STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Dansk Patientsikkerhedsdatabase

Årsberetning 2015

april 2016

Kolofon

Titel på udgivelsen: Dansk Patientsikkerhedsdatabase Årsberetning 2015

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

Telefon: 7222 7400
E-post: sst@sst.dk
EAN –lokationsnummer: 5798 000 363311

Udgivelsesår: 2016

ISBN (digital): 978-87-998966-0-8

Indhold

1	**Forord**	**4**
1.1	Psykiatri: selvmord og selvmordsforsøg	4
1.2	Psykiatri: temarapport om elektrochokbehandling	5
1.3	Foredrag og undervisning	5
1.4	Temadage for ledere i primærsektoren	5
1.5	DPSD Nyhedsbrev	6
1.6	Risikosituationslægemidler	7
1.7	Medicinske plastre	8
1.8	Blodfortyndende medicin	8
2	**Styrelsen for Patientsikkerheds arbejde med utilsigtede hændelser**	**9**
2.1	Samarbejde med Sundhedsstyrelsen og Lægemiddelstyrelsen	9
2.2	Partnerskaber og forskerservice	9
2.3	Bidragsrapport fra sundhedsvæsenet 2015	10
3	**Råd og udvalg**	**10**
3.1	Nationalt Forum	10
3.2	Fagligt Forum	11
3.3	Driftsgruppen	11
3.4	Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet	11
4	**Internationalt samarbejde**	**12**
4.1	EU: Patient Safety and Quality of Care Expert Group	12
4.2	The International Medication Safety Network (IMSN)	12
4.3	Det Europæiske Lægemiddelagentur	12
4.4	Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting	12
5	**Rigsrevisionsundersøgelse**	**13**
6	**Drift og udvikling af DPSD**	**13**
6.1	Rapporteringer til DPSD	13
6.2	Rapporteringer fra patienter og pårørende	15
6.3	Ny pjece til patienter og pårørende	15
6.4	Fordeling af rapporter fra regioner, hospitaler, private og kommuner	17
6.5	Fordeling af hændelsestyper	17
6.6	Graden af alvorlighed	19
6.7	Tværsektorielle hændelser	20
6.8	DPSD-udvikling	21

1 Forord

2015 var en overgangsfase, som blev indvarslet allerede i foråret 2014 med Sundheds- og Ældreministeriets serviceeftersyn af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser i anledning af systemets ti års jubilæum. Servicetilsynet mundede ud i en række anbefalinger til forbedring og målretning af Dansk Patientsikkerhedsdatabase, som stod øverst på Patientombuddets opgaveliste ved indgangen til 2015. Rigsrevisionen tog i februar 2015 initiativ til en undersøgelse af rapporteringssystemet, og der var folketingsvalg med efterfølgende omorganisering af Sundheds- og Ældreministeriets område, bl.a. i form af sammenlægningen af Patientombuddet med Sundhedsstyrelsens tilsyns- og autorisationsenheder i Styrelsen for Patientsikkerhed[1]. Desuden udløb kontrakten med leverandøren af systemet bag Dansk Patientsikkerhedsdatabase og kom i udbud. Samlet tegner sig et billede af et år, hvor der blev arbejdet på højtryk på at tilrettelægge og udvikle fremtidens læring i sundhedsvæsenet.

Som en udløber af serviceeftersynet blev Fagligt Forum oprettet. Formålet var at slå bro mellem Nationalt Forums mere overordnede, strategiske sigte og praksis i sundhedsvæsenet gennem sparring om konkrete temaer og læringsaktiviteter. I løbet af 2015 blev læringsarbejdet lokalt og nationalt drøftet i Fagligt Forum, bl.a. i forhold til udskrivelse, medicinafstemning, arbejdsmiljø, henvisning og rettidige prøvesvar. Forummet har således allerede været med til at kvalificere de læringsaktiviteter, som Styrelsen for Patientsikkerhed sætter i gang.

Anne-Marie Vangsted
Direktør
Styrelsen for Patientsikkerhed

1.1 Psykiatri: selvmord og selvmordsforsøg

Selvmord og selvmordsforsøg
Omkring 130 fagfolk var samlet, da Styrelsen for Patientsikkerhed 23. oktober afholdt en temadag om selvmord og selvmordsforsøg i psykiatrien.
Fokus for temadagen var selvmordsrisikovurdering og overgange ved komplicerede patientforløb. Formålet med dagen var blandt andet at beskrive gode erfaringer med indsatser på fokusområderne.
En pointe fra dagen var, at det er vigtigt, risikovurderingen forstås ens blandt personale, samt at vurderingen bliver formidlet korrekt internt og på tværs af sektorerne. Et samlet koncept for risikovurdering på nationalt niveau blev foreslået. En anden pointe var, at et kerneelement i etableringen af tværsektorielt samarbejde er forståelse og respekt for hinanden og den fælles opgaveløsning.

[1] For nemheds skyld anvendes i årsberetningen Styrelsen for Patientsikkerhed, selvom styrelsen først blev etableret 8. oktober 2015. En række af de nævnte aktiviteter er altså foregået i regi af det tidligere Patientombuddet.

1.2 Psykiatri: temarapport om elektrochokbehandling

Indrapporterede utilsigtede hændelser i forbindelse med elektrochokbehandling, ECT, viser, at der er patientsikkerhedsmæssige risici forbundet med behandlingsformen både før, under og efter behandlingen.
ECT er et område, der kræver særlig bevågenhed i forhold til patientsikkerhed, fordi behandlingsformen involverer en mangfoldighed af opmærksomhedspunkter og aktører. ECT stiller store krav til de sundhedsprofessionelles opgaveudførelse.
Styrelsen for Patientsikkerhed blev i foråret 2015 opmærksom på en række utilsigtede hændelser i forbindelse med ECT. Styrelsen udarbejdede i samarbejde med læger fra psykiatrien temarapporten om *Patientsikkerhed ved elektrochok (ECT)*.

1.3 Foredrag og undervisning

En af Styrelsen for Patientsikkerheds opgaver er at formidle viden om patientsikkerhed og rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser. I 2015 holdt styrelsen 11 oplæg relateret til Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Oplæggene handlede primært om:

- styrelsens rolle, opgaver, ansvar og organisation
- lovgivningen for rapporteringsordningen
- opfølgning på temarapporter
- risikosituationslægemidler og medicineringsfejl
- læring af utilsigtede hændelser og klagesager.

1.4 Temadage for ledere i primærsektoren

Styrelsen for Patientsikkerhed inviterede 17. og 19. november ledere i primærsektoren til temadag om det ledelsesmæssige ansvar for opfølgning på klagesager og utilsigtede hændelser. Temadagene blev afholdt i Aarhus og København. I alt deltog 240 ledere i de to temadage.

