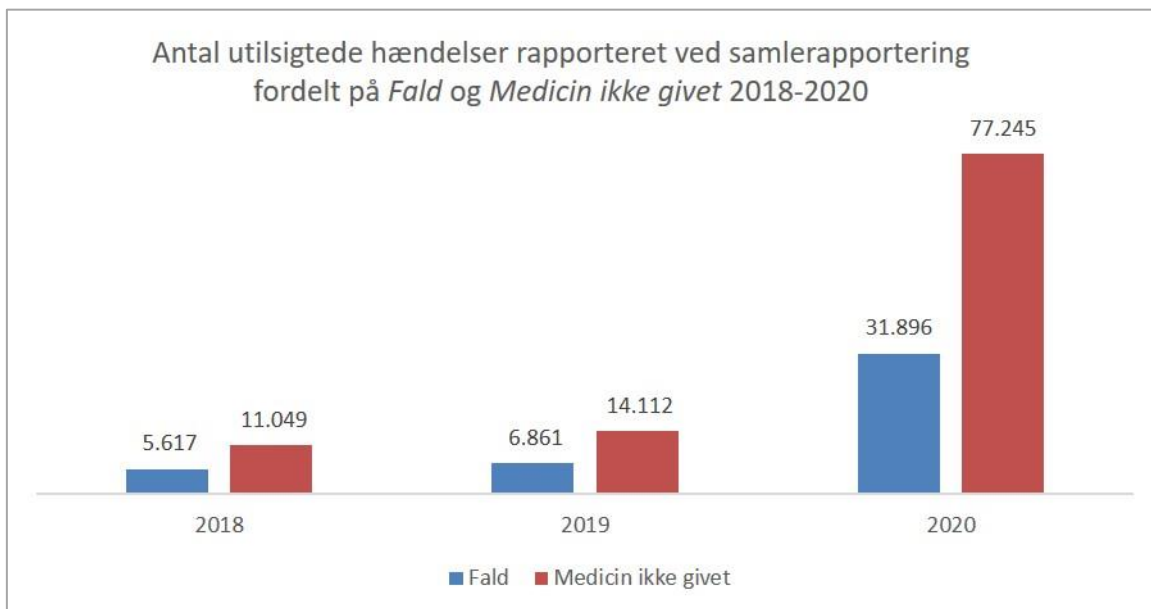


Figur 2. Udviklingen i rapporteringer af utilsigtede hændelser, der ikke omfatter hændelsestyperne *Fald* eller *Medicin ikke givet*, og hvor konsekvenserne af hændelserne var "ingen skade" eller "mild skade" fra 2019 til 2020.

Der er således sket en lille stigning i antallet af øvrige rapporteringer samtidig med, at der er sket en stor stigning i samlerapporteringer. Samlerapportering har på den baggrund ikke fået opmærksomheden på den øvrige rapportering til at falde.

## 6.2 Samlerapportering

I figur 3 ses antallet af utilsigtede hændelser rapporteret ved samlerapportering fordelt på de to kategorier *Fald* og *Medicin ikke givet* for 2018, 2019 og 2020. Der har været en stor stigning i antallet af utilsigtede hændelser rapporteret ved samlerapportering, og det er fortsat hændelser omhandlende *Medicin ikke givet*, som der samlerapporteres flest af.



Figur 3. Antal sagsafsluttede utilsigtede hændelser rapporteret ved samlerapportering fordelt på *Fald* og *Medicin ikke givet* 2018-2020

### 6.3 Fordeling af utilsigtede hændelser i kategorierne Hospitaler, Andet regional, Privathospital og hospice samt Kommuner

I dette afsnit er figurerne inddelt i henholdsvis:

- Hospitaler
- Andet regional
- Privathospitaler og hospice
- Kommuner

Overstående inddeling omfatter forskellige områder af sundhedsvæsenet. Den præcise afgrænsning er illustreret i figur 4 nedenfor.

Hændelsessted	Omfatter
<b>Hospitaler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offentlige sygehuse</li> </ul>
<b>Andet regional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoteker</li> <li>• Bandagister</li> <li>• Optikere</li> <li>• Paktiserende jordemødre</li> <li>• Praktiserende læger (almen praksis)</li> <li>• Speciallæger</li> <li>• Præhospital og ambulancer</li> <li>• Psykologer</li> <li>• Regionale botilbud</li> <li>• Tandlæger og tandplejere</li> <li>• Terapeuter og kiropraktorer (ergoterapeut, fodterapeut, fysioterapeut, kiropraktor, osteopat)</li> <li>• Vaccinationsklinikker</li> <li>• Vagtlægeordningen</li> </ul>
<b>Privathospitaler og hospice</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospice</li> <li>• Privathospitaler</li> </ul>
<b>Kommuner</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aflastning- og midlertidige pladser</li> <li>• Aktivitets- og dagtilbud</li> <li>• Akutfunktion</li> <li>• Den kommunale tandpleje</li> <li>• Hjemmeplejen</li> <li>• Hjemmesygeplejen</li> <li>• Kommunal læger</li> <li>• Misbrugsbehandling</li> <li>• Myndighed og visitation</li> <li>• Plejeboliger</li> <li>• Rehabilitering</li> <li>• Sociale botilbud</li> <li>• Sundheds- og sygeplejecentre</li> <li>• Sundhedsplejersker</li> <li>• Træning</li> <li>• Andet</li> </ul>

Figur 4. Oversigt over inddeling af sundhedsvæsenet i DPSD

Figur 5 viser den årlige udvikling af utilsigtede hændelser uden samlerapporteringer siden 2017 fordelt på følgende typer af hændelsessteder: Hospitaler, Andet regional, Kommuner samt Privathospitaler og hospice.

