



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Dansk Patientsikkerhedsdatabase årsberetning 2021

Styrelsen for Patientsikkerhed

Kolofon

Titel på udgivelsen: Dansk Patientsikkerhedsdatabase årsberetning 2021

Udgivet af:

Styrelsen for Patientsikkerhed

Islands Brygge 67

2300 København S

Telefon: 72 28 66 00

E-post: stps@stps.dk

Udgivelsesår: 2022

Version: Nr. 1.0.

Versionsdato: Juni 2022

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

Indhold

Forord	4
1. Rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser	5
2. Dansk Patientsikkerhedsdatabase	6
2.1. Opdateringer i Dansk Patientsikkerhedsdatabase	6
2.2. Ny Dansk Patientsikkerhedsdatabase	7
2.3. DPSD-Driftsgruppen	7
3. Nationale indsatser	9
3.1. Projekt "Utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsenet"	9
3.2. Bedre patientsikkerhed med nye epikriser	10
3.3. Kortlægning af projekter med medicingennemgang under Medicin uden skade	11
3.4. Guide til rapportering af UTH om vaccination mod COVID-19	11
3.5. Lokale indsatser for patientsikkerhed	12
3.6. Informationsmateriale om forebyggelse af osteonekrose i kæberne	13
3.7. Advarsel i FMK om risiko for fejl med methotrexat	13
3.8. Tydelig mærkning af oxycodon depottabletter	13
3.9. Gå hjem-møde om risikosituationslægemidler	14
3.10. Temadag om patientsikkerhed for mødre og nyfødte	14
3.11. Guide til sikker håndtering af risikosituationslægemidler	14
3.12. Temadag om medicin håndtering og patientsikkerhed	15
3.13. OBS-meddelelse om risiko for fejl med digoxin	15
3.14. Fagligt Forum for Patientsikkerhed	15
3.15. Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet	16
3.16. Samarbejde med Lægemiddelstyrelsen	17
3.17. Koordinationsforum for forbrug og anvendelse af lægemidler	17
3.18. Fælles Medicinkort (FMK)	18
3.19. Samarbejde med forskere	18

3.20.	Internationalt samarbejde	19
4.	Udvikling i utilsigtede hændelser	20
4.1.	Ændret metode til opgørelse over udviklingen i utilsigtede hændelser	20
4.2.	Udvikling i utilsigtede hændelser rapporteret i 2017-2021	20
4.3.	Samlerapportering i kommunerne	21
4.4.	Fordeling af utilsigtede hændelser i kategorierne Hospital, Andet regional, Privathospital og hospice samt Kommune	23
4.5.	Graden af alvorlighed	26
4.6.	Utilsigtede hændelser i patientovergange	27
4.7.	Andet opdagelsessted end hændelsessted	28
4.8.	Utilsigtede hændelser rapporteret af patienter og pårørende	29
4.9.	Utilsigtede hændelser relateret til COVID-19	32
4.10.	Om datatrækket i DPSD	34
4.11.	Håndtering af ældre, uafsluttede hændelser	34

Forord

Formålet med rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser (UTH) er læring. Vi skal lære af de fejl, der sker i sundhedsvæsenet, så vi kan forhindre, at det sker igen. Det lyder enkelt, men det kan være svært.

I 2021 blev der rapporteret 326.416 utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerhedsdatabase. De mange rapporterede UTH'er indeholder vigtig viden om, hvad der går galt, men nogle gange kan det måske være svært at se, præcis hvordan der drages læring af de rapporterede hændelser. I Styrelsen for Patientsikkerhed skal vi fokusere på de problemstillinger, som kan give bedre patientsikkerhed på nationalt niveau og samtidig med at vi understøtter læring på lokalt niveau. Det gør vi i tæt samarbejde med repræsentanter for sundhedsvæsenet, fx i Fagligt Forum for Patientsikkerhed, hvor bl.a. risikomanagere fra både kommuner og regioner giver os uvurderlige input til, hvor vi skal rette vores fokus hen, og hvad vi skal prioritere.