Billede fra temadagen for ledere i primærsektoren i Aarhus (klik på billedet for at se præsentationerne m.m.).

På temadagene holdt Styrelsen for Patientsikkerhed oplæg om lederes juridiske ansvar i forbindelse med klagesager, tilsynssager og utilsigtede hændelser. Lyngby-Taarbæk Kommune orienterede om arbejdet med utilsigtede hændelser i kommunen og om et fælles projekt om rapportering på tværs af kommunerne og sygehusene i området.

Billede fra temadagen for ledere i primærsektoren i København (klik på billedet for at se præsentationerne m.m.).

1.5 DPSD Nyhedsbrev

I 2015 publicerede Styrelsen for Patientsikkerhed fire nyhedsbreve på læringsområdet. Nyhedsbrevene beskrev fx det nye faglige forum, der blev oprettet i 2015. I nyhedsbrevet fra marts publicerede styrelsen en revideret liste med risikosituationslægemidler. Alle sundhedspersoner, bør kende listen. Endelig har AK-behandling, medicinske plastre, GPS-sporing af demente, udviklingen af DPSD og dannelsen af den ny styrelse for patientsikkerhed været nogle af de emner, der blev skrevet om i nyhedsbrevene.
Du kan hente og læse DPSD Nyhedsbrev ved at klikke på billederne herunder.

1.6 Risikosituationslægemidler

Styrelsen for Patientsikkerhed udgav i 2015 en opdateret liste over risikosituationslægemidler. Listen blev første gang udgivet af Lægemiddelstyrelsen i 2011.
Formålet med listen er at identificere de lægemidler, der udgør en særlig risiko for patienterne på baggrund af forebyggelige lægemiddelrelaterede utilsigtede hændelser, der er rapporteret til DPSD.
Med opdateringen udkom også et hæfte, tabeller og huskelister, som man kan anvende i undervisningsforløb.

1.7 Medicinske plastre

Der blev i 2015 rapporteret over 2.000 utilsigtede hændelser, som involverer medicinske plastre. Mange af hændelserne omhandlede plastre, der ikke blev skiftet rettidigt, eller situationer, hvor det gamle plaster ikke blev fjernet, da det nye blev sat på.
Styrelsen for Patientsikkerhed valgte på den baggrund at sende de virksomheder, der har medicinske plastre i deres sortiment, et orienteringsbrev om problematikken.
I brevet blev der orienteret om, at styrelsen får henvendelser fra sundhedspersoner, som ønsker at kunne skrive på medicinske plastre, så det bliver lettere og mere sikkert at håndtere plasterskift, særligt hos patienter med skiftende plejepersonale, og at det ville gavne patientsikkerheden, hvis styrke og indholdsstof var angivet på plasteret.

1.8 Blodfortyndende medicin

DPSD

OBS

OBS-meddelelse

Pradaxa® kapsler skal blive i blisterpakningen indtil brug.

Patientombuddet

Styrelsen for Patientsikkerhed blev via flere kilder opmærksom på en række alvorlige hændelser omkring dispensering og administration af lægemidlet Pradaxa.
Det er vigtigt at Pradaxa®-kapsler bliver i blisterpakningen indtil brug. Lægemidlet i Pradaxa® forbliver ikke stabilt uden for blisterpakningen, derfor skal Pradaxa®-kapslen blive i den gastætte blisterpakning eller i det særlige pilleglas med fugtsuger, indtil kapslen skal indtages.
Styrelsen udsendte på baggrund af hændelserne en OBS-meddelelse med anbefalinger til sundhedspersoner om håndteringen af Pradaxa®.

2 Styrelsen for Patientsikkerheds arbejde med utilsigtede hændelser

2.1 Samarbejde med Sundhedsstyrelsen og Lægemiddelstyrelsen

Styrelsen for Patientsikkerhed udveksler systematisk viden om bivirkninger, der opstår på grund af medicineringsfejl. I 2015 leverede Styrelsen for Patientsikkerhed materiale til en tværgående analyse af indberettede formodede bivirkninger og rapporterede utilsigtede hændelser i forbindelse med risiko for kemiske hudskader hos nyfødte børn, herunder også brandsår hos for tidligt fødte i forbindelse med anvendelse af klorhexidinopløsninger til huddesinfektion (i Nyt om bivirkninger, januar 2015), og til en tværgående analyse af indberettede formodede bivirkninger og rapporterede utilsigtede hændelser i forbindelse med interaktioner mellem Marevan og Brentan oral-gel (i Nyt om bivirkninger, oktober 2015).

Styrelsen for Patientsikkerhed udveksler også information om problemstillinger og forvekslinger, der i øvrigt relaterer sig til lægemidler. I 2015 har Styrelsen for Patientsikkerhed fx informeret om forvekslinger af parenteral ernæring, hændelser, som nævner beskadigelse af hud ved brug af medicinsk plaster og utilsigtede hændelser, hvor Pamorelin "clotter", når det opblandes.
Styrelsen for Patientsikkerhed har et ad hoc-samarbejde med Lægemiddelstyrelsen om medicinsk udstyr, som i 2015 bl.a. omfattede et arbejde, der skal undersøge mulighederne for at samordne de to rapporteringsordningerne for medicinsk udstyr til henholdsvis Dansk Patientsikkerhedsdatabase og Lægemiddelstyrelsen. Arbejdet fortsætter i 2016.

Styrelsen for Patientsikkerhed gjorde i forbindelse med lovforslag om ændring af sundhedsloven og hjemmel til GPS-lokalisering, tilbageholdelse og -førsel af indlagte patienter, Sundheds- og Ældreministeriet opmærksom på, at der er rapporteret hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase, hvor GPS-enheder har svigtet. Hensigten var, at det ved lovændringen skulle overvejes, hvordan patientsikkerhedsproblematikker kan samles til brug for formulering af minimumskrav til funktionalitet og brugbarhed af GPS´erne.

2.2 Partnerskaber og forskerservice

Styrelsen for Patientsikkerheds mål er, at den viden, der findes i de utilsigtede hændelser, fortsat skal anvendes proaktivt. Det gøres ved at tilbyde forskere og fx master- og Ph.d.-studerende adgang til data i anonymiseret form. Herudover indgår Styrelsen for Patientsikkerhed partnerskaber med en række aktører. Ved partnerskaber er det personalet i Styrelsen for Patientsikkerhed, der analyserer hændelserne og sender et resumé til modtageren. Ved forskerservice laves dataudtræk af Styrelsen for Patientsikkerhed, mens selve analysen foretages af forskere. Analyserne af utilsigtede hændelser foregår inden for Styrelsen for Patientsikkerheds fysiske rammer af hensyn til beskyttelsen af data.