I 2020 var der 17.160 færre utilsigtede hændelser end i 2019 med *første sagsafslutningsdato* i det pågældende år. Det samlede antal utilsigtede hændelser er dog steget siden 2019, når samlerapporteringer inkluderes. Samlet set tyder det på, at der fortsat er øget fokus på rapportering af utilsigtede hændelser, særligt i kommunerne efter implementering af samlerapportering.



Figur 5. Udviklingen i antal sagsafsluttede utilsigtede hændelser uden samlerapporteringer i perioden 2017 til 2020 fordelt på kategorierne Hospitaler, Andet regional, Privathospitaler og hospice samt Kommuner som hændelsessted

Figur 6 på næste side viser fordelingen af hændelsestyperne for Hospitaler, Andet regional, Privathospitaler og hospice samt Kommuner. Utilsigtede hændelser rapporteret ved samlerapportering i kommunerne indgår også i denne samlede opgørelse. Samlerapporteringer omhandlende *Medicin ikke givet* er inkluderet i hændelsestypen *Medicinering herunder væsker*, og samlerapporteringer omhandlede *Fald* er inkluderet i området *Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader*.

For alle typer af hændelsessteder udgør *Medicinering herunder væsker* den største andel af de utilsigtede hændelser.

I figuren er de hændelsestyper, der udgør over 10 procent af det samlede antal utilsigtede hændelser markeret med gult. Det er de samme hændelsestyper, der blev rapporteret flest af i 2019.

DPSD-klassifikation	Hospital		Andet regional		Kommune		Privat	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ambulancer, akutbiler, helikoptere m.v.	*	*	93	0,63	*	*	*	*
Anden utilsigtet hændelse	2.782	5,91	931	6,31	5.693	2,47	52	4,66
Behandling og pleje	7.145	15,19	461	3,13	5.678	2,46	77	6,91
Blod og blodprodukter	290	0,62	*	*	10	0,00	*	*
Gasser og luft	207	0,44	11	0,07	62	0,03	*	*
Henvisninger, ind-/udskrivelse og medicinlister	4.149	8,82	364	2,47	1.027	0,45	95	8,52
Infektioner	416	0,88	61	0,41	3.598	1,56	5	0,45
IT, telefoni, infrastruktur, bygninger m.v.	616	1,31	181	1,23	285	0,12	29	2,60
Kirurgisk behandling herunder ECT, anæstesi m.v.	804	1,71	43	0,29	19	0,01	*	*
Medicinering, fx tabletter, vacciner og væsker	11.403	24,24	7.281	49,37	156.050	67,73	367	32,91
Medicinsk udstyr, hjælpemidler, røntgen mv.	1.366	2,90	138	0,94	712	0,31	28	2,51
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	6.305	13,40	817	5,54	3.741	1,62	98	8,79
Patientidentifikation	1.404	2,98	477	3,23	*	*	19	1,70
Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader	1.790	3,81	1.094	7,42	52.466	22,77	268	24,04
Præhospital behandling	*	*	123	0,83	*	*	*	*
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	6.658	14,15	1.940	13,16	290	0,13	53	4,75
Selvskade og selvmord	338	0,72	37	0,25	199	0,09	*	*
Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation	1.289	2,74	609	4,13	*	*	9	0,81
Teknisk disponering	*	*	73	0,50	*	*	*	*
Telemedicin, fx apps, hjemmesider og måleudstyr	8	0,02	*	*	*	*	*	*
Ikke udfyldt	68	0,14	11	0,07	566	0,25	5	0,45
<b>Total</b>	<b>47.038</b>	<b>100</b>	<b>14.747</b>	<b>100</b>	<b>230.397</b>	<b>100</b>	<b>1.115</b>	<b>100</b>

Figur 6. Antal sagsafsluttede utilsigtede hændelser i 2020 fordelt på hændelsestyper og hændelsessted inkl. samlerrapportering. De gule felter viser, hvor hændelsesklassifikationen udgør mindst 10 procent af det samlede antal utilsigtede hændelser i forhold til lokationen. Visse steder i opgørelsen er antallet af hændelser erstattet med \*. Det skyldes, at antallet af utilsigtede hændelser i de pågældende kategorier efter Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering er for få til, at de kan blive udleveret grundet risiko for identifikation af enkeltpersoner, jf. sundhedslovens § 200.

## 6.4 Graden af alvorlighed

Når en utilsigtet hændelse bliver rapporteret, skal rapportøren angive, hvor alvorlig hændelsen faktisk var for patienten. Når sagsbehandleren efterfølgende arbejder med hændelsen, kan denne justere alvorligheden af hændelsen.

I figur 7 ses de nuværende definitioner for alvorlighedsklassifikationen.