Det er vigtigt for sundhedspersoner, at arbejdsgange og systemer understøtter deres muligheder for fx at give patienterne den rigtige medicin i den rigtige dosis på det rigtige tidspunkt. UTH'erne fortæller os blandt andet, at en forkert dosis af bestemte lægemidler kan være fatal, og at nogle medicin-pakninger let kan forveksles. Og selv om sådanne ændringer tager tid, så har den viden været med til at påvirke, hvad der står på medicinæsker med oxycodon depottabletter, så de bliver lettere at skelne fra hurtigtvirkende tabletter. UTH'erne har også medvirket til, at der nu er indført automatiske advarsler i Fælles Medicinkort, hvis en læge er i færd med at ordinere en uhensigtsmæssig høj dosis af lægemidlet methotrexat, der kan være livstruende i den forkerte dosis.

De fleste, der har prøvet at være med til at ændre noget i et stort it-system eller et regelsæt, ved, at det kan tage lang tid. Og når en ændring endelig slår igennem, kan det være tæt på umuligt for den enkelte sundhedsperson at se koblingen til den UTH, man rapporterede for længe siden. Men der går en lige linje fra UTH'erne til de løbende forbedringer, som hele tiden sker, i det små og i det store, i hele sundhedsvæsenet.

Læring finder sted alle vegne, fra det enkelte plejecenter og den enkelte hospitalsafdeling til det nationale niveau, hvor der træffes beslutninger og lovgives på baggrund af læring fra UTH'er. Og læring forpligter. Behandlingssteder, kommuner og regioner har en vigtig opgave i at sikre, at der sker forandringer og forbedringer på baggrund af den vigtige viden, som vi får fra UTH'erne. Som sundhedsperson er det lettere at se lokale forandringer og tiltag end sammenhængen mellem ens egen rapportering og store, nationale indsatser. Men hver eneste UTH, der rapporteres, er med til at danne grundlag for beslutninger, der i sidste ende skal forbedre sundhedspersonernes muligheder for at undgå utilsigtede hændelser. Det lyder enkelt og er i realiteten svært – men det er bestemt ikke forgæves.

Lena Graversen, enhedschef, , Styrelsen for Patientsikkerhed

1. Rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser

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

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

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

2. Dansk Patientsikkerhedsdatabase

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

2.1. Opdateringer i Dansk Patientsikkerhedsdatabase

Det er vigtigt at beskytte oplysninger fra utilsigtede hændelser, så de kun anvendes til læring. I 2021 implementerede Styrelsen for Patientsikkerhed en række ændringer i Dansk Patientsikkerhedsdatabase for at sikre datasikkerheden i systemet. Ændringerne indebar bl.a., at Dansk Patientsikkerhedsdatabase nu i højere grad understøtter styringen af, hvilke brugere der kan videregive relevante oplysninger fra systemet til andre, samt hvem der kan modtage oplysningerne. Systemet understøtter fremover således kun automatisk videregivelse af oplysninger fx en ugerapport om bestemte typer af hændelser fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase til medarbejdere, der varetager opgaver med at modtage, registrere eller analysere utilsigtede hændelser.

Styrelsen har derudover opdateret det såkaldte lokationsopslag, så der kan rapporteres utilsigtede hændelser til alle rapporteringspligtige behandlingssteder, bl.a. fertilitetsklinikker og kosmetiske klinikker. Det har ikke tidligere været teknisk muligt at vælge disse fra lokationsopslaget. Derudover har styrelsen løbende fulgt organisationsændringerne i relation til COVID-19-epidemien i Danmark for at sikre optimal understøttelse af muligheden for at rapportere utilsigtede hændelser til fx nyoprettede vaccinationscentre og teststeder.