Styrelsen for Patientsikkerhed har i 2015 haft følgende partnerskaber og forskerservice i forhold til data fra DPSD:

Dansk Lægemiddel Information A/S (DLI) samarbejdes der kontinuerligt og formaliseret med for at sikre, at alle lægemidler på listen over risikosituationslægemidler bliver formidlet på pro.medicin.dk.
IKAS får dataudtræk om utilsigtede hændelser på apoteksområdet.
Pharmakon får dataudtræk om utilsigtede hændelser i sektorovergange knyttet til apotekssektoren.
Apotekerforeningen får dataudtræk om utilsigtede hændelser på apoteksområdet.
MedCom får dataudtræk om utilsigtede hændelser i FMK i praksis, på sygehusene og i den kommunale hjemmepleje.
Professionshøjskolen University College Capital har startet et forskningsprogram om det sammenhængende patientforløb, hvor utilsigtede hændelser analyseres i forhold problemstillingen.
Ph.d.- og masterstuderende har analyseret utilsigtede hændelser i speciallægepraksis og implementering af rapporteringsordningen i almen praksis.
Styrelsen for Patientsikkerhed har lavet udtræk til speciale- og ph.d.-studerende vedrørende utilsigtede hændelser ved medicinering af børn på offentlige hospitaler i Danmark. Knyttet til Klinisk Farmakologi, Institut for Sundhedstjeneste, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet og University of Iceland.

2.3 Bidragsrapport fra sundhedsvæsenet 2015

Ifølge Sundhedsloven skal Styrelsen for Patientsikkerhed indsamle oplysninger om rapporterede utilsigtede hændelser og udarbejdede handlingsplaner, faglige udmeldinger mv. fra sundhedsvæsenets aktører. Patientombuddet har i oktober 2015 bedt regioner, kommuner og private sygehuse om at indsamle oplysninger og sende dem til Styrelsen for Patientsikkerhed. Rapporten om bidrag fra sundhedsvæsenet, som publiceres samtidig med denne årsberetning, er således resultatet af den lovpligtige indsamling af oplysninger. Rapporten er primært tænkt som et elektronisk opslagsværk, hvor det er muligt for sundhedspersoner at søge viden om indsatsområder, fx på tværs af sundhedsvæsenet.

3 Råd og udvalg

3.1 Nationalt Forum

Nationalt Forum er Styrelsen for Patientsikkerheds strategiske samarbejdsforum. Nationalt Forum virker som debat- og udviklingsforum for strategier og visioner på læringsområdet. Nationalt Forum rådgiver om fokusområder og bistår med prioritering i forhold til læring og udviklingsinitiativer. Nationalt Forum er det koordinerende led mellem det lokale og centrale læringsarbejde. Herudover skal Nationalt Forum medvirke til at evaluere vores faglige udmeldinger.
Der blev i 2015 holdt to møder. Nationalt Forum har rådgivet Styrelsen for Patientsikkerhed om etablering af Fagligt Forum, der skal bistå i forhold til faglige spørgsmål. Generelle problemstillinger og indsatsområder i sundhedsvæsenet har været drøftet, fx implementeringen af Det Fælles Medicinkort (FMK).
Nationalt Forum har prioriteret Styrelsen for Patientsikkerheds fokusområder for 2016 om henvisning, udskrivelse og modtagelse. Temarapporterne om observation og insulin (2014) er blevet evalueret.
Nationalt Forum består af repræsentanter fra regionerne, kommunerne, Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen, Patienterstatningen, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, Danske Patienter, Dansk Sygeplejeråd, FOA, Brancheforeningen for Privathospi-

taler og Klinikker, Lægeforeningen, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og Danske Handicaporganisationer.

3.2 Fagligt Forum

Fagligt Forum er Styrelsen for Patientsikkerheds nyoprettede faglige samarbejdsforum, som er etableret på baggrund af serviceeftersynet af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser. Fagligt Forum skal blandt andet give sparring til projektoplæg og temarapporter og drøfte faglige resultater. Herudover skal Fagligt Forum stille forslag til emner, der bør belyses nationalt. Medlemmerne skal udveksle og drøfte aktuelle emner på lokalt, nationalt og internationalt niveau.
Fagligt Forum holdt to møder i 2015. Fagligt Forum drøftede blandt andet udvalgte hændelsestyper, og pegede på fokusområderne henvisninger og udskrivelser som fokusområder i 2016, blandt flere andre forslag. Herudover har Fagligt Forum drøftet klyngesamarbejde om patientsikkerhed i regioner og kommuner, FMK-problematikker og fejlhenvisninger. Endelig har rettidige prøvesvar og medicinafstemning været drøftet.
Fagligt Forum består af repræsentanter fra regioner og kommuner, almen praksis, praktiserende speciallæger, Danske Patienter, Danske Handicaporganisationer, privat sygehuse, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed.

3.3 Driftsgruppen

DPSD-driftsgruppen er Styrelsen for Patientsikkerheds tekniske forum for DPSD. I DPSD-driftsgruppen samarbejder brugerne om driften og udviklingen af Dansk Patientsikkerhedsdatabase, bl.a. i form af bidrag til konsensus omkring emner vedrørende DPSD.
Ud over DPSD-rapporterings- og -sagsbehandlingssystem behandler DPSD-driftsgruppen emner om andre systemer og funktioner, der er tilknyttet DPSD. Fx hjemmesiden www.dpsd.dk. Se i øvrigt afsnit 6, Drift og udvikling af DPSD.
DPSD-driftgruppen er sammensat af repræsentanter fra kommuner, regioner, Kommunernes Landsforening, Danske Regioner, Sundhedsdatastyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed.
Der blev i 2015 afholdt ét fysisk møde og to videomøder.

3.4 Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet

Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet har til formål at rådgive Styrelsen for Patientsikkerhed om, hvordan den nationale liste over risikosituationslægemidler vedligeholdes. Udvalget skal også komme med forslag til tiltag, der kan forbedre patienternes sikkerhed, når det gælder brugen af medicin. Udvalget rådgiver også om potentielle risikofaktorer, der vedrører brug af lægemidler. Desuden skal udvalget rådgive om rapporterede bivirkninger som følge af medicineringsfejl.
Udvalget blev i 2015 udvidet med én repræsentant fra Embedslægeinstitutionen og én fra Dansk Selskab for Almen Medicin.

Der blev i 2015 afholdt ét møde i udvalget. Blandt de emner, som blev behandlet, var:
nye advarsler til pro-medicin.dk/risikosituationslægemiddel-listen på baggrund af nye utilsigtede hændelser:

- Digoxin og forveksling af styrker
- opioder og overdosering, som ofte skyldes polyfarmaci med flere samtidige morfinækvivalenter.

- risikosituationslægemidler – huskeliste og tilføjelse af eksempler
- medicinske plastre og ønsket blandt sundhedspersoner om at måtte skrive dato for påsætning på plasteret
- Fragmin- og Innohep-enkeltdosissprøjter har ikke entydigt DrugID.

