

# Dansk Patientsikkerhedsdatabase

Årsberetning 2019

Juni 2020

# Kolofon

---

Dansk Patientsikkerhedsdatabase Årsberetning 2019

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: 2020

Version: Nr. 1.0.  
Versionsdato: Juni 2020

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

# Indhold

---

<b>1</b>	<b>Forord</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Læringsindsatser</b>	<b>5</b>
2.1	Risikosituationslægemidler	5
2.2	Forbedringer af Dansk Patientsikkerhedsdatabase	5
2.3	Undervisning og brugervejledning til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD)	6
2.4	Samlerapportering i kommunerne	7
2.5	Utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsenet	7
2.6	Revideret vejledning om epikriser	8
2.7	Dialogmøder med kommuner om patientsikkerhed og læring	9
2.8	Guide om medicin håndtering	9
2.9	International Patientsikkerhedsdag	9
2.10	Fokus på patientsikkerhed	9
2.11	Temadage om patientsikkerhed	10
2.12	Konferencer og andre arrangementer	10
2.13	Medicin uden skade	11
<b>3</b>	<b>Styrelsens arbejde med rapporter om utilsigtede hændelser</b>	<b>12</b>
3.1	Samarbejde med styrelser, organisationer m.fl.	12
3.2	Patientsikkerhedsrapporten – bidrag fra sundhedsvæsenet 2018	13
<b>4</b>	<b>Råd og udvalg</b>	<b>14</b>
4.1	Fagligt Forum for Patientsikkerhed	14
4.2	Driftsgruppen	15
4.3	Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet	15
<b>5</b>	<b>Internationalt samarbejde</b>	<b>17</b>
5.1	The International Medication Safety Network	17
5.2	Patientsikkerhed i Slovenien	17
<b>6</b>	<b>Udvikling i rapporteringer</b>	<b>18</b>
6.1	Rapporteringer til DPSD	19
6.2	Fordeling af utilsigtede hændelser på hospitaler, andet regional, kommuner, samt privathospital og hospice	20
6.3	Graden af alvorlighed	23
6.4	Utilsigtede hændelser i patientovergange	25
6.5	Utilsigtede hændelser rapporteret af patienter og pårørende	27

6.6	Samlerapportering	29
<b>7</b>	<b>Bilag</b>	<b>30</b>
	Bilag 1 Kommunikation og formidling 2019 – OBS-meddelelser, nyheder, artikler og andre typer af publikationer	30
	Bilag 2 Foredrag og undervisning 2019	31

# 1 Forord

---

I 2019 blev mere end 220.000 rapporter om utilsigtede hændelser afsluttet i Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Det er langt flere, end nogen havde forestillet sig, da rapporteringsordningen trådte i kraft i 2004. Og det giver mening at rapportere de utilsigtede hændelser til en national database. I mange forskellige sammenhænge giver den aggregerede viden fra de utilsigtede hændelser os et vigtigt indblik i de største udfordringer for patientsikkerheden. Den viden er afgørende for, at vi kan sætte ind med landsdækkende tiltag, der nytter.

Vi ser stadig mange hændelser med medicin, og vi bruger viden fra DPSD i en lang række indsatser på dette område. Gennem en årrække har vi arbejdet med de såkaldte risikosituationslægemidler, som vi identificerer på baggrund af utilsigtede hændelser. Bedre håndtering af disse lægemidler indebærer et stort potentiale for at øge patientsikkerheden, og derfor laver vi løbende tiltag, der skal medvirke til at forebygge fejl med disse lægemidler. Et af disse tiltag er en række små informationsfilm om risikosituationslægemidler særligt rettet mod plejepersonale, som vi har lavet i samarbejde med Pro-medicin.dk.

Også i mange andre sammenhænge har de utilsigtede hændelser indflydelse på vores indsatser. Da vi udgav en opdateret udgave af guiden *Korrekt håndtering af medicin*, var det bl.a. på baggrund af viden fra utilsigtede hændelser. Utilsigtede hændelser i patientovergange gav anledning til en ny vejledning om epikriser, der har fokus på patientsikker overlevering – også i forhold til oplysninger om medicin. Og vi oplevede i 2019 en stor efterspørgsel på vores temadage, hvor medarbejdere og ledere fra plejesektoren og fra bosteder søgte viden om, hvordan man kan forebygge særligt medicinrelaterede utilsigtede hændelser.

Rapporterne i DPSD har med andre ord indflydelse på mange niveauer, lige fra patientsikkerhedsperspektivet i overordnede systemer som Fælles Medicinkort (FMK) til håndteringen af medicin for den enkelte beboer på et plejecenter. Det skal vi værne om, og derfor skal vi sammen med sundhedsvæsenet fortsat arbejde på at forbedre og udvikle rapporteringsordningen, så det også fremover giver mening at rapportere utilsigtede hændelser.

Anette Lykke Petri

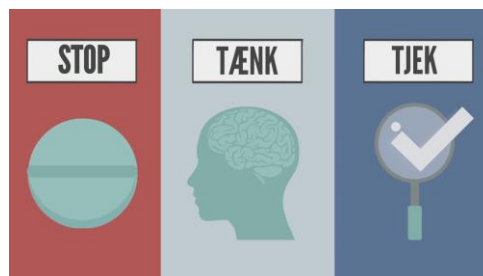
Konstitueret direktør, Styrelsen for Patientsikkerhed



## 2 Læringsindsatser

### 2.1 Risikosituationslægemidler

Hver dag sker der fejl med medicinhandling. Det sker især inden for syv medicingrupper, også kendt som de syv risikosituationslægemidler. En stor del af de utilsigtede hændelser, som rapporteres til DPSD, har med de syv lægemidler at gøre, og forkert håndtering af lægemidlerne kan have alvorlige – i nogle tilfælde dødelige – konsekvenser. Korrekt håndtering af de syv risikosituationslægemidler indebærer altså et stort potentiale for at forbedre patientsikkerheden.



I 2019 lancerede vi i samarbejde med pro.medicin.dk kampagnen STOP TÆNK TJEK, som sætter fokus på de syv risikosituationslægemidler. Vi udarbejdede forskelligt materiale til download på vores hjemmeside og producerede film om fire af de syv lægemidler: insulin, blodfortyndende medicin, met-hotrexat og opioider. Filmene og øvrigt materiale skal hjælpe sundhedspersonale til at forstå de særlige udfordringer med risikosituationslægemidler og reflektere over, hvorfor de skal håndteres med ekstra omhu.

I maj 2020 lancerede vi de sidste tre film om henholdsvis digoxin, gentamicin og kalium.

[Se film og øvrigt materiale på stps.dk](https://stps.dk)

### 2.2 Forbedringer af Dansk Patientsikkerhedsdatabase

Dansk Patientsikkerhedsdatabase er et centralt redskab for patientsikkerhedsarbejdet i sundhedsvæsenet, og derfor arbejder vi løbende på at forbedre og optimere systemet. Det sker ikke mindst på baggrund af ønsker og input fra brugere af systemet. I 2019 blev der gennemført to store systemopdateringer af DPSD samt en række mindre forbedringer.

I den første systemopdatering blev de servere, som DPSD kører på, opgraderet. Opdateringen forbedrer systemets sikkerhed og stabilitet. Herudover rettede vi fejl som visning af datoer i rapporter m.m. og optimerede muligheden for at bruge taster til at navigere, hvis man foretrækker det i stedet for at bruge en mus. Desuden er der nu mulighed for at vedhæfte en større fil ved rapportering af utilsigtede hændelser.

Den anden systemopdatering indeholdt følgende forbedringer:

- Chrome understøtter nu DPSD.
- Mulighed for at arbejde i flere browserfane og automatisk forlængelse af sessioner (op til en time). Den automatiske forlængelse af sessionen sker, når brugeren bevæger musen, skriver i et felt eller blot klikker rundt i DPSD.

- Notifikation til brugere, når de får adgangsrettigheder til en sag uden for deres egen lokation i DPSD.
- Indsend- og afslut-knap blev indsat direkte i samlerapporteringsformular for at minimere antallet af sagsbehandlingstrin.

Opdateringen havde til formål at forbedre brugeroplevelsen ved at rette op på uhensigtsmæssigheder i systemet.

### **Ny brugerrolle for private leverandører i kommunerne**

En ny brugerrolle gør det muligt for private leverandører af sundhedsydelser (herunder friplejehjem, private botilbud og private leverandører af hjemme- og sygepleje) at sagsbehandle egne sager i DPSD. Reglerne på området er ikke ændret. Det er stadig den kommunale risikomanager, der er initiativtager af hændelserne, men det er nu muligt for den kommunale sagsbehandler at angive den private leverandør som sagsbehandler på de sager, som er relevante – altså leverandørens egne sager. Dermed får private leverandører mulighed for at arbejde med læring fra utilsigtede hændelser på samme måde som det øvrige sundhedsvæsen.

Informationsmateriale om, hvordan kommuner kan samarbejde med private leverandører, blev udsendt til alle kommunale superbrugere i oktober.