I 2021 påbegyndte styrelsen sammen med leverandøren af Dansk Patientsikkerhedsdatabase udviklingen af en løsning til understøttelse af kommunernes behandlingssteders arbejde med UTH i databasen. Hvor det tidligere kun var muligt at knytte en utilsigtet hændelse til en af de 98 kommuner, blev det nu muligt at knytte hændelsen direkte til et af de mere end 5.000 kommunale behandlingssteder og dermed lette sagsbehandlingen. Da ændringen særligt forventedes at have indflydelse på kommunernes arbejdsgange, havde styrelsen i høj grad fokus på inddragelse af kommunerne i udviklingen af løsningen. Tre kommuner deltog i test af de nye funktioner over en periode på tre uger og bød løbende ind med forslag til justeringer og rettelser. Ændringerne blev implementeret i januar 2022.

Som følge af en pilotafprøvning i projektet *Utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsenet*, hvor en række ændringsforslag til rapporteringsordningen blev afprøvet, reviderede Styrelsen i 2021 rapporterings- og sagsbehandlerformularer for at gøre det nemmere og mere intuitivt at rapportere utilsigtede hændelser. Ændringerne blev implementeret i januar 2022.

2.2. Ny Dansk Patientsikkerhedsdatabase

I 2021 indledte Styrelsen for Patientsikkerhed et større projekt med at udskifte Dansk Patientsikkerhedsdatabase med en ny og mere tidssvarende løsning. I 2021 koncentrerede indsatsen sig dels om at kortlægge og beskrive systemets mange forskellige brugere og deres krav og forventninger til systemet, dels om at afsøge markedet for relevante løsningsmodeller. I den forbindelse afholdt Styrelsen for Patientsikkerhed markedsdialog med en række it-virksomheder, som fremlagde forslag til, hvordan en moderne og tidssvarende Dansk Patientsikkerhedsdatabase kunne se ud.

Det er på den baggrund forventningen, at en ny Dansk Patientsikkerhedsdatabase vil kunne tilbyde en mere tidssvarende funktionalitet end det nuværende system. Det er en målsætning for projektet, at en ny teknisk platform for rapporteringen og analysen af utilsigtede hændelser i det danske sundhedsvæsen kan bidrage til en øget datakvalitet, så grundlaget for lærings- og forbedringsindsatser styrkes. En ny Dansk Patientsikkerhedsdatabase skal også understøtte de ændringer i rapporteringspligten, som er afprøvet og evalueret positivt af mere end 100 kliniske enheder i projektet *Utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsenet* (se side 8).

Det forventes, at en ny Dansk Patientsikkerhedsdatabase kan tages i anvendelse i hele sundhedsvæsenet i 2023. Samtidig forventes det, at den eksisterende Dansk Patientsikkerhedsdatabase – når det nye system er på plads – vil blive udfaset over en periode på seks måneder. DPSD-driftsgruppe udgør sammen med Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Københavns Kommune og Aarhus Kommune følgegruppe for projektet, som rådgiver Styrelsen for Patientsikkerhed om udskiftningen af Dansk Patientsikkerhedsdatabase.

2.3. DPSD-Driftsgruppen

DPSD-Driftsgruppen er det tekniske forum for Dansk Patientsikkerhedsdatabase (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 kommuner, regioner, privathospitalet og hospices, Kommunernes Landsforening, Sundhedsdatastyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed.

I 2021 blev DPSD-Driftsgruppen desuden følgegruppe for udskiftningen af Dansk Patientsikkerhedsdatabase og bidrog her med vigtig viden og faglig rådgivning, så det sikres, at den nye løsning for rapportering og læring af utilsigtede hændelser imødekommer de behov, som forskellige dele af sundhedsvæsenet har i forhold til at understøtte lærings- og forbedringsindsatser.