Der er desuden i 2015 blevet arbejdet på en artikel om utilsigtede hændeler og AK-præparater.
Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet er sammensat af repræsentanter fra Amros, Danmarks Apotekerforening, Region Hovedstaden, Danske Regioner, Dansk Lægemiddel Information A/S, Dansk Selskab for Almen Medicin, Giftlinjen, Københavns Universitet, Syddansk Universitet, Kommunernes Landsforening, Pharmakon, Styrelsen for Patientsikkerhed, Sundhedsstyrelsen og Aarhus Universitet.

4 Internationalt samarbejde

4.1 EU: Patient Safety and Quality of Care Expert Group

Ekspertgruppen rådgiver EU-Kommissionen om kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet.
Styrelsen for Patientsikkerhed har rådgivet Sundheds- og Ældreministeriet om konkrete forhold forud for deres deltagelse.

4.2 The International Medication Safety Network (IMSN)

Styrelsen for Patientsikkerhed er medlem af IMSN, som er et internationalt interessenetværk.
Formålet med netværket er primært at fremme udvikling af rapporteringssystemer til indsamling af medicineringsfejl samt at fremme international udveksling af erfaringer, så sikkerheden i medicineringspraksis øges. I 2015 har netværket bl.a. berørt områder som:

- sikkert design af vaccinepakninger og -mærkning
- fejldosering af methotrexate.

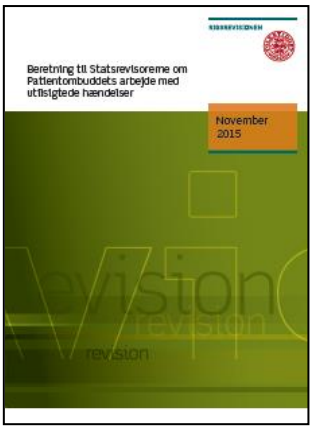
4.3 Det Europæiske Lægemiddelagentur

Styrelsen for Patientsikkerhed er som eksperter i patientsikkerhed udpeget til at sidde i Invented Name Review Group (NRG) under Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA).
NRG's vigtigste rolle er at vurdere, om et ansøgt handelsnavn til et lægemiddel kan være en potentiel patientsikkerhedsrisiko, fx ved forvekslinger.

4.4 Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting

Styrelsen for Patientsikkerhed repræsenterer Danmark i WHO-projektet. Projektets formål er at forberede landenes rapporteringssystemer til vidensdeling om utilsigtede hændelser.
Styrelsen for Patientsikkerhed arbejder sammen med WHO og andre EU-lande om at udvikle og teste en fælles basis klassifikationsmodel for rapportering af utilsigtede hændelser.
I 2015 bidrog Styrelsen for Patientsikkerhed med et oplæg om det danske rapporteringssystem på et WHO-møde.

5 Rigsrevisionsundersøgelse



Rigsrevisionen tog i februar initiativ til en undersøgelse af Styrelsen for Patientsikkerheds arbejde med utilsigtede hændelser. Rigsrevisionens beretning fra oktober anbefalede, at Styrelsen for Patientsikkerhed afklarer, hvilke informationer i rapporteringerne og hvilke funktionaliteter i rapporteringssystemet styrelsen har brug for, så systemet i endnu højere grad kan medvirke til at skabe læring i sundhedsvæsenet. Statsrevisorerne fandt, at man i den nye styrelse for patientsikkerhed bør have fokus på, hvordan rapporteringen af utilsigtede hændelser kan sikre et centralt overblik, der bidrager til at forbedre patientsikkerheden på tværs af regioner, kommuner mv., bl.a. ved at gøre anbefalingerne mere løsnings- og handlingsorienterede. Styrelsen for Patientsikkerhed ser det som en vigtig del af den fremtidige opgave at kommunikere om den viden, styrelsen samlet råder over, fra rapporter om utilsigtede hændelser, tilsyn med sundhedsvæsenet og klager fra patienter. På den måde vil styrelsen bidrage til at forbedre patientsikkerheden.

6 Drift og udvikling af DPSD

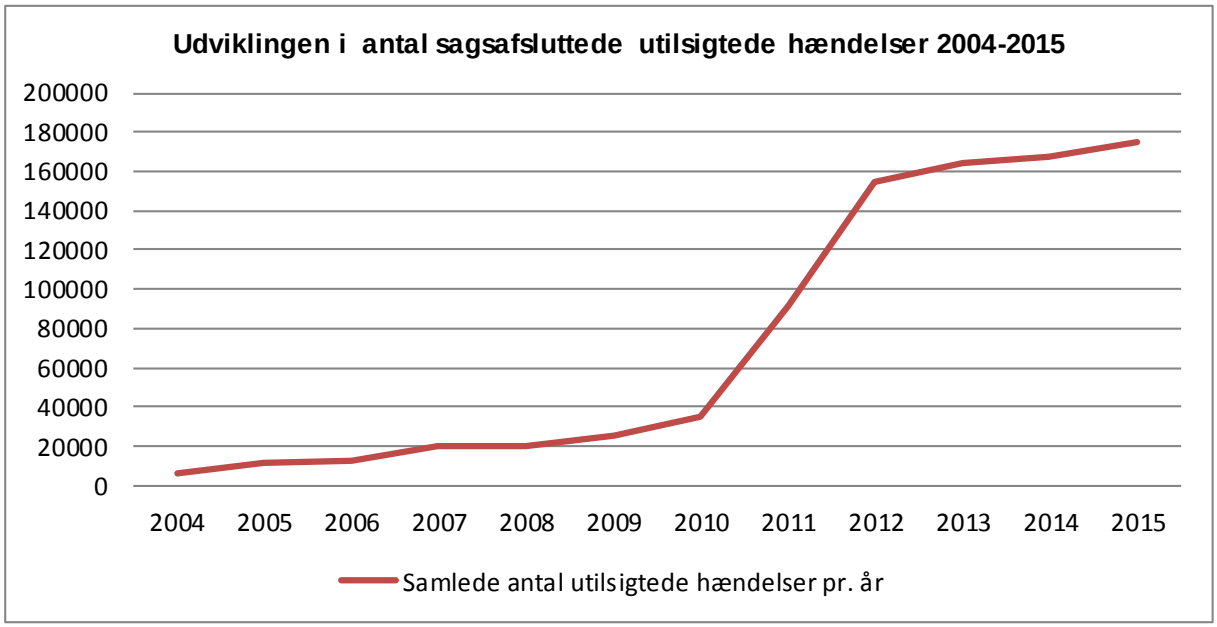
Denne del af årsberetningen indeholder opgørelser fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase om udviklinger og mønstre i utilsigtede hændelser fra 2015

DPSD er generelt ikke et statistisk anvendeligt system. Antallet af rapporterede hændelser påvirkes af en række faktorer, fx periodevise fokusområder i sundhedsvæsenet. Data bør derfor ikke anvendes til statistisk analyse.