[Læs informationsmateriale om den nye brugerrolle på stps.dk](#)

## **2.3 Undervisning og brugervejledning til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD)**

Der har længe været efterspørgsel på en brugervejledning til DPSD. I foråret 2019 tog vi rundt i landet for at holde en række undervisningsdage for kommunale og regionale brugere af DPSD, som bl.a. blev introduceret for nye funktioner i systemet. I alt 233 superbrugere af DPSD modtog undervisning fordelt på otte undervisningsdage.

På baggrund af undervisningsmateriale og den frugtbare dialog, vi havde med deltagerne på undervisningsdagene, offentliggjorde vi i efteråret 2019 en detaljeret brugervejledning med tekst og illustrationer, der guider brugeren gennem systemet.

Brugervejledningen henvender sig til medarbejdere, der har brugeradgang til DPSD, som fx sagsbehandlere og risikomanagere. Vejledningen kan både bruges som introduktion for nye brugere, men også som opslagsværk til de mere erfarne. Brugere kan få hjælp til både komplekse og simple problemstillinger i arbejdet med DPSD.

Vejledningen er et led i rækken af de tiltag, vi har iværksat for at gøre arbejdet i Dansk Patientsikkerhedsdatabase mere brugervenligt, så det bliver lettere at arbejde med og behandle utilsigtede hændelser.

[Se brugervejledningen på stps.dk](#)

## 2.4 Samlerapportering i kommunerne

Samlerapportering er en ny måde, som kommunerne skal rapportere to bestemte typer utilsigtede hændelser på i DPSD. Der er tale om hændelser, hvor en patient/borger enten er faldet eller ikke har fået sin medicin, og hvor konsekvensen for patienten/borgeren er inden for kategorierne "mild" eller "ingen skade". Personalet skal registrere de to typer af hændelser på et papirskema, som ligger fremme på arbejdspladsen. Herefter skal de rapporterede hændelser sendes samlet til DPSD én gang om måneden.

**Sådan samle-  
rapporterer  
du til DPSD**



Formålet med samlerapportering er at gøre ordningen mere enkel, skabe kortere læringsloop og mere kvalitet i det lokale læringsarbejde. 10 kommuner testede samlerapportering i et pilotprojekt fra slutningen af 2016, og erfaringerne var så gode, at det blev besluttet at rulle ordningen ud i hele landet.

Implementeringen startede i oktober 2019, og de sidste kommuner går i gang med at samlerapportere i april 2020. Undervejs i implementeringsperioden afholder Styrelsen for Patientsikkerhed workshops, tilbyder konsulentbistand og stiller undervisningsmaterialer til rådighed til kommunerne.

De foreløbige resultater af samlerapportering indikerer, at der frigives tid til læring og forbedringsindsatser, da den enkelte medarbejder sparer tid og klik i DPSD ved at samlerapportere frem for at rapportere hændelserne enkeltvis.

### Samlerapportering i tal

I december 2019, hvor den første tredjedel af landets kommuner havde været i gang med at samle-rapportere i to måneder, var der for november måned blevet indsendt 297 samlerapporteringer til DPSD. Samlerapporteringerne omfattede 1.482 utilsigtede hændelser, hvor en patient/borger ikke havde fået sin medicin ("Medicin ikke givet"), og 561 hændelser, hvor en patient/borger var faldet ("Fald"). Gennemsnitligt indeholder en samlerapportering for "Medicin ikke givet" ca. 5 utilsigtede hændelser. Det tilsvarende tal for "Fald" er ca. 3 utilsigtede hændelser.

[Læs mere om samlerapportering på stps.dk](https://stps.dk)

## 2.5 Utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsenet

I 2019 har tre arbejdsgrupper med repræsentanter fra regioner og kommuner udarbejdet et forslag til revidering af rapporteringsordningen, som skal afprøves i et pilotprojekt.

Forslaget indebærer:

- At rapporteringsformularen bliver kortere og lettere at udfylde.
- At alvorlighedsklassifikationen af de utilsigtede hændelser ændres.
- At der er pligt til at rapportere utilsigtede hændelser, som har eller kunne have haft alvorlige eller dødelige konsekvenser.



I december 2019 sendte vi invitationer til kommuner og regioner og indbød dem til at deltage i et pilotprojekt, som oprindeligt skulle løbe fra marts til og med juli 2020, men som i foråret 2020 blev forlænget frem til udgangen af 2020 på grund af den ekstraordinære situation med coronavirus/COVID-19. De foreslåede ændringer skal afprøves bredt i sundhedsvæsenet for at sikre, at de harmonerer med den kliniske hverdag og arbejdet med patientsikkerhed i kommuner og regioner.

Erfaringerne fra pilotprojektet evalueres i 2021 og vil indgå i arbejdet med en revidering af bekendtgørelse og vejledning til sundhedslovens §198-201 om patientsikkerhed, som forventes at træde i kraft 1. januar 2022.

Forslagene til en revideret rapporteringspligt påvirker ikke samlerapportering af utilsigtede hændelser i kommunerne (se afsnit 2.4). Kommunerne fortsætter med at rapportere, når medicin ikke er givet, og når patienten/borgeren er faldet, selvom det ikke har alvorlige konsekvenser – enten som samlerapportering eller enkeltvis.

[Læs mere om projektet på stps.dk](http://stps.dk)

## 2.6 Revideret vejledning om epikriser

Indsatsen om forbedring af epikriser nåede i 2019 en stor milepæl: offentliggørelsen af en væsentligt revideret vejledning på området. Den reviderede vejledning er udarbejdet, så den spiller sammen med de tekniske løsninger, sygehuslæger og praktiserende læger bruger i den kliniske hverdag. Arbejdet er koordineret i en følgegruppe bestående af PLO, Danske Regioner, Sundheds- og Ældreministeriet, KL, Sundhedsdatastyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed (formand).

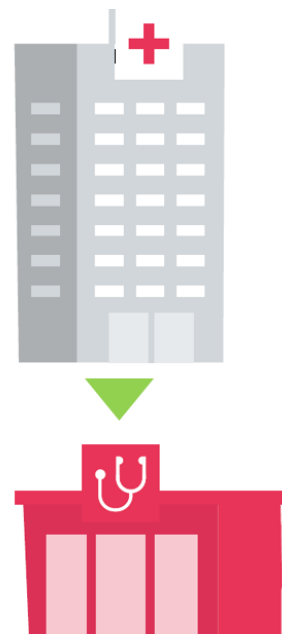
En væsentlig del af den nye vejledning er, at udskrivende eller afsluttende læge skal markere, hvis han eller hun anbefaler, at egen læge skal følge op. Epikriser kan desuden markeres med rød eller gul, som aftalt i overenskomsten mellem PLO og Danske Regioner. De markeringer bruges, når sygehuslægen skal varsle egen læge om sårbare patienter og patienter, der har brug for en akut opsøgende indsats.

Den samlede løsning skal bidrage til øget patientsikkerhed ved sektorovergange og vil især give praktiserende læger et bedre overblik over de epikriser, de modtager.

Vejledningen trådte i kraft 1. juli 2019. I den forbindelse blev der foretaget en omfattende implementeringsindsats. I 2019 igangsatte Styrelsen for Patientsikkerhed, MedCom og Sundheds- og Ældreministeriet også en evaluering af epikrise-indsatsen. Evalueringen skal afdække, om den reviderede vejledning om epikriser og den nye epikrise-standard har den ønskede effekt i forhold til mere patientsikker overlevering af oplysninger til almen praksis efter udskrivelse, ambulante besøg mv.

Det er Forskningsenheden for Almen Medicin under Syddansk Universitet, der står for evalueringen.

Et af de aspekter, som skal undersøges, er, om det store forarbejde har forbedret implementeringen og effekten af den nye vejledning. Vi arbejder løbende på, at vejledninger bliver lettere at forstå og



dermed mere anvendelige for de sundhedspersoner, der skal efterleve reglerne i praksis. Evalueringen af epikrise-indsatsen skal bidrage til at kvalificere dette arbejde yderligere.

## 2.7 Dialogmøder med kommuner om patientsikkerhed og læring

I maj 2019 afholdt vi i alt seks dialogmøder om patientsikkerhed og læring med kommunerne rundt om i landet. Vi præsenterede implementeringsplanen for samlerapportering og gav en status på projekt "Utilsigtede hændelser og læring sundhedsvæsnet". Derudover blev der drøftet andre emner med relation til patientsikkerhed og læring, bl.a. rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser, kommunernes erfaringer med læringstiltag og projekter med fokus på patientovergange og patientsikkerhedskultur. Der deltog i alt ca. 160 personer på dialogmøderne.

## 2.8 Guide om medicinhandling

Vi lancerede i november 2019 en ny, opdateret guide om medicinhandling. Guiden skal hjælpe personale og ledere på bl.a. plejecentre, i hjemmesygepleje og på bosteder med at håndtere medicin i det daglige.

Guiden om korrekt håndtering af medicin er en opdatering af en tidligere udgave. Den rummer elementer fra den gamle guide, men har også fået tilføjet nyt indhold baseret på rapporter om utilsigtede hændelser, ofte stillede spørgsmål og input fra sundhedspersoner i forbindelse med styrelsens tilsynsbesøg.