I 2021 blev der holdt seks møder med gruppen. På alle seks møder blev der drøftet emner i relation til ny DPSD – bl.a. kortlægning af arbejdsgange for sagsbehandlere, analyse af utilsigtede hændelser, og hvordan samlerapportering i kommunerne kan understøttes i det nye system.

I relation til den nuværende Dansk Patientsikkerhedsdatabase drøftede og prioriterede DPSD-Driftsgruppen, hvilke forbedringer der ønskes implementeret i den kommende periode. I disse drøftelser var der bred enighed om, at understøttelse af kommunernes behandlingssteder skulle prioriteres højest for at bidrage til bedre vilkår for kommunernes arbejde med patientsikkerhed.

Samtidig blev der på møderne taget beslutning om mindre ændringer i DPSD-klassifikationen samt en række øvrige, mindre forbedringer til systemet.

3. Nationale indsatser

På baggrund af rapporteringer om utilsigtede hændelser er der gennemført en række nationale indsatser i 2021. Indsatserne omhandler risikoområder, som er identificeret på baggrund af analyser af utilsigtede hændelser og input fra bl.a. Fagligt Forum for Patientsikkerhed og Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet. Derudover stiller Styrelsen for Patientsikkerhed anonymiserede data fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase til rådighed for en række myndigheder og andre aktører, som bruger data til at belyse patientsikkerhedsmæssige risikoområder og kvalificere beslutningsprocesser, fx i udviklingen af it-systemer, lovgivningsprocesser og krav til lægemiddelproducenter.

3.1. Projekt "Utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsenet"

Projekt *Utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsenet* er en del af den omfattende forbedringsindsats af rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser, hvor også en ny teknisk rapporteringsplatform indgår (se side 6).

Projektet har til formål at forbedre og revidere rapporteringsordningen. En række arbejdsgrupper med deltagelse fra kommuner og regioner udarbejdede i 2019 fire forslag til ændringer i rapporteringsordningen sammen med Styrelsen for Patientsikkerhed:

- Ændret rapporteringspligt
- Ændret alvorlighedsklassifikation
- Kortere rapporteringsskema
- Ændret sagsbehandlerskema

Fra marts 2020 til og med december 2020 blev forslagene afprøvet bredt i hele sundhedsvæsenet, hvor mere end 100 enheder fra kommuner og regioner deltog i pilotprojektet.

Evalueringen af pilotprojektet bestod af:

- En spørgeskemaundersøgelse blandt sundhedspersoner, der havde rapporteret utilsigtede hændelser i pilotprojektets ændrede rapporteringsskema
- En spørgeskemaundersøgelse blandt sagsbehandlere, der havde anvendt det ændrede sagsbehandlerskema til at sagsbehandle utilsigtede hændelser rapporteret i det ændrede rapporteringsskema
- Fokusgruppeinterviews med rapportører og sagsbehandlere

Evalueringen af pilotprojektet viste, at rapportører og sagsbehandlere havde positive erfaringer med afprøvningen af forslaget. Der blev udarbejdet en samlet [evalueringsrapport](#), som kan tilgås fra styrelsens hjemmeside. Evalueringsresultaterne bliver anvendt til at finjustere de afprøvede forslag, som bliver implementeret ad to omgange.