6.1 Rapporteringer til DPSD

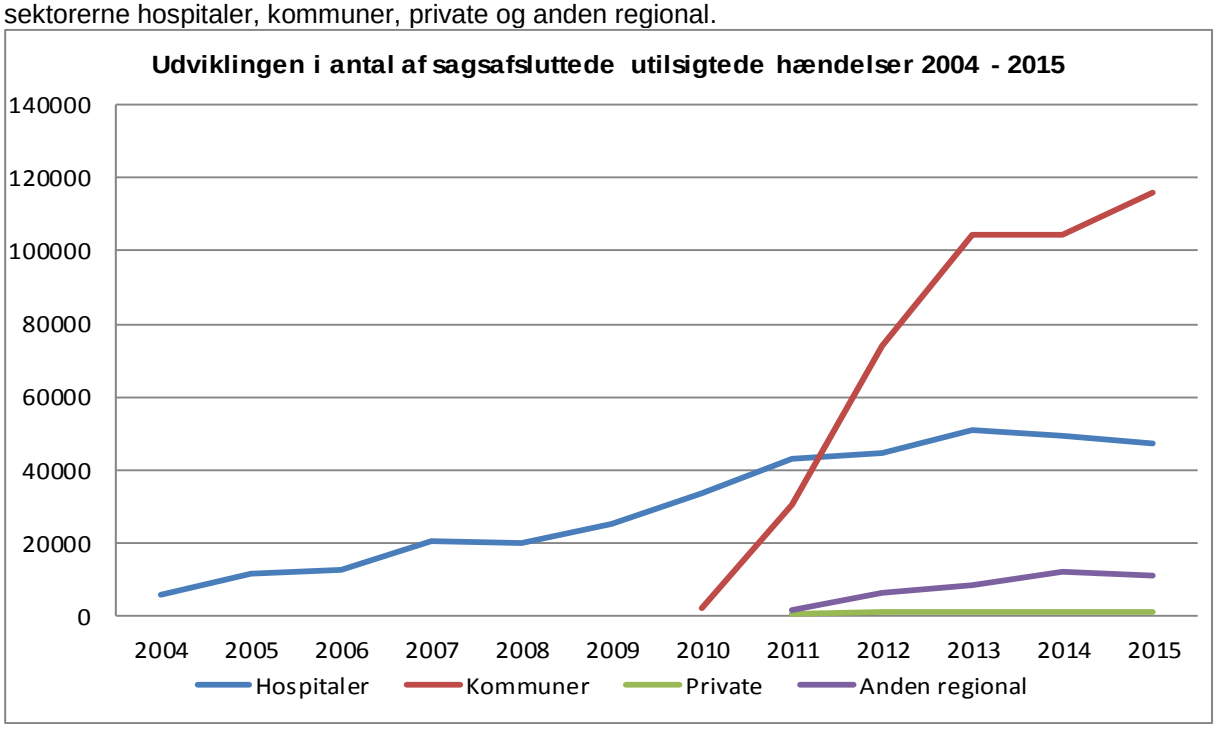
Der blev i 2015 i alt rapporteret 183.445 utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase og afsluttet 175.243 sager. Det tilsvarende tal for 2014 var 167.098 afsluttede sager[2]. Figur 1 viser udviklingen i antallet af sagsafsluttede utilsigtede hændelser i DPSD siden 2004.

[2] En del af sagerne afsluttet i 2015 er rapporteret i 2014 eller tidligere. Omvendt er en del af sagerne rapporteret i 2015 ikke afsluttede ved årets udgang.



Figur 1. Den samlede udvikling i antal sagsafsluttede utilsigtede hændelser i perioden 2004 til 2015

Styrelsen for Patientsikkerhed modtog samlet 8.145 flere rapporter i 2015 end i 2014. Stigningen skyldes primært flere rapporter fra kommunerne. Der har siden 2014 været et mindre fald i antallet hændelser fra regioner og fra gruppen *anden regional*.
Figur 2 viser den årlige udvikling af sagsafsluttede utilsigtede hændelser siden 2004 opdelt på sektorerne hospitaler, kommuner, private og anden regional.



Figur 2. Udviklingen i antallet af sagsafsluttede utilsigtede hændelser i perioden 2004 til 2015 fordelt på sektorer

6.2 Rapporteringer fra patienter og pårørende

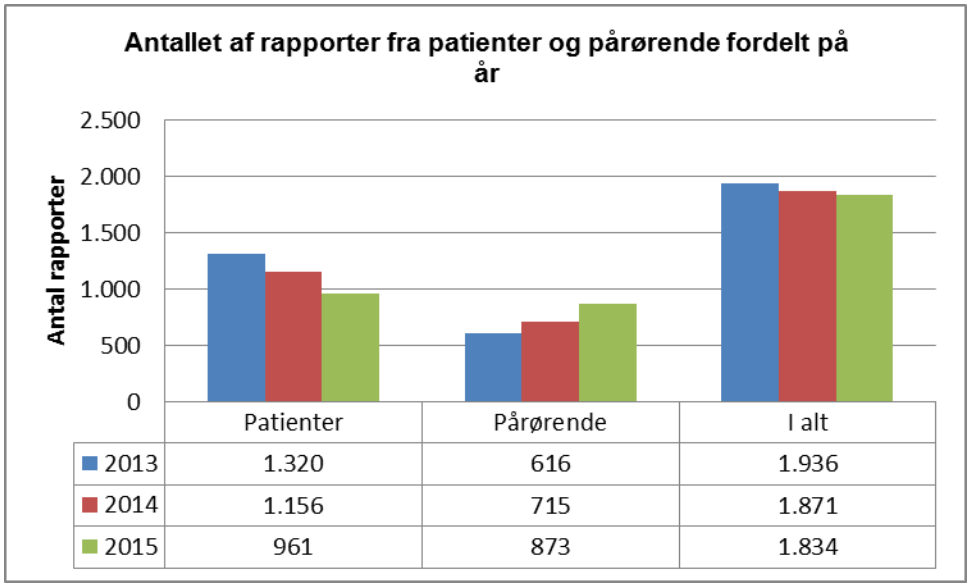
Der blev i 2015 rapporteret 1.834 utilsigtede hændelser fra patienter og pårørende. Rapporteringer fra patienter og pårørende udgør ½ procent af alle rapporter, der indsendes til Dansk Patientsikkerhedsdatabase.

6.3 Ny pjece til patienter og pårørende

I 2015 publicerede Styrelsen for Patientsikkerhed en ny pjece til patienter og pårørende om rapportering af utilsigtede hændelser.
Pjecen "Hjælp os med at blive bedre" har til formål at gøre patienter og pårørende opmærksomme på muligheden for at rapportere en utilsigtede hændelse.
Pjecen er til venteværelser og andre steder, hvor patienter og pårørende færdes.
Pjecen downloades og printes lokalt.