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

Figur 7. Definitionerne bag den eksisterende alvorlighedsklassifikation for utilsigtede hændelser

### Pilotprojekt om revidering af rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser

I 2020 igangsatte Styrelsen for Patientsikkerhed som en del af projektet *Utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsenet* et pilotprojekt, hvor fire forskellige indsatser blev afprøvet:

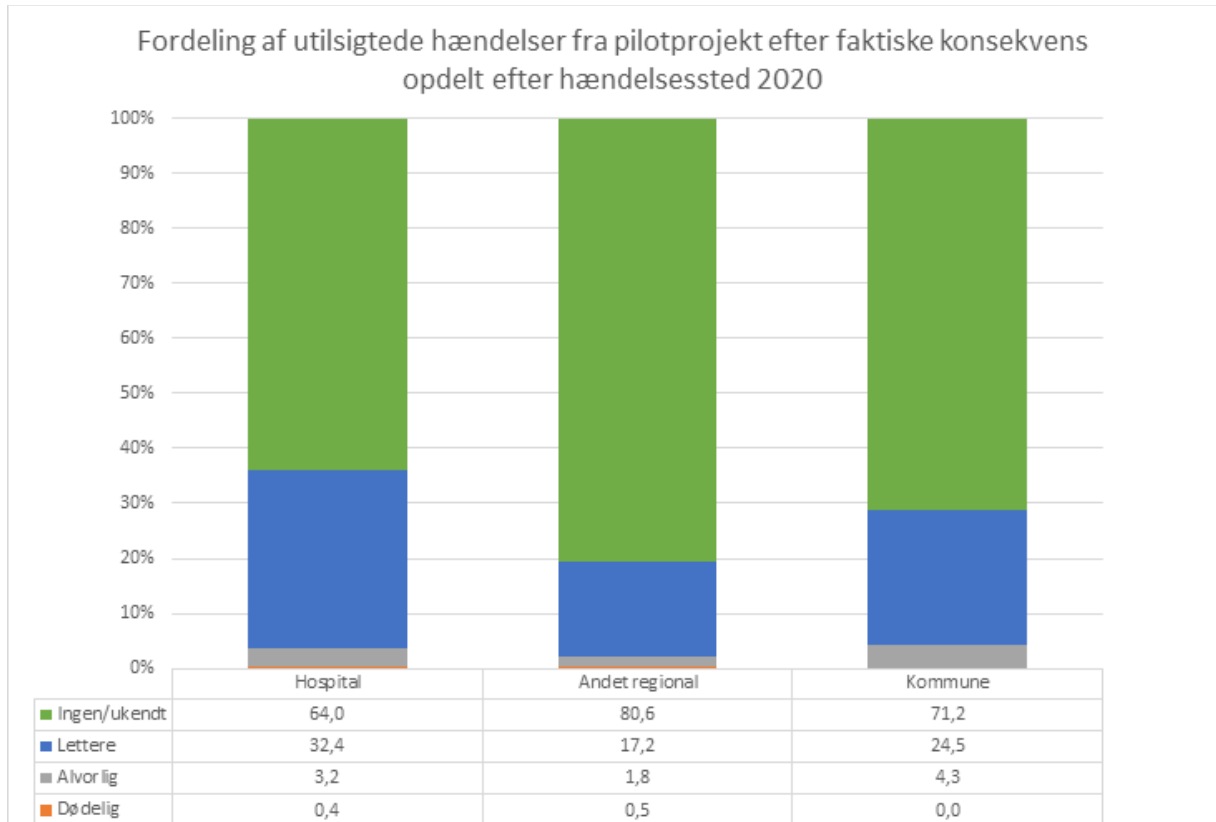
- Revidering af rapporteringspligten
- Revidering af alvorlighedsklassifikationen
- Revidering af rapporteringsskemaet
- Revidering af sagsbehandlerskemaet

Pilotprojektet forløb fra marts til og med december 2020. I stedet for fem kategorier for alvorlighed var der i den reviderede alvorlighedsklassifikation fire kategorier: *Ingen/ukendt*, *lettere*, *alvorlig* og *dødelig*. Derudover skulle rapportøren som noget nyt angive, hvor alvorlig hændelsen var i forhold til to parametre: den *faktiske konsekvens* og den *mulige konsekvens*. Ud fra de to parametre blev der beregnet en samlet alvorlighedsklassificering.

Når det er interessant at se på den mulige konsekvens af en utilsigtet hændelse, er det fordi, der kan være tale om en "nær-hændelse", hvor en skade blev afværget, men hvor hændelsen potentielt kunne have haft alvorlige konsekvenser for patienten. Det er vigtigt, at også disse hændelser bliver analyseret og sagsbehandlet lokalt for at drage læring og forebygge, at det sker igen.