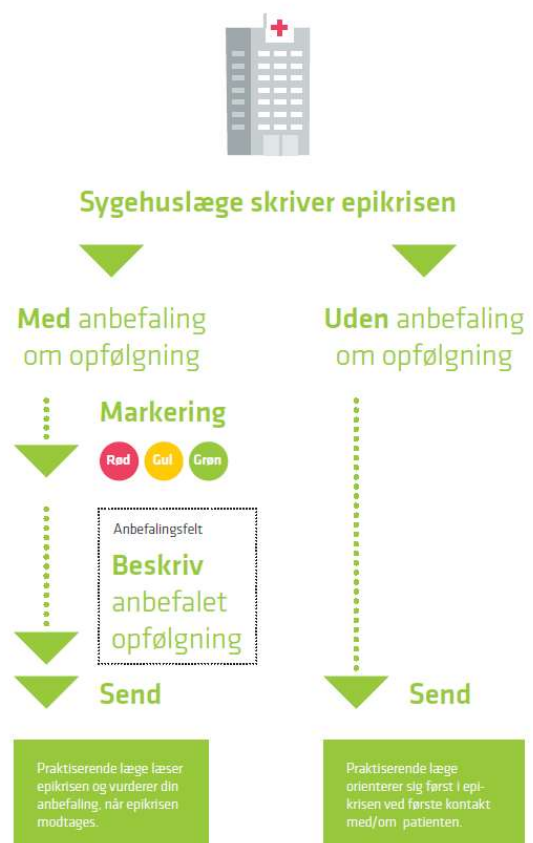
På baggrund af meget positive tilbagemeldinger og efterspørgsel på det kortere rapporteringsskema og ændrede sagsbehandlerskema blev det implementeret allerede i januar 2022. Den ændrede rapporteringspligt og alvorlighedsklassifikation forventes at træde i kraft samtidig med implementeringen af den nye Dansk Patientsikkerhedsdatabase i 2023. Inden da skal der gennemføres en revidering af bekendtgørelse og vejledning om utilsigtede hændelser, som vil blive sendt til offentlig høring, inden de træder i kraft.

3.2. Bedre patientsikkerhed med nye epikriser

I 2021 blev evalueringen af den reviderede vejledning om epikriser og den nye epikrisestandard, som blev implementeret i 2019, afsluttet. Evalueringen blev gennemført af Forskningsenheden for Almen Medicin under Syddansk Universitet, som både afholdt individuelle interviews og fokusgruppe-interviews med sygehuslæger og praktiserende læger. Derudover blev der sendt et spørgeskema til i alt 798 praktiserende læger, som udgjorde et repræsentativt udsnit blandt de praktiserende læger. 310 praktiserende læger besvarede skemaet, hvilket svarer til en svarprocent på knap 40 procent.

Et flertal af de praktiserende læger svarede bekræftende på, at de nye epikriser bidrager til en bedre overlevering til almen praksis, og at de nye epikriser forbedrer patientsikkerheden. Således svarede 63 procent, at de var "Helt enig" eller "Delvist enig" i, at de nye markerede epikriser med anbefalingsfelt bidrager til en bedre overlevering til almen praksis, og 72 procent var "Helt enig" eller "Delvist enig" i, at de nye markerede epikriser med anbefalingsfelt forbedrer patientsikkerheden.

Evalueringen viste desuden, at de fleste praktiserende læger oplever, at epikrisernes anbefalingsfelt indeholder kort og præcis information om anbefalet opfølgning. De praktiserende læger oplever også, at markeringerne af epikriserne har givet dem bedre overblik over, hvilke patienter der har brug for opfølgning efter udskrivelse fra sygehuset. Styrelsen for Patientsikkerhed fortsætter arbejdet med at løfte kvaliteten af epikriser og implementere forbedringer.



		Helt enig n (%)	Delvis enig n (%)	Hverken enig eller uenig n (%)	Delvis uenig n (%)	Helt uenig n (%)	N
Bedre overlevering	De nye markerede epikriser med anbefalingsfelt bidrager til en bedre overlevering til almen praksis.	63 (20)	134 (43)	68 (22)	25 (8)	20 (6)	310
Forbedret patientsikkerhed	De nye markerede epikriser med anbefalingsfelt forbedrer patientsikkerheden.	67 (22)	156 (50)	45 (15)	24 (8)	18 (6)	310
Bedre overblik	Markeringen af epikriserne har givet mig bedre overblik over, hvilke patienter der har brug for opfølgning efter udskrivelse.	60 (19)	152 (49)	44 (14)	26 (8)	28 (9)	310

Figur 1. Resultater fra evaluering af de nye epikriser foretaget af Syddansk Universitet.