Download printversion eller download digital version

Rapporteringsmuligheden for patienter og pårørende har eksisteret siden september 2011. Både kommuner og regioner har i flere år haft fokus på at informere patienter om muligheden for at rapportere en utilsigtet hændelse. Flere kommuner har oplyst, at de har informeret om rapporteringsordningen på kommunens hjemmeside og ved visitationsbesøg hos borgerne.
I figur 3 herunder ses, at antallet af rapporter fra patienter er faldet, og rapporter fra pårørende er steget. Samlet set er der et mindre fald i rapporterne.

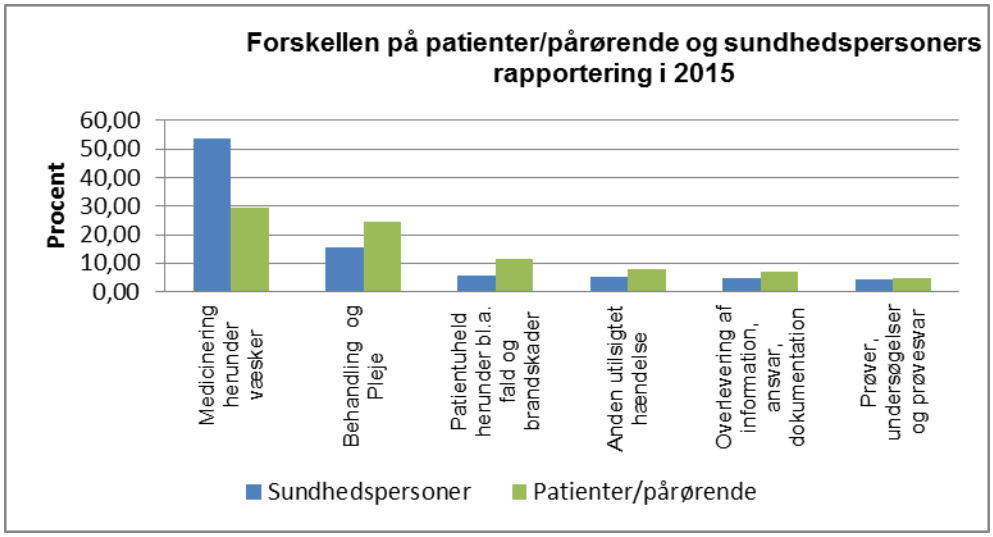


	Patienter	Pårørende	I alt
2013	1.320	616	1.936
2014	1.156	715	1.871
2015	961	873	1.834

Figur 3. Antallet af rapporter fra patienter og pårørende fordelt på årstal

Mønstre i hændelser fra patienter og pårørende

Det ses i figur 4, at *medicinering herunder væsker* som i tidligere år er den hyppigst anvendte klassifikation af hændelser fra både patienter/pårørende og sundhedspersoner. Den procentvise fordeling viser, at gruppen af sundhedspersoner hyppigere rapporterer hændelser om medicin end gruppen af patienter og pårørende, der til gengæld rapporterer mere om behandling og pleje. For de øvrige klassifikationer er andelen af rapporter lidt højere fra gruppen af patienter og pårørende end sundhedspersoner. Figur 4 viser, at det er samme typer utilsigtede hændelser, der rapporteres hyppigst af patienter/pårørende og sundhedspersoner.



Figur 4. Fordelingen af de seks hyppigste DPSD-klassifikationer fra patienter/pårørende og sundhedspersoners rapporteringer i procenttal. Tallene er baseret på sager fra 2015, som er afsluttet og indsendt til DPSD.

6.4 Fordeling af rapporter fra regioner, hospitaler, private og kommuner

For at lette overblikket har vi opdelt de næste siders tabeller og grafer i fire sektorer:

- hospitaler
- anden regional end hospitaler
- private
- kommuner.

Tabel 1 herunder viser, hvilke sundhedsområder de fire hovedgrupper omfatter.

Sektor	Omfatter
Kommuner	• den kommunale tandpleje • forebyggelsescentre • hjemmeplejen • hjemmesygeplejen • kommunelæger • misbrugsbehandling • plejeboliger • sociale botilbud • sundheds- og sygeplejecentre • sundhedsplejersker • tilbud til borgere med handicap • træning • andet.
Hospitaler	• offentlige sygehuse.
Private	• privathospitaler • hospice.
Anden regional	• apoteker • praktiserende jordmødre • praktiserende læger (almen praksis) • praktiserende speciallæger • præhospital og ambulancer • psykologer • regionale botilbud • tandlæger og tandplejere • terapeuter og kiropraktorer • vagtlægeordningen.

Tabel 1. Oversigt over opdelingen af sundhedsvæsenet i fire sektorer i denne årsberetning.

6.5 Fordeling af hændelsestyper

Det ses i tabel 2, at der er forskel på fordelingen af hændelsestyperne i de fire sektorer. I gruppen *Anden regiona*l udgør medicinering og prøver den største del af hændelserne. Henvisninger, ind-/udskrivelse og medicinlister på hospitaler udgjorde i 2015 som noget nyt over 10 procent af hændelserne. Disse er markeret med orange i tabellen. Hændelser fra kommuner er primært koncentreret om medicinering og fald. På privathospitaler vedrører de fleste hændelser medicin og patientfald.

DPSD klassifikation	Andet regional		Hospital		Kommune		Privat	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ambulancer, akutbiler, helikoptere m.v.	101	0,9	0	0	0	0	0	0
Anden utilsigtet hændelse	372	3,5	2.810	5,9	4.429	3,8	119	9,8
Behandling og pleje	247	2,3	6.303	13,3	3.508	3,0	90	7,4
Blod og blodprodukter	0	0	416	0,9	12	0	6	0,5
Gasser og luft	8	0,1	199	0,4	59	0,1	2	0,2
Henvisninger, ind-/udskrivelse og medicinlister	325	3,0	4.771	10,1	952	0,8	59	4,9
Infektioner	24	0,2	394	0,8	2.096	1,8	0	0
IT, telefoni, infrastruktur, bygninger m.v.	167	1,6	911	1,9	221	0,2	11	0,9
Kirurgisk behandling herunder ECT, anæstesi m.v.	45	0,4	852	1,8	12	0	31	2,6
Medicinering, herunder væsker	5.061	47,1	11.027	23,2	74.898	64,7	314	26,0
Medicinsk udstyr, hjælpemidler, røntgen mv.	100	0,9	1.556	3,3	497	0,4	31	2,6
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	560	5,2	6.268	13,2	2.155	1,9	121	10
Patientidentifikation	515	4,8	1.772	3,7		0	56	4,6
Patientuheld, herunder fald og brandskader	193	1,8	2.244	4,7	23.550	20,3	211	17,5
Præhospital behandling	105	1,0	0	0	0	0	0	0
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	1.782	16,6	6.159	13,0	168	0,1	123	10,2
Selvskade og selvmord	24	0,2	342	0,7	130	0,1	0	0
Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation	892	8,3	1.022	2,2	0	0	29	2,4
Teknisk disponering	98	0,9	0	0	0	0	0	0
Ikke udfyldt	121	1,1	398	0,8	3.163	2,7	6	0,5
Hovedtotal	10.740	100%	47.444	100%	115.850	100%	1.209	100%

Tabel 2. Antal sagsafsluttede utilsigtede hændelser 2015. De gule og orange felter viser, hvor hændelsesklassifikationen udgør mindst 10 procent. Orange felter er nye i forhold til 2014.