[Find guiden på stps.dk](http://stps.dk)



## 2.9 International Patientsikkerhedsdag

WHO har udnævnt 17. september til International Patientsikkerhedsdag, og den første af slagsen blev markeret i 2019 under sloganet "Speak up for patient safety". Formålet med dagen er at øge bevidstheden om og opbakning til patientsikkerhed. Vi markerede den første internationale patientsikkerhedsdag med en række initiativer, herunder lancering af kampagnen STOP-TÆNK-TJEK om sikker håndtering af risikosituationslægemidler og den første udgave af Fokus på patientsikkerhed, der fremover udkommer to gange om året.

## 2.10 Fokus på patientsikkerhed

På den første Internationale Patientsikkerhedsdag 17. september 2019 lancerede vi Fokus på patientsikkerhed, som fremover udkommer to gange om året. Fokus på patientsikkerhed giver indblik i vores igangværende nationale patientsikkerhedsindsatser og henvender sig til alle, der interesserer sig for patientsikkerhed. I første udgave kunne man bl.a. læse om krav til administrationstidspunkter for lægemiddelordinationer, risiko for overdosering med morfin injektionsvæsker og samlerapportering af utilsigtede hændelser.

[Se Fokus på patientsikkerhed på stps.dk](http://stps.dk)

## 2.11 Temadage om patientsikkerhed

Vi holdt fem nationale temadage om patientsikkerhed i 2019.

### Temadage for bosteder

Vi gennemførte tre temadage om patientsikkerhed på bosteder i første halvår af 2019 efter at have noteret en stor efterspørgsel fra personale, ledere og andre med interesse for området. Målet med temadagene var at bidrage til øget kendskab og videndeling om, hvordan man kan arbejde med patientsikkerhed på bosteder. Ca. 370 personer med pædagogisk eller sundhedsfaglig baggrund deltog i de tre temadage og lyttede til oplæg om bl.a. medicinhåndtering og konkrete erfaringer fra bosteder, der fortalte om deres læringsindsatser før og efter et tilsyn.

### Temadage for ældreplejen om medicinhåndtering

Vi afholdt to temadage om patientsikkerhed og medicinhåndtering målrettet til ældreplejen i sidste halvår af 2019. Her deltog omkring 350 sundhedspersoner. Dagene bød bl.a. på oplæg fra plejecentre og kommuner, der delte gode erfaringer og konkrete bud på værktøjer og arbejdsgange for medicinhåndtering, erfaringer og gode råd fra vores tilsynsførende, nyeste viden fra FMK (Fælles Medicinkort) og nye indsatser for at reducere medicinfejl med risikosituationslægemidler.



## 2.12 Konferencer og andre arrangementer

Vi ønsker at gå i dialog med forskellige sundhedsfaglige grupper og at informere om nye regler og vejledninger, aktuelle læringsaktiviteter og andre initiativer, der kan styrke patientsikkerheden i sundhedsvæsenet, og hvor viden om risikoområder er udtaget fra analyser af mønstre og tendenser.

Derfor var styrelsen i 2019 repræsenteret på en række nationale faglige konferencer:

- Tandlægefaglige Dage med stand
- KL Social- og sundhedspolitisk Forum med stand
- KL Ældrekonference med stand
- Lægedage med stand og kurser om journalføring og epikrise-vejledningen
- Nationalt Videnscenter for Demens' årlige konference "Demensdagene"
- Demenskoordinatorernes Årskursus

## Folkemøde på Bornholm

Vi deltog i juni 2019 igen ved Folkemødet på Bornholm. Vi havde ni arrangementer i vores telt. Et af arrangementerne bar titlen ”Den rette pille i den rette mund”, som byggede på cases konstrueret på baggrund af utilsigtede hændelser. Her fik gæsterne i teltet indblik i, hvornår det typisk går galt i medicinbehandlingen, og hvordan en korrekt medicinbehandling foregår. Derudover kunne gæsterne prøve vores lykkehjul og teste deres viden om styrelsens arbejdsområder, og styrelsens daværende direktør, Anne-Marie Vangsted, deltog i en række debatter om patientsikkerhed.



## 2.13 Medicin uden skade

I marts 2018 lancerede Danmark det nationale program Medicin uden skade, som er den danske del af WHO's globale patientsikkerhedsinitiativ Medication Without Harm. Ambitionen er at halvere antallet af alvorlige medicinfejl på verdensplan inden 2023. Programmet retter sig særligt mod tre fokusområder: polyfarmaci, højriskosituationer og patientovergange, der alle indebærer en særlig risiko for patientsikkerheden.



Styrelsen for Patientsikkerhed og Dansk Selskab for Patientsikkerhed leder det nationale program og har opbakning fra nøgleaktører i det samlede sundhedsvæsen. I Styrelsen for Patientsikkerhed har vi i vores indsats løbende fokus på de tre særlige risikoområder, både når det gælder konkrete, afsluttede indsats som temadage, informationsfilm og pjecer, og i de langsigtede samarbejder med andre myndigheder og organisationer om systemiske forbedringer og andre tiltag, der skal nedbringe antallet af medicinfejl i det danske sundhedsvæsen.

# 3 Styrelsens arbejde med rapporter om utilsigtede hændelser

---

## 3.1 Samarbejde med styrelser, organisationer m.fl.

### Lægemiddelstyrelsen

Vi har en samarbejdsaftale med Lægemiddelstyrelsen om systematisk udveksling af viden om bivirkninger, der opstår på grund af medicineringsfejl, forvekslinger af lægemidler og andre lægemiddelrelaterede problemer, som resulterer i medicineringsfejl.

I 2019 leverede styrelsen blandt andet materiale til en analyse omkring kontrastreaktioner i forbindelse med brugen af røntgenkontraststoffet Iomeron®, forvekslingsrisiko mellem paralleldistribuerede insulinpenne, dobbeltbehandling med Metoprololsuccinat og Bloxazoc samt utilsigtede hændelser med medicinsk oxygen.

Vi har desuden samarbejdet om vidensdeling om risiko for overdosering og overvågning af det nyligt godkendte levomethadon, som er dobbelt så potent som racemisk methadon.

### Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA)

Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA) påbegyndte i 2018 en undersøgelse af problematikken, hvor methotrexat i tabletform fejlagtigt doseres dagligt i stedet for én gang ugentligt. I august 2019 kom EMA med en række anbefalinger til, hvordan man kan nedbringe denne risiko, som bl.a. omfattede undervisningsmateriale til sundhedspersoner og tydelig mærkning af medicinpakninger. EMA's anbefalinger flugtede med en række tiltag, vi allerede havde sat i værk for at mindske risikoen for overdosering af methotrexat, bl.a. i samarbejde med Lægemiddelstyrelsen.

### Fælles Medicinkort (FMK)

Vi indledte i 2019 et samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen, hvor mønstre og tendenser fra utilsigtede hændelser bruges til at drøfte, hvordan viden om patientsikkerhed kan give input i den løbende udvikling af FMK. Når en ny funktionalitet bliver introduceret i FMK, følger vi den for at se, om den fører til nye typer utilsigtede hændelser. Derudover deltager vi fast i statusmøder med Sundheds- og Ældreministeriet, Lægemiddelstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen, hvor der sker løbende orientering og drøftelse af udviklingen af FMK.

I 2019 har vi bl.a. arbejdet med indførelsen af behandlerfarmaceuter og konsekvenserne for FMK, dosisdispenseringsordning, mulighed for at indføre såkaldt hard stop ved ordination af methotrexat, beslutningsstøtte og strukturerede doseringsforslag.

**Giftlinjen m.fl.**

Vi samarbejder med Giftlinjen, Sundhedsstyrelsen og Lægemiddelstyrelsen om information vedrørende misbrug af lægemidler og euforiserende stoffer, "afgrænsningsprodukter" og forfalskede lægemidler. Samarbejdet indebærer bl.a. at parterne orienterer hinanden om relevante emner, samarbejder om konkrete projekter, undersøgelser, kampagner mv. og stiller eksperter til rådighed for gensidig faglig sparring.

**Koordinationsforum for forbrug og anvendelse af lægemidler**

I 2019 blev Koordinationsforum for forbrug og anvendelse af lægemidler 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 samt bidrag til bestillinger mellem styrelserne, således at initiativerne kan understøtte hinanden, projekter kan blive bedre og mere helhedsorienterede og ressourcspild/ korrektioner mindskes. Forummet videndeler om igangværende og udefrakommende forhold, der har betydning for patientsikkerheden, påvirker ordination, forbrug, omsætning eller anvendelse af lægemidler. Endvidere præsenteres egne eller pålagte kommende, større initiativer og projekter, der kan forventes at inddrage eller påvirke de øvrige styrelser.

I 2019 har Koordinationsforum for forbrug og anvendelse af lægemidler drøftet problematikker vedrørende bl.a. medicinsk cannabis, labels på lægemidler, forvekslinger af lægemidler, methotrexat, polyfarmaci og restordreproblematik.

**3.2 Patientsikkerhedsrapporten – bidrag fra sundhedsvæsenet 2018**

I august 2019 udgav vi *Patientsikkerhedsrapporten – Bidrag fra sundhedsvæsenet 2018*. I forbindelse med rapporten havde vi bedt alle regioner, kommuner og privathospitaler indsende beskrivelser af afsluttede og igangværende forbedringsprojekter inden for følgende kategorier: risikosituationslægemidler, patientovergange og korrekt håndtering af rapporterede utilsigtede hændelser. Derudover kunne de beskrive forbedringsprojekter med andre temaer end de tre førnævnte.