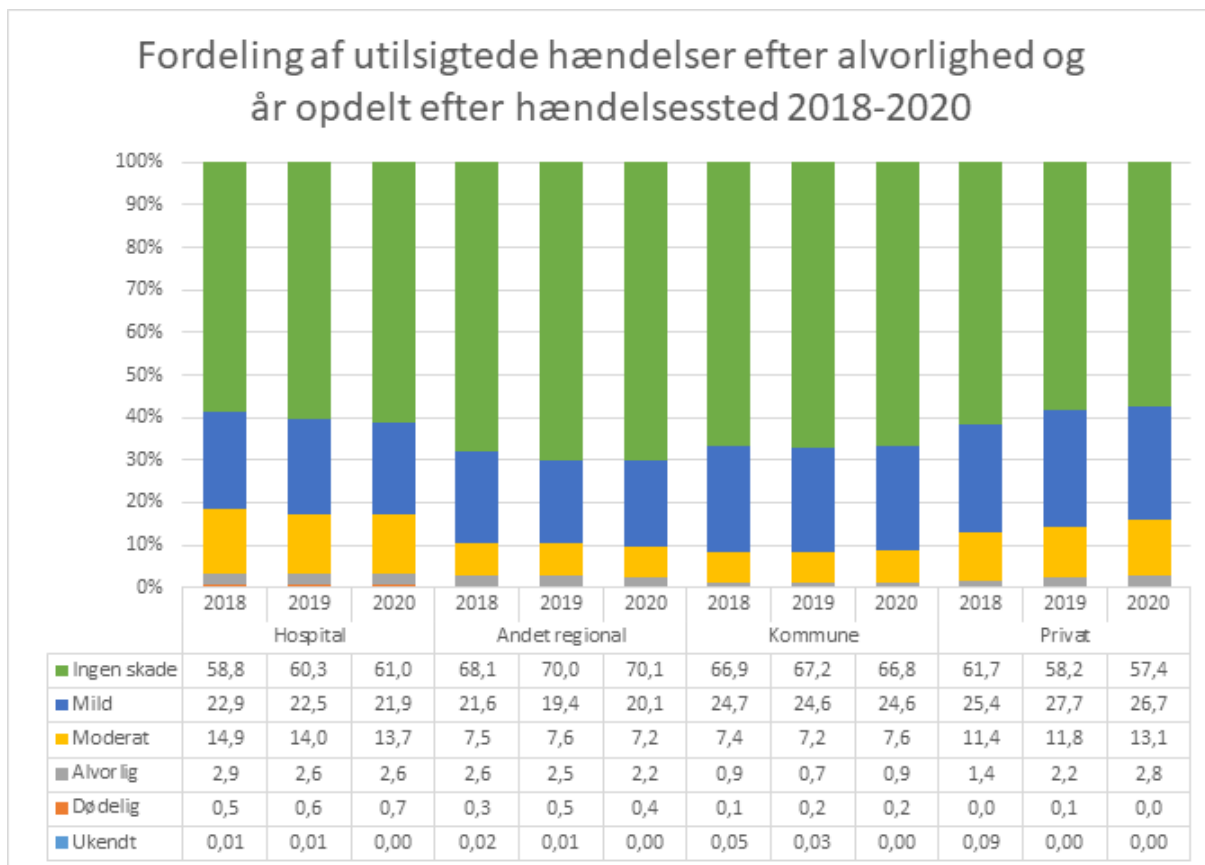
Ud fra de input, pilotprojektet har bidraget med, vil der blive udarbejdet en ny alvorlighedsklassifikation for utilsigtede hændelser.

Figur 8 viser fordelingen af hændelser inden for de forskellige typer af hændelsessted i pilotprojektet efter alvorlighed af den faktiske konsekvens af hændelserne, da den umiddelbart er mest sammenlignelig med de nuværende klassifikationer. Private behandlingssteder deltog ikke i pilotprojektet.



Figur 8. Tallene er baseret på den faktiske konsekvens af utilsigtede hændelser i 2020 rapporteret via det nye skema i forbindelse med pilotprojektet. Tallene er angivet i procent.

Figur 9 viser fordelingen af hændelser efter alvorlighed inden for de forskellige typer af hændelsessted i perioden 2018-2020. Opgørelsen omfatter ikke hændelser, der er rapporteret i pilotprojektet.



Figur 9. Tallene er baseret på utilsigtede hændelser fra 2018-2020, som er sagsafsluttet og indsendt til Styrelsen for Patientsikkerhed uden for pilotprojektet. Tallene er angivet i procent.

Af figur 8 og 9 fremgår det, at de fleste hændelser er alvorlighedsklassificeret som *Ingen skade*, *Mild*, *Lettere* eller *Ingen/ukendt skade*.

## 6.5 Utilsigtede hændelser i patientovergange

Siden rapporteringsordningen i 2010 blev udvidet til også at omfatte kommuner, har det været muligt at analysere utilsigtede hændelser på tværs af lokationer (patientovergangshændelser).

Utilsigtede hændelser i patientovergange omfatter utilsigtede hændelser, hvor opfølgningen på hændelsen kræver involvering af både hændelsesstedet og den/de øvrige involverede enhed(er). Det er rapportøren, som skal angive, at der er tale om en patientovergangshændelse. Dette kan samtidig betyde, at en patientovergangshændelse ikke altid registreres som en sådan. Tallene vil derfor ikke afspejle, hvor mange patientovergangshændelser, der faktisk har fundet sted.

Figur 10 viser, hvordan patientovergangshændelser fordeler sig mellem typer af hændelsessteder i 2018, 2019 og 2020.

Der er i 2020 sagsafsluttet flest patientovergangshændelser mellem hospitaler eller forskellige afdelinger på samme hospitaler og mellem hospitaler og kommuner (markeret med gult). Det samme var tilfældet i 2018 og 2019.