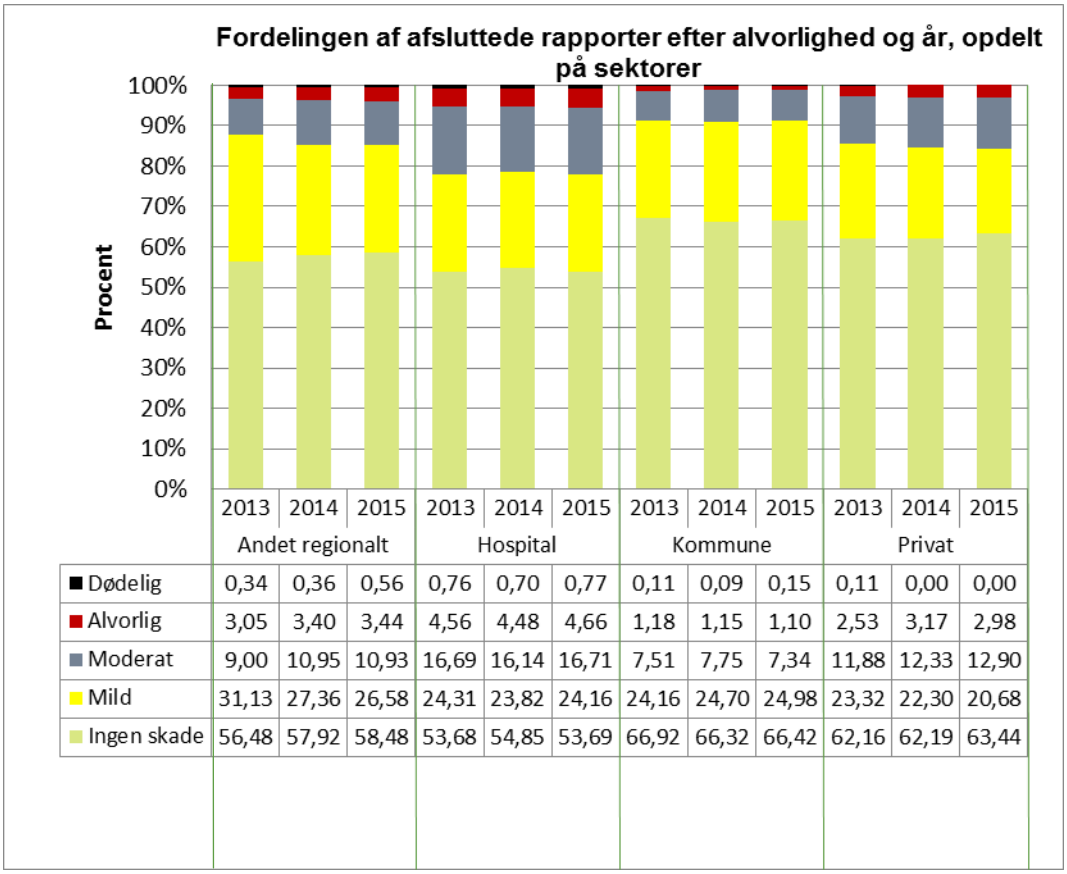
6.6 Graden af alvorlighed

Styrelsen for Patientsikkerhed har undersøgt, hvordan hændelserne fra 2015 blev klassificeret i forhold til alvorligheden. Når en utilsigtet hændelse bliver rapporteret, skal rapportøren angive, hvor alvorlig hændelsen faktuelt var for patienten. Når sagsbehandleren bagefter arbejder med sagen, kan denne justere alvorlighedsklassifikationen i hændelsen.
Hændelser, der bliver klassificeret med *alvorlig* eller *dødelig* konsekvens for patienten, er ofte meget alvorlige, enkeltstående, sjældne hændelser.
I tabel 3 herunder ses definitionerne 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

Tabel 3. Definitionerne bag alvorlighedsklassifikationen af utilsigtede hændelser.

Figur 5 viser den procentvise fordeling af alvorlighedsklassifikationen, sammenlignet på tværs af sektorer. Figur 5 viser, at langt de fleste hændelser klassificeres som *Ingen skade* og *Mild. K*un en lille andel af hændelserne bliver klassificeret som *Moderate*, *Alvorlige* og *Døde*.
Når der hvert år er en stigning eller fald i det samlede antal hændelser, kan det være en udfordring at vurdere, om der bliver rapporteret flere eller færre alvorlige hændelser. Den procentvise fordeling af alvorlighedsklassifikationen kan vise om andelen af alvorlige hændelser stiger eller falder.
Figur 5 viser, at der inden for hver af de fire sektorer, *Anden regional*, *Hospital*, *Kommune* og *Privat* kun er små ændringer fra 2014 til 2015



	Andet regionalt			Hospital			Kommune			Privat		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Dødelig	0,34	0,36	0,56	0,76	0,70	0,77	0,11	0,09	0,15	0,11	0,00	0,00
Alvorlig	3,05	3,40	3,44	4,56	4,48	4,66	1,18	1,15	1,10	2,53	3,17	2,98
Moderat	9,00	10,95	10,93	16,69	16,14	16,71	7,51	7,75	7,34	11,88	12,33	12,90
Mild	31,13	27,36	26,58	24,31	23,82	24,16	24,16	24,70	24,98	23,32	22,30	20,68
Ingen skade	56,48	57,92	58,48	53,68	54,85	53,69	66,92	66,32	66,42	62,16	62,19	63,44

Figur 7. Tallene er baseret på sager fra 2013, 2014 og 2015, som er afsluttet, lukket og indsendt til Styrelsen for Patientsikkerhed.

6.7 Tværsektorielle hændelser

Siden rapporteringsordningen i 2010 blev udvidet, har det været muligt at analysere utilsigtede hændelser på tværs af sundhedssektorerne. Antallet af analyser om tværsektorielle hændelser har de seneste år været stigende.