[Se Patientsikkerhedsrapporten – Bidrag fra sundhedsvæsenet 2018 på stps.dk](#)

# 4 Råd og udvalg

---

## 4.1 Fagligt Forum for Patientsikkerhed

Det overordnede formål for Fagligt Forum 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

I 2019 blev der afholdt tre heldagsmøder i Fagligt Forum for patientsikkerhed. Ved hvert møde orienterer mødedeltagerne om igangværende patientsikkerheds- og læringsaktiviteter samt patientsikkerhedsmæssige emner, som de ønsker at drøfte eller løfte nationalt.

Drøftelserne i Fagligt Forum for patientsikkerhed har i 2019 blandt andet handlet om patientsikkerhedsmæssige udfordringer inden for områder som reaktion på prøvesvar, FMK, medicinske plastre, omhældt medicin, forveksling af insulinpenne, observation og/eller reaktion på forværring i en borgers somatiske tilstand og medicinsk udstyr.

På baggrund af drøftelserne i Fagligt Forum har vi foretaget analyser af utilsigtede hændelser inden for de forskellige områder, og vi er gået i dialog med andre parter som Lægemiddelstyrelsen, faglige selskaber, Sundhedsdatastyrelsen, Promedicin.dk og lægemiddelindustrien om tiltag, der bl.a. er mundet ud i OBS-meddelelser, temadage, dialogmøder med kommunerne og artikler til fagblade.

## 4.2 Driftsgruppen

Driftsgruppen er det tekniske forum for DPSD 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 regioner, kommuner og Sundhedsdatastyrelsen.

I 2019 blev der holdt tre møder i driftsgruppen inklusiv en workshop med den canadiske leverandør af DPSD. Her fik driftsgruppen mulighed for at møde udviklerne af systemet og give deres input til fremtidige forbedringer af systemet. Leverandøren fik til workshoppen også en bedre forståelse for de arbejdsgang, brugerne dagligt har i systemet.

På de øvrige driftsgruppemøder blev blandt andet drøftet databehandleraftaler, private leverandørers egenbehandling af UTH'er og generelle servicedesk-sager.

## 4.3 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.

Der blev i 2019 afholdt to møder i udvalget. Blandt emner, der blev drøftet på møderne, var patientsikkerhedsaspekter i relation til:

- Insulin
- Methotrexat
- Morfin injektionsvæsker
- Depot antipsykotika
- Medicinske plastre
- Tryghedskassen
- Overgangsproblemstillinger som fx forskellige lægemiddelsortimenter i de to sektorer samt konvertering af doseringsenhed mellem it-systemer
- Doseringsetiketter på medicinemballagen
- FMK, herunder doseringsforslag i ordinationen, AK-behandling og dosisdispensering

På baggrund af drøftelserne i Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet i 2019 er vi gået i dialog med bl.a. Lægemiddelstyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen, Promedicin.dk, faglige selskaber og lægemiddelindustrien om tiltag, der bl.a. er mundet ud i orienteringsbreve til lægemiddelindustrien om problemstillinger ved forskellige styrker af morfin injektionsvæsker i primær- og sekundærsektoren samt orienteringsbrev om risiko for forveksling af Folimet og methotrexat tabletter. Desuden har vi sendt et



orienteringsbrev til EMA (Det Europæiske Lægemiddelagentur) om risiko for fejdosering med Xarelto® Startpakke.

# 5 Internationalt samarbejde

---

## 5.1 The International Medication Safety Network

Styrelsen for Patientsikkerhed er medlem af The International Medication Safety Network, der er et internationalt interessenetværk. Formålet med netværket er primært at fremme udviklingen af rapporteringssystemer til indsamling af medicineringsfejl og bidrage til international erfaringsudveksling, så sikkerheden i medicineringspraksis øges. I 2019 bidrog vi til IMSN-publikationen *Global Targeted Medication Safety. Best Practices to inspire and mobilize international adoption of consensus-based risk-reduction strategies to prevent fatal or harmful medication errors associated with: Potassium concentrate injection, Vinca alkaloids and Oral methotrexate for non-oncologic use.*

## 5.2 Patientsikkerhed i Slovenien

Styrelsen for Patientsikkerhed har fra 1. januar 2018 til udgangen af 2019 ydet konsulentbistand til implementeringen af et nationalt system til rapportering og læring af utilsigtede hændelser i Slovenien.

I 2019 har det slovenske sundhedsministerium udarbejdet en lovgivning om patientsikkerhed ud fra de danske principper, som forventes at blive vedtaget i starten af 2020. Derudover har det slovenske sundhedsministerium forberedt og offentliggjort et EU-udbud af en teknisk platform for rapportering af utilsigtede hændelser og lavet en handleplan for implementeringen af en national patientsikkerhedskultur. Den slovenske rapporteringsordning vil blive afprøvet i et pilotprojekt i 2020.

Projektet og styrelsens konsulentbistand er finansieret af et legat fra EU's reformstøttekontor.

# 6 Udvikling i rapporteringer

---

*Denne del af årsberetningen indeholder opgørelser fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) om udviklinger og mønstre i utilsigtede hændelser fra 2019.*

Data fra DPSD kan ikke anvendes til statistiske analyser, da antallet af rapporterede hændelser kan påvirkes af en række faktorer, fx periodevise fokusområder i sundhedsvæsenet. Ønsker man at klarlægge, om en patientsikkerhedsmæssig problemstilling er håndteret eller ej, vil det kræve inddragelse af andre parametre eller anden information.

## Ny metode for datatræk fra DPSD

Vi skal gøre opmærksom på, at data i denne årsberetning er opgjort for utilsigtede hændelser, der har haft *første sagsafslutningsdato* i 2019, 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 2019 ikke kan sammenlignes 1:1 med årsberetningen for 2018. Vi har valgt at opgøre data på parameteren *første sagsafslutningsdato*, da sager, som er sagsafsluttet godt kan genåbnes, 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 undgår vi, at samme utilsigtede hændelse indgår flere gange, som den ellers vil gøre, hvis den har været afsluttet i 2018, efterfølgende er blevet genåbnet, og så igen afsluttet i 2019. 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 vi kun trækker 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 2019. 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, har vi kun trukket data fra 2017, 2018 og 2019.

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 2019, ikke nødvendigvis er sagsafsluttet i 2019. Denne opgørelse omfatter derfor utilsigtede hændelser, som er rapporteret i 2019 eller tidligere og har første *sagsafslutningsdato* i 2019. Hændelser der er rapporteret i 2019 men ikke sagsafsluttet i 2019, vil først indgå i årsberetningen for 2020, hvis de på det tidspunkt er afsluttet.

Den følgende opgørelse er baseret på et datatræk fra DPSD d. 23. januar 2020.

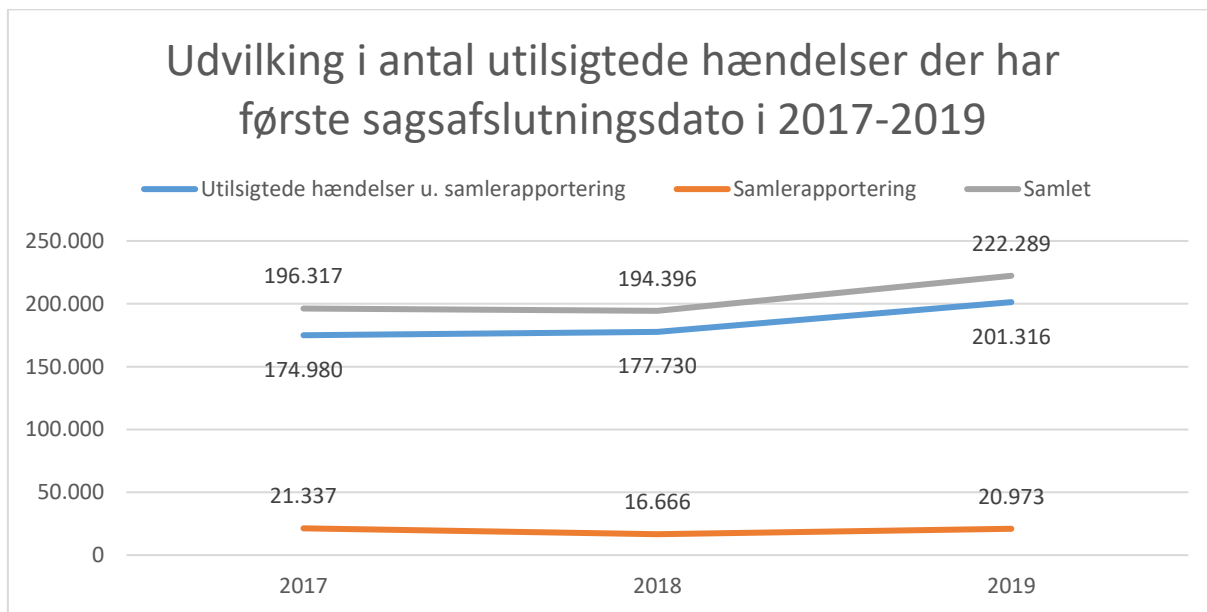
## Samlerapportering

Opgørelserne over samlerapporteringer fra kommunerne er trukket 28. januar 2020. Trækket indeholder alle utilsigtede hændelser der er samlerapporteret i 2019.