Hændelsessted	Involveret sted											
	Hospital			Andet regional			Kommune			Privat		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
<b>Hospital</b>	1.067	1.343	1.230	136	110	78	823	1.008	797	*	*	*
<b>Andet regional</b>	107	93	82	68	65	66	126	156	152	*	*	*
<b>kommune</b>	242	291	289	73	82	99	216	352	430	*	*	*
<b>Privat</b>	*	*	*	*	*	*	*	5	*	*	8	*

Figur 10. Tallene er baseret på sagsafsluttede utilsigtede hændelser i 2018, 2019 og 2020, der er registreret som patientovergangshændelser. Rapporteringer, hvor det involverede hændelsessted ikke er opgivet, frasorteres. Visse steder i opgørelsen er antallet af hændelser erstattet med \*. Det skyldes, at antallet af utilsigtede hændelser i de pågældende kategorier efter Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering er for få til, at de kan blive udleveret, pga. risiko for identifikation af enkeltpersoner, jf. sundhedslovens § 200.

## 6.6 Andet opdagelsessted end hændelsessted

Mange hændelser bliver opdaget et andet sted end der, hvor de har fundet sted. Dette kan rapportøren markere som 'Opdagelsessted'. I 2020 blev 13.674 sagsafsluttede hændelser markeret med andet *Opdagelsessted* end der, hvor hændelsen fandt sted. Det er vigtigt, at disse hændelser, der først bliver opdaget af næste led i pleje- eller behandlingskæden, også rapporteres, fordi man kan være uvidende om, at der er sket en utilsigtet hændelse der, hvor hændelsen har fundet sted.

I 2020 blev der sagsafsluttet 4.765 hændelser, hvor hændelsesstedet var et hospital, og hvor hændelsen blev opdaget på en anden hospitalsafdeling eller et andet hospital (markeret med gult). Der blev sagsafsluttet 2.780 hændelser, hvor hændelsesstedet var et hospital, men opdagelsesstedet var i en kommune (markeret med gult). Omvendt blev der sagsafsluttet 347 hændelser, hvor hændelsesstedet var i en kommune, men opdagelsesstedet var et hospital (markeret med gult i figur 11).

Hændelsessted	Opdagelsessted											
	Hospital			Andet regional			Kommune			Privat		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
<b>Hospital</b>	5.016	5.286	4.765	1.007	867	633	2.626	3.483	2.780	20	20	27
<b>Andet regional</b>	1.678	1.739	1.602	415	468	489	695	819	838	*	5	*
<b>Kommune</b>	248	322	347	115	132	134	1.720	1.931	1.946	*	*	*
<b>Privat</b>	14	21	13	10	12	6	17	65	83	7	7	5

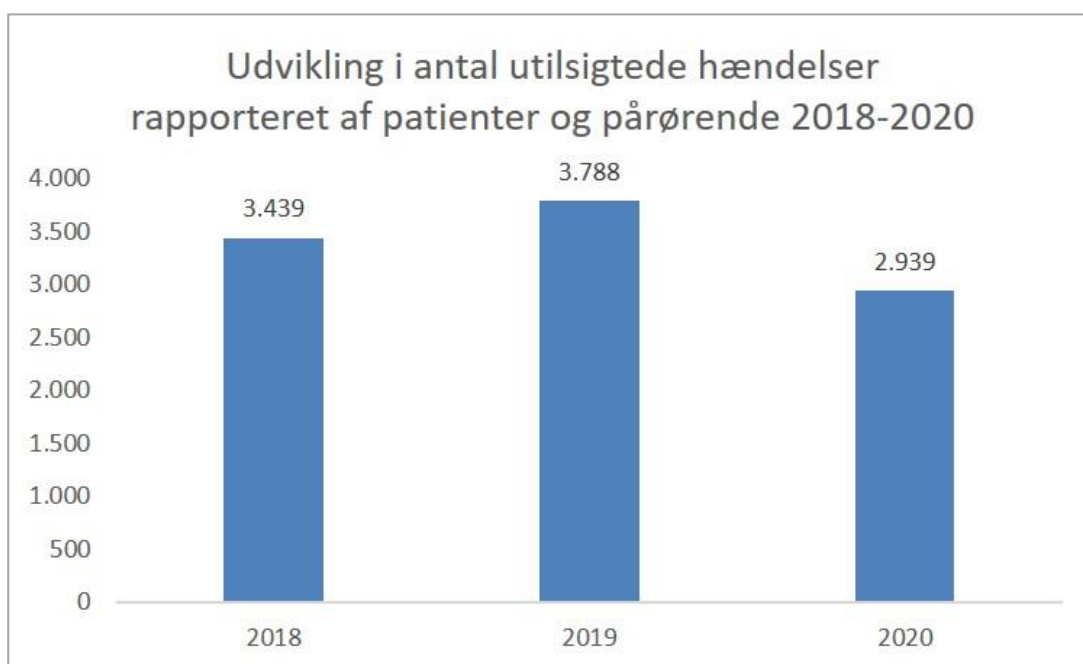
Figur 11. Tallene er baseret på sagsafsluttede utilsigtede hændelser i 2018, 2019 og 2020, som er opdaget og rapporteret et andet sted end hændelsesstedet. Rapporteringer, hvor opdagelsesstedet ikke er opgivet, frasorteres. Visse steder i opgørelsen er antallet af hændelser erstattet med \*. Det skyldes, at antallet af utilsigtede hændelser i de pågældende kategorier efter Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering er for få til, at de kan blive udleveret, pga. risiko for identifikation af enkeltpersoner, jf. sundhedslovens § 200.