Tværsektorielle hændelser omfatter utilsigtede hændelser, hvor sagsopfølgningen kræver involvering af både hændelsesstedet og det/de involverede sted(er) i opfølgningen på hændelsen.

Det er den lokale sagsbehandler, som skal angive, at der er tale om en tværsektoriel hændelse.

	Involveret sted				
Hændelsessted	Anden regional	Hospital	Kommune	Privat	I alt
Anden regional	151	123	144		418
Hospital	204	860	1.049	6	2.119
Kommune	144	247	148	2	541
Privat	3	4	3	1	11
I alt	502	1.234	1.344	9	3.089

Tabel 4. Tallene er baseret på sager fra 2015, som er markeret som tværsektorielle hændelser.

Tallene viser, hvordan tværsektorielle hændelser fordeler sig mellem sektorerne. Tabel 4 viser, at der i 2015 blev rapporteret 3.089 utilsigtede hændelser markeret som tværsektorielle hændelser.

Mange hændelser bliver opdaget et andet sted, end der hvor de har fundet sted. Dette kan sagsbehandleren markere i sagen, som *opdaget andet sted*. Det ses i tabel 5 herunder, at 14.367 hændelser blev markeret som *opdaget et andet sted*. Disse hændelser er vigtige, fordi de utilsigtede hændelse først bliver opdaget af næste led i pleje- og behandlingskæden. Hændelserne kan være usynlige for de enheder, hospitaler eller kommuner, der er årsag til hændelserne.

	Opdagelses sted				
Hændelsessted	Andet regionalt	Hospital	Kommune	Privat	I alt
Anden regional	690	1.867	720	2	3.279
Hospital	783	5.570	2.529	14	8.896
Kommune	112	262	1.776	1	2.151
Privat	13	14	6	8	41
I alt	1.598	7.713	5.031	25	14.367

Tabel 5. Tallene er baseret på sager fra 2015, som er markeret med *opdaget andet sted*.

Det ses i tabel 5, at sundhedspersoner på hospitaler har rapporteret 262 hændelser, hvor hændelsesstedet var en kommune. Omvendt har kommunerne rapporteret 2.529 hændelser, hvor hændelsesstedet var et hospital. Hospitaler har rapporteret 5.570 hændelser, som blev opdaget på en anden afdeling eller et andet hospital.

6.8 DPSD-udvikling

Fornyelse af DPSD-kontrakt

Den nye kontrakt med CSC Scandihealth vedrørende DPSD og driften af systemet træder i kraft 15. marts 2016. DPSD har i 2015 været i EU-udbud og der kunne i december igen underskrives kontrakt med CSC Scandihealth.

Den nye kontrakt omfatter i princippet det system, som bruges i dag, med få tilføjelser. Rapportører og brugere af DPSD vil ikke opleve væsentligt ændret funktionalitet fra 15. marts 2016. I den nye aftale er der lagt op til et skift til en nyere version inden for de nærmeste år, når leverandøren har færdigudviklet denne.

Udviklingen af DPSD har generelt gennem 2015 været præget af EU-udbuddet. Dels har det ressourcemæssigt været en omfattende proces for både Sundhedsdatastyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed, og dels har ikke alle ønskede ændringer kunnet foretages, da Styrelsen for Patientsikkerhed har afventet afklaringen af de fremtidige leverandørforhold.

Driftsgruppen

I 2015 bidrog driftsgruppen bl.a. til kravspecifikationen i forbindelse med EU-udbud på DPSD, afdækningen i forhold til bunkerapportering samt vedtagelse af en ny rolle, der bl.a. giver private leverandører og selvejende institutioner mulighed for at behandle utilsigtede hændelser uden at få adgang til regioner og kommuners øvrige sager.

Driftsgruppen har spillet en aktiv rolle i formidlingen af ændringer i systemet, information om tekniske fejl og relevante problemstillinger. Både som bindeled til brugerne og til Sundhedsdatastyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed.

Bunkerapportering

I Serviceeftersynet af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser i 2014 blev forholdet mellem de ressourcer, der bruges på rapportering, og den læring, der uddrages heraf, drøftet. Det blev bl.a. påpeget, at ressourceforbruget ville kunne mindskes ved, at der blev givet mulighed for bunkerapportering ved bestemte typer af hændelser. Bunkerapportering skulle i den forbindelse forstås som muligheden for at rapportere samme type af hændelse én gang samlet pr. måned eller kvartal.
I Serviceeftersynet blev det derfor anbefalet, at:
Muligheden for nye rapporteringsmetoder som bunkerapportering inden for nogle typer hændelser undersøges nærmere af Styrelsen for Patientsikkerhed med involvering af relevante parter. Hvis det på den baggrund vurderes hensigtsmæssigt, iværksættes pilotprojekter i samarbejde med DR og KL for at få erfaring forud for evt. nationale tiltag.

Bunkerapportering
Bunkerapportering er en rapporteringsmetode, der omfatter udvalgte utilsigtede hændelseskategorier, som er ofte forekommende og har lav alvorlighedsgrad. De enkelte hændelser registreres lokalt i standardskemaer og rapporteres i aggregeret form i DPSD.

Styrelsen for Patientsikkerhed har som opfølgning på Serviceeftersynets anbefalinger i 2015 gennemført en afdækning af fordele og ulemper vedrørende bunkerapportering. Styrelsen for Patientsikkerhed valgte indledningsvis at fokusere på kommunerne, da der her vurderes at være det største potentiale for bunkerapportering.
I 2014 modtog DPSD godt 104.000 sager fra kommunerne. Af disse udgjorde hændelser i kategorierne *Medicin ikke givet* 41 % og *Fald* 21 %. Hændelser med alvorlighedsklassifikationerne *Ingen skade* og *Mild* i disse kategorier udgjorde henholdsvis 39 % og 19 % af det samlede antal. Ingen andre hændelseskategorier er tilnærmelsesvis lige så markante antalsmæssigt.
Afdækningen fokuserede på utilsigtede hændelser i kategorierne *Medicin ikke givet* og *Fald* inden for alvorlighedsklassifikationerne *ingen skade* og *mild* i kommuner.
Afdækningen har vist, at der både er behov og mulighed for at afprøve bunkerapportering i et pilotprojekt i udvalgte kommuner.

DPSD-ændringer

DPSD blev i foråret opgraderet til en ny version, som indeholdt en del nye funktionaliteter, som gør rapporteringen af utilsigtede hændelser mere tilgængelig, gør det lettere at sagsbehandle og sikrer mulighed for fremtidig udvikling af systemet. Fx:

- mulighed for at rapporter via tablet (IPad, Android, Windows)
- multisagsbehandling, hvor flere sager fx visiteres eller afsluttes samlet
- bedre overblik over sagsopfølgninger
- funktionalitet, der understøtter adgang for private leverandører o. lign.