## 6.1 Rapporteringer til DPSD

I 2019 blev der sagsafsluttet 222.289 utilsigtede hændelser. Det er en stigning på 14 procent fra 2018. Det totale antal utilsigtede hændelser omfatter samlerapporteringer.

Figur 1 nedenfor viser udviklingen i antallet af sagsafsluttede utilsigtede hændelser i DPSD siden 2017. Det samlede antal af utilsigtede hændelser har været stigende, særligt fra 2018 til 2019.



Figur 1. Den samlede udvikling i antal sagsafsluttede utilsigtede hændelser i perioden 2017 til 2019

## 6.2 Fordeling af utilsigtede hændelser på hospitaler, andet regional, kommuner, samt privathospital og hospice

I dette afsnit er tabeller og figur inddelt i henholdsvis:

- Hospitaler
- Andet regional
- Privathospitaler og hospice
- Kommuner

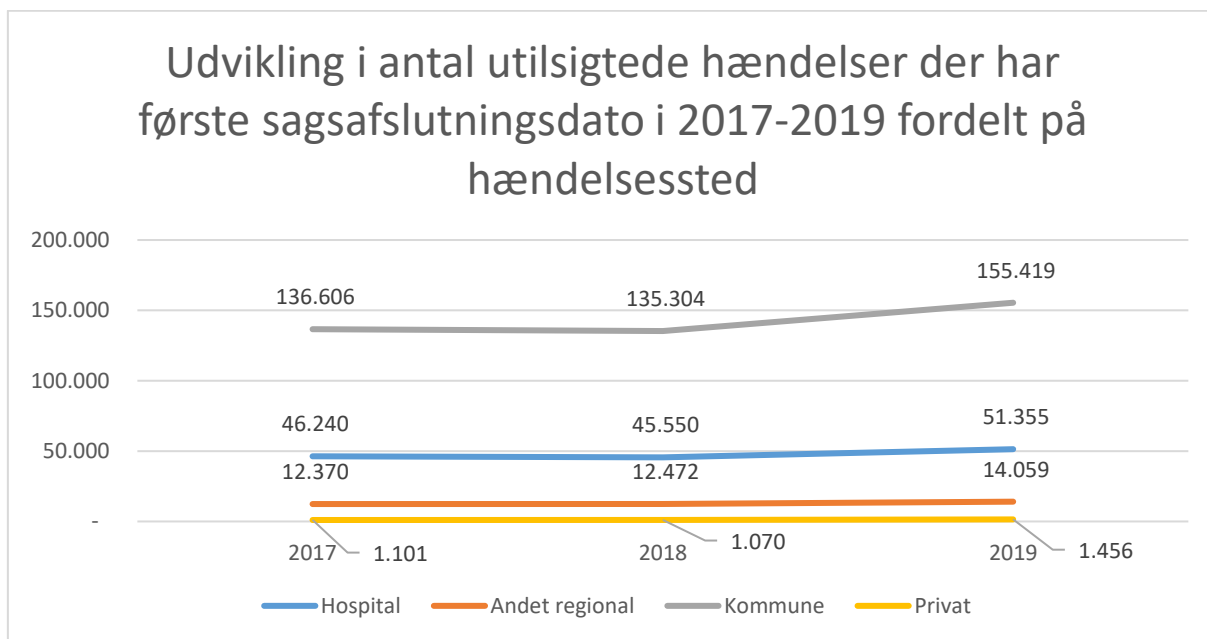
Overstående inddeling omfatter forskellige områder af sundhedsvæsenet. Den præcise afgrænsning er illustreret i tabel 1 nedenfor.

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>• praktiserende 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</li> <li>• vagtlægeordningen</li> </ul>
<b>Privathospitaler og hospice</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• privathospitaler</li> <li>• hospice</li> </ul>
<b>Kommuner</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• den kommunale tandpleje</li> <li>• forebyggelsescentre</li> <li>• hjemmeplejen</li> <li>• hjemmesygeplejen</li> <li>• kommunelæger</li> <li>• misbrugsbehandling</li> <li>• plejeboliger</li> <li>• sociale botilbud</li> <li>• sundheds- og sygeplejecentre</li> <li>• sundhedsplejersker</li> <li>• øvrige tilbud til borgere med handicap</li> <li>• træning</li> <li>• andet</li> </ul>

Tabel 1. Oversigt over inddeling af sundhedsvæsenet

Figur 2 viser den årlige udvikling af utilsigtede hændelser siden 2017 fordelt på følgende hændelsessteder: hospitaler, andet regional (fx almen praksis, præhospital og ambulancer), kommuner, samt privathospitaler og hospice.

I 2019 var der 27.893 flere utilsigtede hændelser end i 2018 med *første sagsafslutningsdato* i det pågældende år. Stigningen i rapporteringen af utilsigtede hændelser kan især ses hos kommunerne og kan være et tegn på et øget fokus på læring af utilsigtede hændelser i perioden.



**Figur 2. Udviklingen i antal sagsafsluttede utilsigtede hændelser i perioden 2017 til 2019 fordelt på hospitaler, andet regional, kommuner, samt privathospitaler og hospice som hændelsessted**

Tabel 2 på næste side viser, at der er forskel på fordelingen af hændelsestyperne for 'hospitaler', 'andet regional', 'kommuner' samt 'privathospitaler og hospice'. For alle områder udgør 'Medicinering herunder væsker' den største andel af de utilsigtede hændelser.

I tabellen er de hændelsestyper, der udgør over 10 procent af det samlede antal utilsigtede hændelser markeret med gult. Ved sammenligning med 2018 er det de samme hændelsestyper, der er udfordringer ved og fokus på. Som noget nyt i år indgår utilsigtede hændelser rapporteret ved samlerapportering i denne samlede opgørelse.

DPSD-Klassifikation	Hospital		Andet regional		Kommune		Privat	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ambulancer, akutbiler, helikoptere mv.	0	0	168	1,19	0	0	0	0
Anden utilsigtet hændelse	3.045	5,93	777	5,53	6.120	3,94	57	3,91
Behandling og pleje	7.190	14,00	413	2,94	5.499	3,54	82	5,63
Blod og blodprodukter	339	0,66	0	0	13	0,01	2	0,14
Gasser og luft	192	0,37	9	0,06	75	0,05	1	0,07
Henvisninger, ind-/udskrivelse og medicinlister	5.132	9,99	358	2,55	1.091	0,70	122	8,38
Infektioner	398	0,77	43	0,31	2.849	1,83	6	0,41
IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.	785	1,53	174	1,24	335	0,22	12	0,82
Kirurgisk behandling, herunder ECT, anæstesi mv.	980	1,91	49	0,35	23	0,01	29	1,99
Medicinering, herunder væsker	13.174	25,65	6.669	47,44	103.936	66,87	527	36,20
Medicinsk udstyr, hjælpemidler, røntgen mv.	1.521	2,96	163	1,16	739	0,48	20	1,37
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	6.932	13,50	671	4,77	2.939	1,89	126	8,65
Patientidentifikation	1.599	3,11	438	3,12	0	0	32	2,20
Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader	1.852	3,61	1.014	7,21	31.210	20,08	348	23,90
Præhospital behandling	0	0	223	1,59	0	0	0	0
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	6.480	12,62	1.931	13,73	232	0,15	71	4,88
Selvskade og selvmord	402	0,78	37	0,26	245	0,16	0	0
Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation	1.276	2,48	770	5,48	0	0	15	1,03
Teknisk disponering	0	0	142	1,01	0	0	0	0
Ikke udfyldt	58	0,11	10	0,07	113	0,07	6	0,41
<b>Total</b>	<b>51.355</b>	<b>100</b>	<b>14.059</b>	<b>100</b>	<b>155.419</b>	<b>100</b>	<b>1.456</b>	<b>100</b>

Tabel 2. Antal sagsafsluttede utilsigtede hændelser i 2019 fordelt på DPSD-klassifikation og hændelsessted. De gule felter viser, hvor hændelsesklassifikationen udgør mindst 10 procent af det samlede antal utilsigtede hændelser i forhold til lokationen.

### 6.3 Graden af alvorlighed

Vi har undersøgt, hvordan hændelserne fra 2019 blev klassificeret i forhold til 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 tabel 3 ses definitionerne for alvorlighedsklassifikationen.