## 6.7 Utilsigtede hændelser rapporteret af patienter og pårørende

I 2020 blev der sagsafsluttet 2.939 utilsigtede hændelser rapporteret af patienter og pårørende. Rapporteringer fra patienter og pårørende udgør 1 procent af alle utilsigtede hændelser, der er sagsafsluttet i 2020.

Rapporteringsmuligheden for patienter og pårørende har eksisteret siden september 2011. Både kommuner og regioner har i flere år haft fokus på at informere patienter og pårørende om muligheden for at rapportere utilsigtede hændelser.

I figur 12 ses, at antallet af rapporteringer fra patienter og pårørende er faldet med ca. 22 procent fra 2019 til 2020.

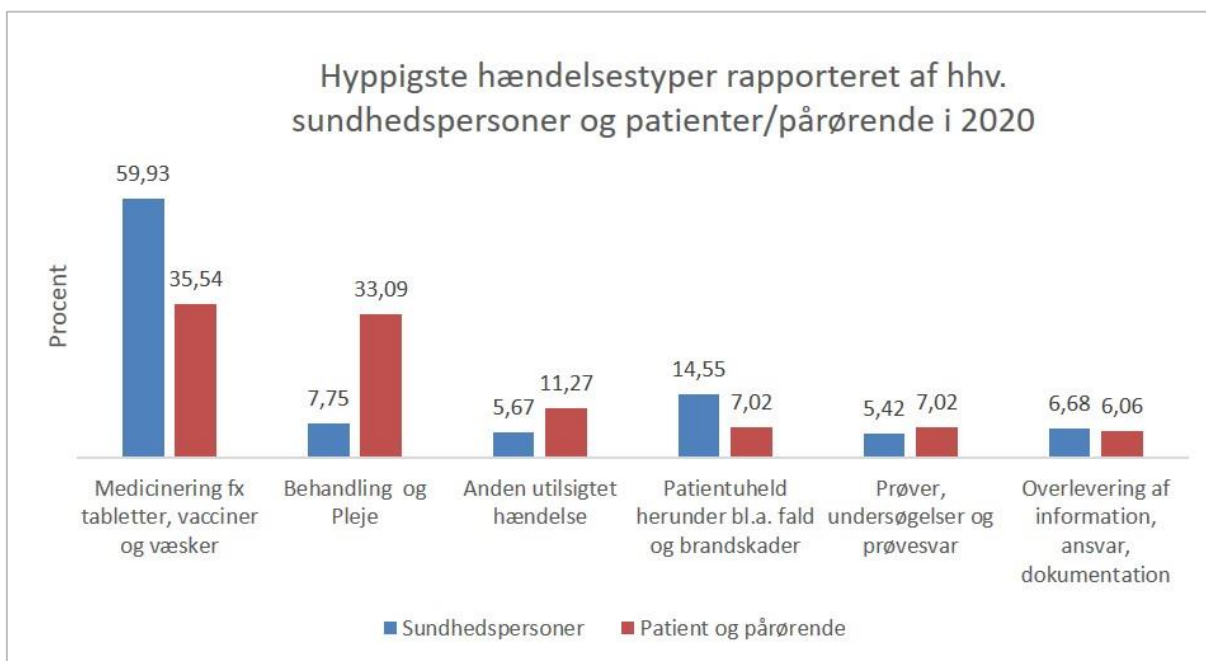


Figur 12. Antal sagsafsluttede utilsigtede hændelser rapporteret af patienter og pårørende i perioden 2018-2020

## Mønstre i utilsigtede hændelser rapporteret af patienter og pårørende

I nedenstående figur 13 ses, hvilke hændelsestyper der hyppigst bliver angivet i utilsigtede hændelser rapporteret fra hhv. patienter/pårørende og sundhedsfaglige. *Medicinering herunder væsker* er den hyppigst anvendte hændelsestype for utilsigtede hændelser rapporteret af både patienter/pårørende og sundhedspersoner.

Den næsthøypigste hændelsestype, der rapporteres af patienter/pårørende, er *Behandling og pleje*, mens det for sundhedspersoner er *Patientuheld, herunder bl.a. fald og brandskader*.