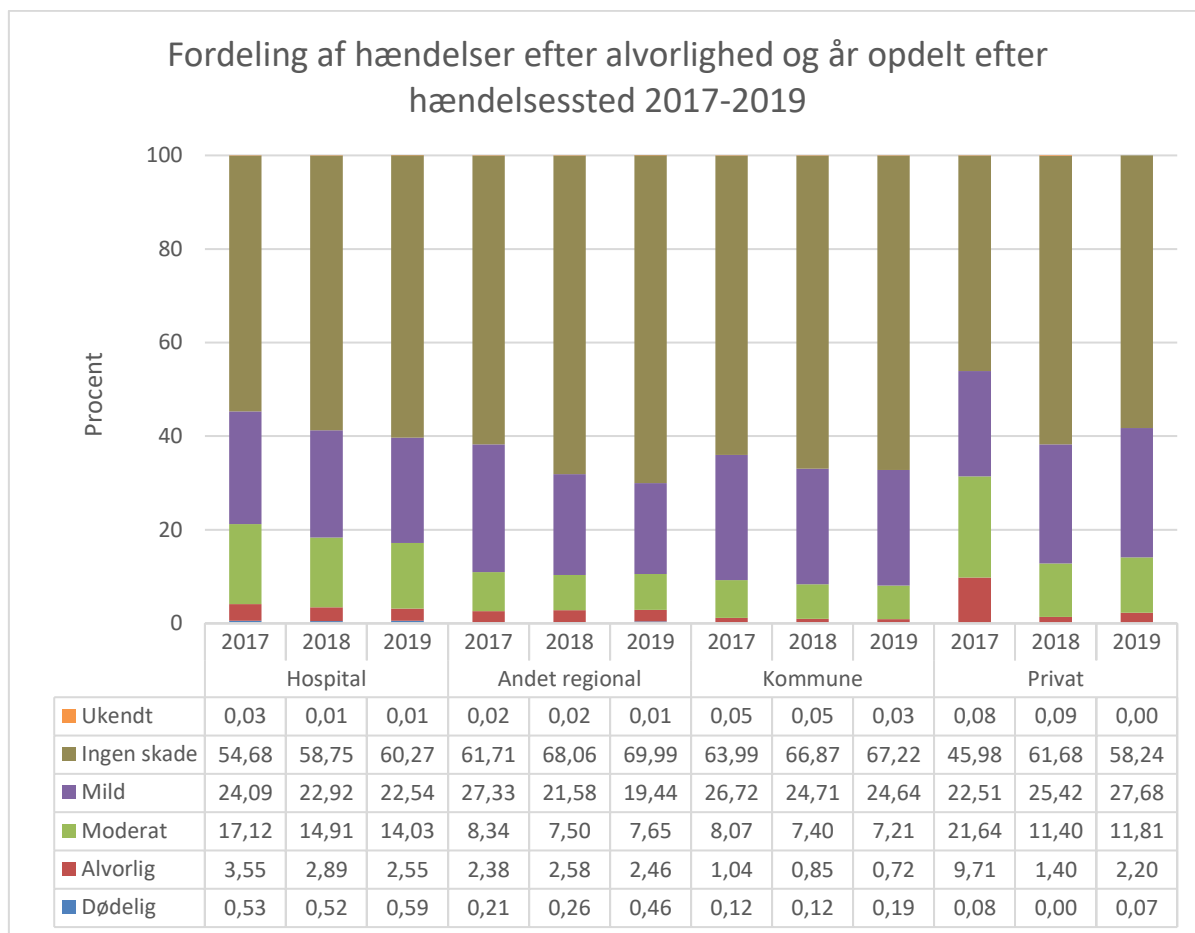
<b>Alvorlighed</b>	<b>Skade</b>
<b>Ingen skade</b>	Ingen skade
<b>Mild</b>	Lettere forbigående skade, som ikke kræver øget behandling eller øget plejeindsats
<b>Moderat</b>	Forbigående skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling
<b>Alvorlig</b>	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
<b>Dødelig</b>	Dødelig udgang

**Tabel 3. Definitionerne bag alvorlighedsklassifikationen af utilsigtede hændelser**



Figur 3 viser den procentvise fordeling af alvorlighedsklassifikationen på de forskellige lokationer. I figuren kan man se, at de fleste hændelser er alvorlighedsklassificeret som 'ingen skade' eller 'mild'.

Når en utilsigtet hændelse ikke har medført alvorlig skade for patienten, kan det være fordi det ikke var farligt, eller fordi det blev afværget og dermed var en "nær-hændelse" som potentielt kunne have medført skade for patienten. Hver eneste skade kan have stor betydning for patienten. Hændelserne bliver analyseret og sagsbehandlet lokalt for at drage læring og forebygge, at det sker igen.



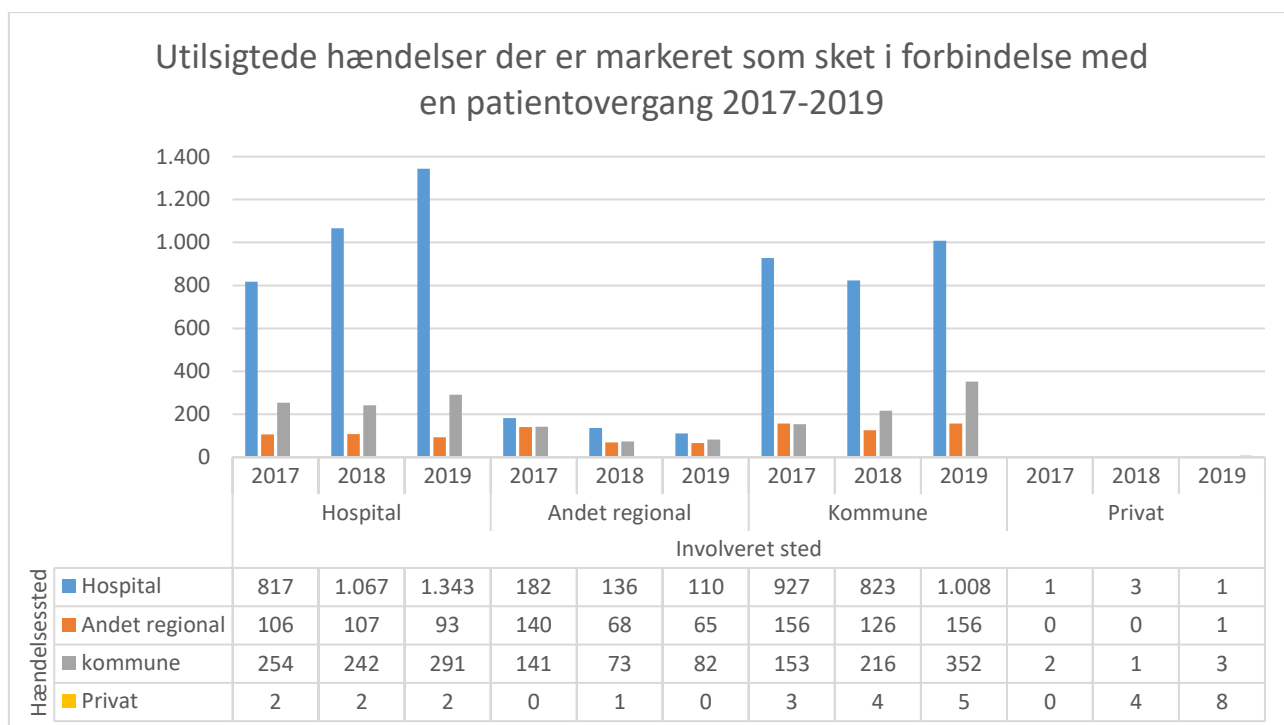
**Figur 3. Tallene er baseret på utilsigtede hændelser fra 2017-2019, som er sagsafsluttet og indsendt til Styrelsen for Patientsikkerhed.**

## 6.4 Utilsigtede hændelser i patientovergange

Siden rapporteringsordningen i 2010 blev udvidet, 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 involverede enhed(er). Det er rapportøren, som skal angive, at der er tale om en patientovergangshændelse. Dette kan samtidig betyde, at det ikke altid bliver registreret som en patientovergangshændelse, selvom det reelt har været tilfældet. Tallene vil derfor ikke afspejle, hvor mange patientovergangshændelser der har fundet sted.