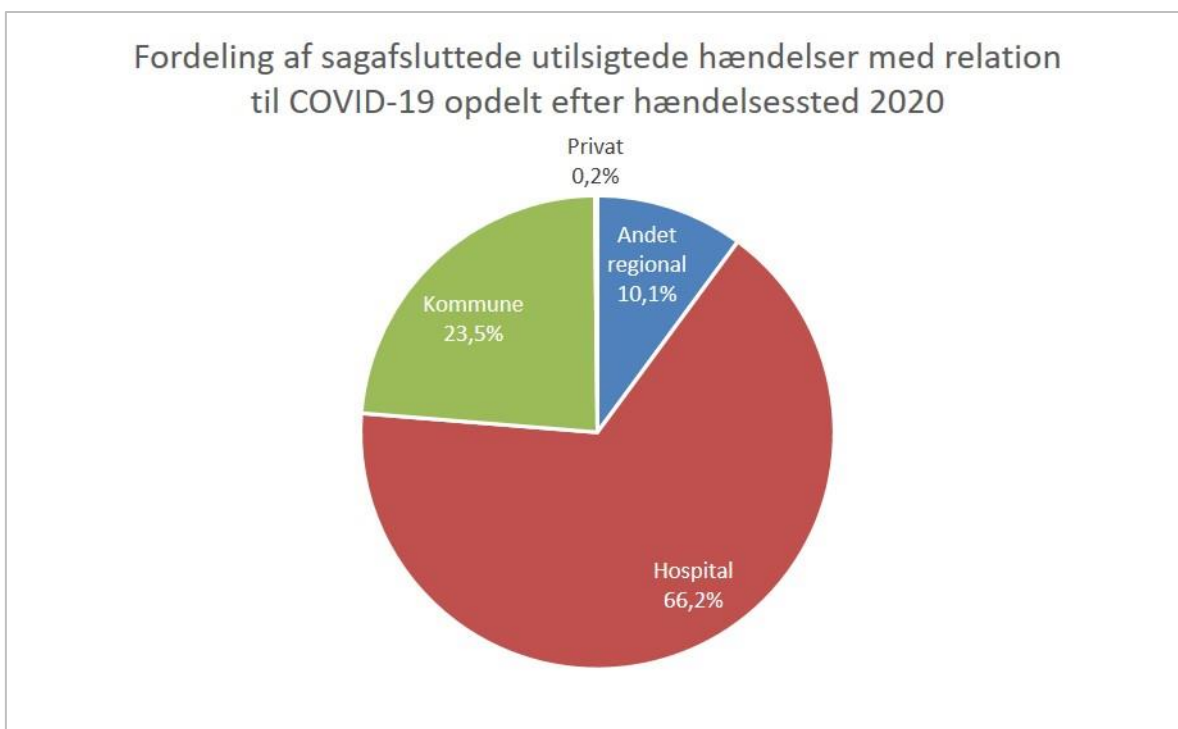


Figur 13. Fordeling af sagsafsluttede utilsigtede hændelser rapporteret af hhv. patienter/pårørende og sundhedspersoner i forhold til anvendt hændelsestype i 2020. Tallene er angivet i procent.

## 6.8 Utilsigtede hændelser relateret til COVID-19

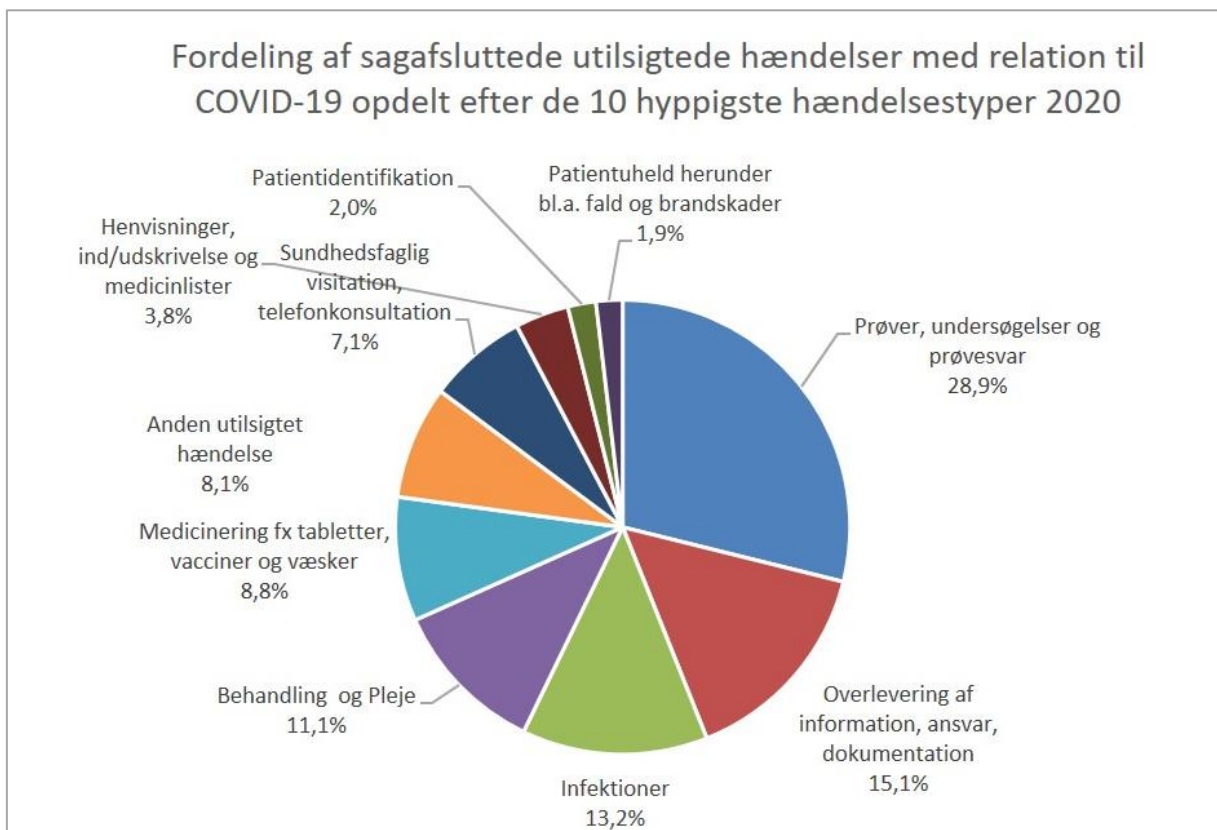
Styrelsen indførte i april 2020 et COVID-19-felt i rapporteringsskemaet for utilsigtede hændelser, hvor rapportøren skal angive, om hændelsen er relateret til COVID-19.