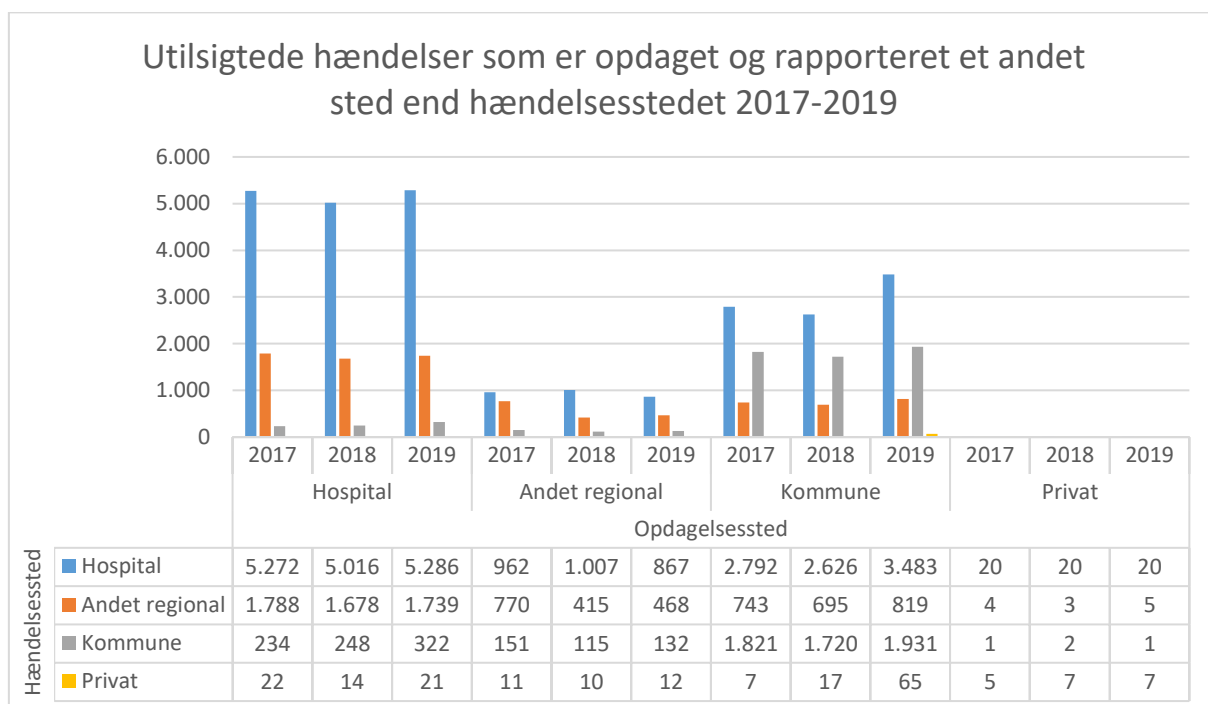
Figur 4 viser, hvordan patientovergangshændelser fordeler sig mellem lokationerne i 2017, 2018 og 2019. Der er i 2019 sagsafsluttet flest patientovergangshændelser mellem hospitaler/hospitalsafdelinger, samt mellem hospitaler og kommuner. Den samme tendens sås i 2018.



**Figur 4. Tallene er baseret på sagsafsluttede utilsigtede hændelser i 2017, 2018 og 2019, som er markeret som sket i forbindelse med en patientovergang. Rapporteringer, hvor det involverede hændelsessted ikke er opgivet, frasorteres.**

Mange hændelser bliver opdaget et andet sted end der, hvor de har fundet sted. Dette kan rapportøren markere som 'opdagelsessted'. 15.178 sagsafsluttede hændelser blev markeret med andet opdagelsessted i 2019. Disse hændelser er vigtige, fordi de utilsigtede hændelser først bliver opdaget af næste led i pleje- eller behandlingskæden. Man kan derfor være uvidende om, at der er sket en utilsigtet hændelse der, hvor hændelsen har fundet sted.

I 2019 er der sagsafsluttet 322 hændelser, hvor hændelsesstedet var en kommune, men opdagelsesstedet var på et hospital. Omvendt er der sagsafsluttet 3.483 hændelser, hvor hændelsesstedet var et hospital, men opdagelsesstedet var i en kommune. Der er blevet sagsafsluttet 5.286 hændelser, hvor hændelsesstedet var på et hospital eller en hospitalsafdeling, men som blev opdaget på en anden hospitalsafdeling eller et andet hospital.



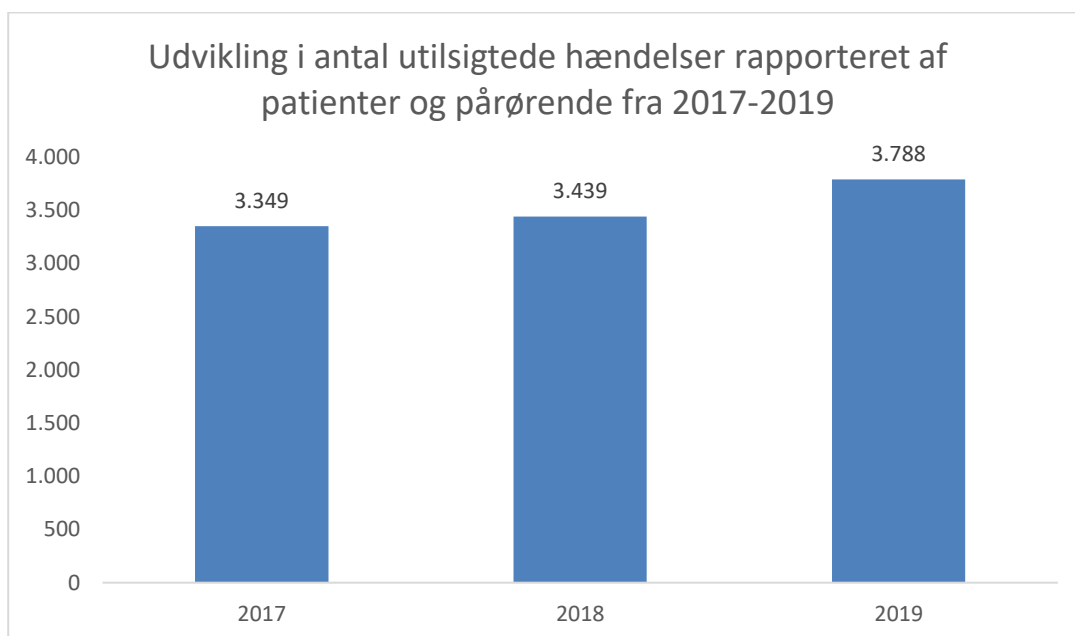
**Figur 5. Tallene er baseret på sagsafsluttede utilsigtede hændelser i 2017, 2018 og 2019, som er opdaget og rapporteret et andet sted end hændelsesstedet.**

## 6.5 Utilsigtede hændelser rapporteret af patienter og pårørende

I 2019 blev der sagsafsluttet 3.788 utilsigtede hændelser rapporteret fra patienter og pårørende. Rapporteringer fra patienter og pårørende udgør 1,7 procent af alle utilsigtede hændelser, der er sagsafsluttet i 2019.

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 november 2018 lancerede Styrelsen for Patientsikkerhed i samarbejde med regionerne en kampagne, som fokuserede på at gøre det nemmere for patienter og pårørende at rapportere utilsigtede hændelser. I den forbindelse blev rapporteringsformularerne for patienter og pårørende sammenlagt, så de kan rapportere via samme rapporteringsformular.

I figur 6 ses, at antallet af rapporteringer fra patienter og pårørende er steget ca. 10 procent fra 2018 til 2019.

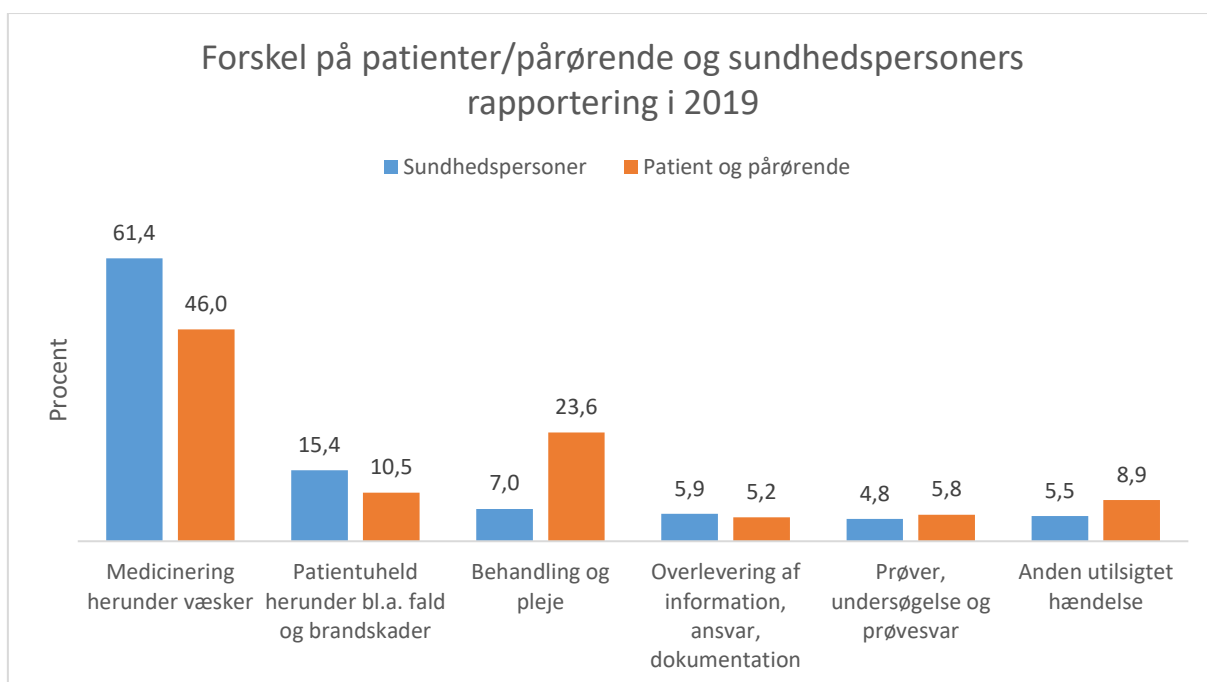


**Figur 6. Antal sagsafsluttede utilsigtede hændelser rapporteret af patienter og pårørende i perioden 2017-2019**

## Mønstre i utilsigtede hændelser rapporteret af patienter og pårørende

Vi har undersøgt, hvilke hændelsestyper der hyppigst bliver anvendt i utilsigtede hændelser rapporteret fra hhv. patienter/pårørende og sundhedsfaglige. I nedenstående figur 7 ses, at 'Medicinering herunder væsker' er den hyppigst anvendte hændelsestype for utilsigtede hændelser rapporteret af både patienter/pårørende og sundhedspersoner.

Den næsthøjest hyppigste hændelsestype anvendt i utilsigtede hændelser fra patienter/pårørende er 'Behandling og pleje', mens det for sundhedspersoner er 'Patientuheld, herunder bl.a. fald og brandskader'.

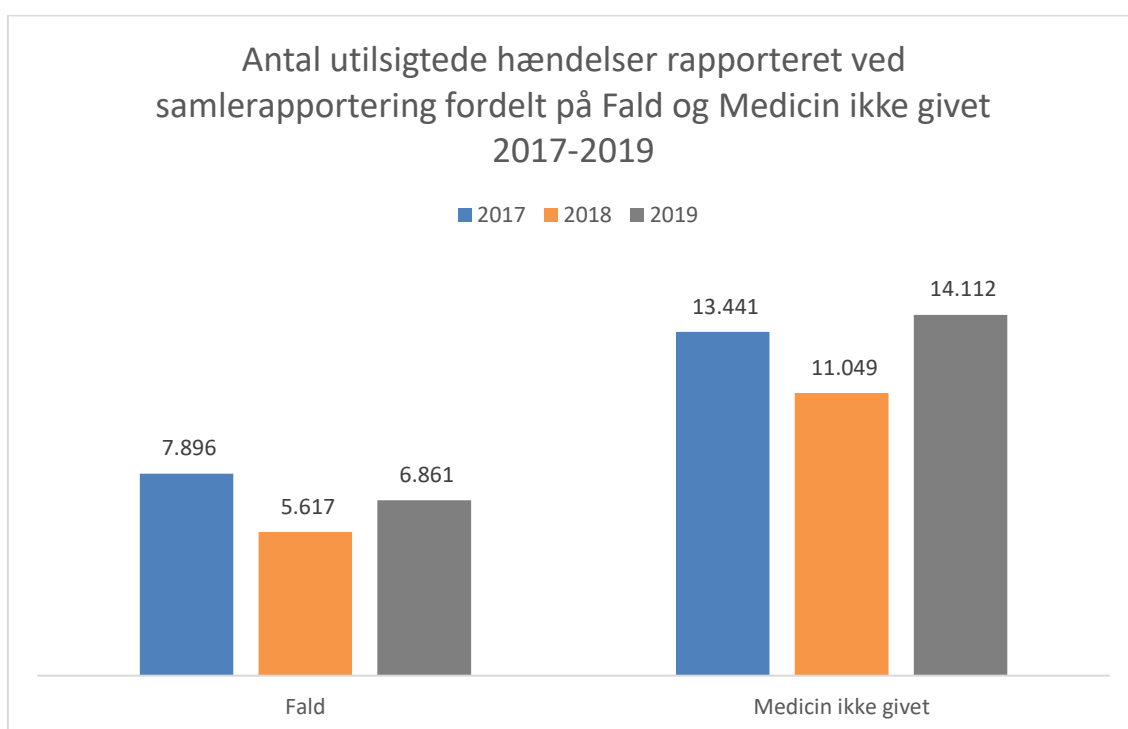


**Figur 7. Fordeling af sagsafsluttede utilsigtede hændelser rapporteret af hhv. patienter/pårørende og sundhedspersoner i forhold til anvendt hændelsestype i 2019. Tallene er angivet i procent.**

## 6.6 Samlerapportering

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte fra november 2016 til og med april 2017 pilotprojektet 'Samlerapportering' i samarbejde med 10 kommuner. Formålet var at undersøge, om samlerapportering til DPSD kunne skabe kortere læringsloops og mere kvalitet i det lokale læringsarbejde, samtidig med at det blev lettere at rapportere specifikke utilsigtede hændelser. I 2017 og 2018 samlerapporterede de 10 kommuner i pilotprojektet, og i slutningen af 2019 startede den nationale implementering af samlerapportering i alle kommuner (se kapitel 2.4, side 6).

I figur 8 ses antallet af utilsigtede hændelser rapporteret ved samlerapportering fordelt på de to kategorier "Fald" og "Medicin ikke givet" for 2017, 2018 og 2019.



**Figur 8. Antal sagsafsluttede utilsigtede hændelser rapporteret ved samlerapportering fordelt på Fald og Medicin ikke givet 2017-2019**

# 7 Bilag

---

## Bilag 1 Kommunikation og formidling 2019 – OBS-meddelelser, nyheder, artikler og andre typer af publikationer

### *Artikler i fagblade og fagmedier:*

- Utilsigtede hændelser med sengeheste, FOA bladet nr. 02/19, marts
- Bidrag om UTH'er med vaccinerne i børnevaccinationsprogrammet i Sundhedsstyrelsens Årsrapport 2018 om børnevaccinationsprogrammet: *Patient safety incidents are important learning factors*

### *OBS-meddelelser:*

- Tvivl om doseringen ved skift mellem Tresiba® insulinpenne, 26. februar
- Pradaxa®-kapsler skal blive i originalpakningen indtil brug, 2. juli
- Vær opmærksom ved betjening af tryksårsforebyggende madrasser og puder, 22. oktober

### *Nyheder på stps.dk:*

- Samlerapportering udbredes til alle kommuner, 25. januar
- Kommuner inviteres til samlet rapportering af utilsigtede hændelser, 22. maj
- Millioner af overleveringer fra sygehuse bliver mere sikre for patienterne, 1. juli
- Ny rapport deler erfaringer på tværs i sundhedsvæsenet, 13. august
- Ny brugervejledning skal gøre det lettere at behandle utilsigtede hændelser, 9. september
- Temadage om patientsikkerhed og medicin håndtering, 11. september
- STOP TÆNK TJEK: Ny kampagne om risikosituationslægemidler, 17. september
- International Patientsikkerhedsdag 17. september, 17. september
- Forbedrede epikriser skal evalueres, 28. oktober
- Ny guide skal gøre medicin håndtering mere patientsikker, 13. november

### *Pjecer og andre typer af læringsprodukter:*

- Pjecer, film og "værd at vide ark": Samlerapportering, juni
- Plakater, lommerkort, film og handouts: STOP TÆNK TJEK om risikosituationslægemidler, september
- Pjece: Epikrisevejledning til hhv. sygehuslæger og praktiserende læger, oktober
- Pjece: Korrekt håndtering af medicin, 2. udgave, november

## Bilag 2 Foredrag og undervisning 2019

### *Januar*

- Temadag om patientsikkerhed på bosteder, København
- MedCom (MC11-koordineringsmøde), Danske Regioner, oplæg om den nye epikrisevejledning

### *Marts*

- To temadage om patientsikkerhed på bosteder, København og Horsens

### *April*

- Arresø plejecenter og Styrelsen for Patientsikkerhed afholdt møde for medicinalindustrien og andre interesserede om administrationen og opbevaring af insulin på plejehjem
- OUH-talks oplæg på Odense Universitetshospital om DPSD

### *Maj*

- Besøg af farmaceutstuderende
- Seks dialogmøder med kommunerne om projekt samlerapportering, projekt Utilisgitede hændelser i sundhedsvæsenet og generelt om UTH og indsatser i Styrelsen for Patientsikkerhed, maj og juni
- Seks undervisningsdage for regionale og kommunale superbrugere i Dansk Patientsikkerhedsdatabase

### *Juni*

- Oplæg om UTH'er med vaccinerne i børnevaccinationsprogrammet til Statens Serum Instituts vaccinedag
- Præsentation af problemstillinger med Tryghedskassen på Fagligt Forum
- Oplæg på symposiet "Sedation for GI Endoscopic Procedures: When, Where, Why and How?" om "Patient Safety Incidents Related to Sedation in Denmark - What is the Challenge?"
- Oplæg om rapporteringsordningen for utilisgitede hændelser i Danmark for schweizisk delegation.

### *September*

- Region Nordjylland og Midtjylland, Viborg, Grundlæggende introduktion til patientsikkerhed, "Lovgivning og læring på patientsikkerhedsområdet"
- Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Oplæg til sygeplejersker om "Utilisgitede hændelser med medicin"
- Horsens. Workshop om implementering af samlerapportering
- Undervisning på Masteruddannelse i patientsikkerhed



*Oktober*

- Oplæg på temadag hos Dansk Sygeplejeråd Kreds Sjælland om "Patientsikkerhed og læring - hvad anvendes utilsigtede hændelser til, og hvordan håndteres utilsigtede hændelser korrekt?"

*November*

- To temadage om medicin håndtering, København og Horsens
- Oplæg til fællestillidsrepræsentantmøde hos Dansk Sygeplejeråd Kreds Sjælland om "Patientsikkerhed og læring - hvad anvendes utilsigtede hændelser til, og hvordan håndteres utilsigtede hændelser korrekt?"
- Kursus på Lægedage om epikrise-vejledning

*December*

- Oplæg på HovedOrtoCenteret – Rigshospitalet om "Læring af UTH – Hvordan ser Styrelsen for Patientsikkerhed på UTH i Sundhedsvæsenet, og hvad sker der egentlig efter en UTH er indrapporteret i DPSD?"