I 2020 blev der sagsafsluttet 3.386 utilsigtede hændelser, hvor rapportørerne havde brugt feltet til at angive, at hændelserne havde relation til COVID-19. Figur 14 viser, hvordan hændelserne fordeler sig mellem Hospital, Andet regional, Privathospitaler og hospice samt Kommune.



Figur 14. Fordeling af utilsigtede hændelser, hvor rapportøren har angivet, at hændelsen er relateret til COVID-19.

Figur 15 viser de 10 hyppigst forekommende hændelsestyper, der er rapporteret med relation til COVID-19. Hændelser, som er angivet med relation til COVID-19, er hyppigst klassificeret med hændelsestypen *Prøver, undersøgelser og prøvesvar*, dernæst *Overlevering af information, ansvar og dokumentation* og *Infektioner*.



Figur 15. Fordeling af sagafsluttede utilsigtede hændelser, hvor rapportøren har angivet, at hændelsen er relateret til COVID-19 fordelt på de 10 hyppigst forekommende hændelsestyper.

I vidensopsamlingen *Sikkerhed for sundhedspersoner er sikkerhed for patienter* er der mere detaljerede beskrivelser af de mønstre og tendenser, der har vist sig i utilsigtede hændelser med forbindelse til COVID-19-situationen. Læs mere om vidensopsamlingen på side 8.

Styrelsen for Patientsikkerhed fortsætter det tætte samarbejde med kommuner og regioner om læring af utilsigtede hændelser relateret til COVID-19, så længe det er relevant med et særligt fokus på disse hændelser.

## 6.9 Om datatrækket fra DPSD

Opgørelserne i årsberetningen er baseret på et datatræk fra DPSD foretaget 27. april 2021. Data er opgjort for utilsigtede hændelser, der har haft første sagsafslutningsdato i 2020. Årsberetningen for 2019 blev opgjort på samme måde, mens data i årsberetningen for 2018 blev opgjort på utilsigtede hændelser, der havde sagsafslutningsdato i 2018. Den ændrede metode betyder, at data i årsberetningen for 2020 ikke kan sammenlignes 1:1 med årsberetningen for 2018. Data er opgjort på parameteren *første sagsafslutningsdato*, da sager, som er sagsafsluttet, kan genåbnes på et senere tidspunkt og dermed får en ny sagsafslutningsdato. Det betyder, at hvis man trækker data på parameteren *sagsafslutningsdato*, kan data have ændret sig over tid. Med den nye metode undgås, at samme utilsigtede hændelse indgår flere gange, som den ellers vil gøre, hvis den har været afsluttet i 2019, efterfølgende er blevet genåbnet, og så igen afsluttet i 2020. Ved at bruge første *sagsafslutningsdato* vil det i højere grad være muligt at genskabe tallene på et senere tidspunkt, da denne dato aldrig vil ændres. Der er dog en risiko for, at tidligere afsluttede hændelser, som er blevet genåbnet på tidspunktet for datatrækket, ikke indgår i opgørelsen. Dette skyldes, at der kun er trukket hændelser med status *Lukket*. Hvis en tidligere afsluttet hændelse er blevet genåbnet på det tidspunkt, hvor der trækkes data i DPSD, vil hændelsen ikke komme med, selvom den har en *første sagsafslutningsdato* i fx 2020. Da databasen er dynamisk, og hændelser løbende bliver genåbnet og afsluttet, vil et tilsvarende datatræk på et senere tidspunkt formentlig ikke indeholde fuldstændig identiske data.

*Første sagsafslutningsdato* er en parameter, som først blev tilgængelig i DPSD i september 2016. For at have et fornuftigt datagrundlag for denne og fremtidige årsberetninger er der kun trukket data fra 2017-2020. Sagsbehandlerne har 90 dage til at sagsbehandle utilsigtede hændelser, og Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke adgang til at læse utilsigtede hændelser, før de er anonymiseret og afsluttet. Dette medfører, at hændelser, som er rapporteret i 2020, ikke nødvendigvis er sagsafsluttet i 2020. Denne opgørelse omfatter derfor utilsigtede hændelser, som er rapporteret i 2020 eller tidligere og har første sagsafslutningsdato i 2020. Hændelser, der er rapporteret i 2020, men ikke sagsafsluttet i 2020, vil først indgå i årsberetningen for 2021, hvis de på det tidspunkt er afsluttet. Data for utilsigtede hændelser, der er rapporteret ved samlerapporteringer, er opgjort efter parameteren *Samlerapportering sidste dag*.