3.3. Kortlægning af projekter med medicingennemgang under Medicin uden skade

I 2021 gennemførte Styrelsen for Patientsikkerhed sammen med Dansk Selskab for Patientsikkerhed en kortlægning af projekter og tiltag, der benytter medicingennemgang. En medicingennemgang kan være til gavn for patienter, der behandles med flere lægemidler af gangen og kan bl.a. være med til at nedbringe risikoen for alvorlige, forebyggelige medicinrelaterede skader. Kortlægningen skete som del af WHO-initiativet Medicin uden skade.

Formålet med kortlægningen var at få et indblik i, hvilke medicingennemgangsprojekter der arbejdes med på tværs af landet, så viden, inspiration og erfaringer fra nogle af de bedste projekter kan deles og allerede afprøvede processer formidles til andre, der gerne vil arbejde med medicingennemgang.

Til brug for kortlægningen udsendte Styrelsen for Patientsikkerhed og Dansk Selskab for Patientsikkerhed et spørgeskema til alle sektorer i sundhedsvæsenet.

Der kom i alt 47 fulde besvarelser fra både primær og sekundær sektor, fordelt på en række forskellige typer af behandlingssteder. I løbet af 2022 vil resultaterne af kortlægningen blive offentliggjort, og udvalgte projekter vil blive formidlet med fokus på forskellige sektorer og behandlingsstedstyper, så viden og erfaringer kan komme så mange som muligt til gode.



3.4. Guide til rapportering af UTH om vaccination mod COVID-19

I takt med at de fleste danskere i 2021 fik tilbud om at blive vaccineret mod COVID-19, steg antallet af vaccinationer kraftigt. Der var tale om en national indsats, der skulle udføres inden for en kort tidsperiode. Derfor var det vigtigt med klare rammer for UTH-rapporteringen, så man hurtigt kunne

identificere patientsikkerhedsproblematikker i forbindelse med indsatsen. Derfor udsendte Styrelsen for Patientsikkerhed en guide til at rapportere utilsigtede hændelser (UTH) i forbindelse med vaccination mod COVID-19.

3.5. Lokale indsatser for patientsikkerhed

Store og små indsatser, der forbedrer patientsikkerheden, fortjener at blive delt til inspiration og læring. Hvert år beder Styrelsen for Patientsikkerhed kommuner, regioner og private behandlingssteder om at indsende beskrivelser af indsatser, som har haft en effekt for den lokale patientsikkerhed.

Sammen med repræsentanter fra Fagligt Forum for Patientsikkerhed udvælger styrelsen en række indsatser blandt de indsendte beskrivelser, der i særlig grad kan bidrage til inspiration og læring på tværs af sundhedsvæsenet. Indsatserne udvælges, fordi de handler om vigtige problemområder og peger på mulige løsninger, og fordi de helt eller delvist vil kunne gennemføres andre steder i sundhedsvæsenet.

De udvalgte indsatser offentliggøres på styrelsens hjemmeside stps.dk. I 2021 er der offentliggjort en række spændende, lokale projekter under følgende overskrifter:

- "Hospitalsbehandling" på plejehjem
- Større fleksibilitet på Akut Modtager Afsnit
- Det mobile sundhedsteam
- "Er du klar?" – telefonkonsultationer forud for medicinsk kræftbehandling
- Faldforbedringsprojekt Møllehaven
- Styrket kvalitet i arbejdet med faldforebyggelse
- Sårheling hos benamputerede patienter
- Bedre behandling af sår
- Bedre patientforløb for unge med paracetamolforgiftning

3.6. Informationsmateriale om forebyggelse af osteonekrose i kæberne

I marts 2021 offentliggjorde Styrelsen for Patientsikkerhed informationsmaterialer om forebyggelse af osteonekrose i kæberne (dødt knoglevæv i kæberne) hos patienter, der får eller tidligere har fået knoglestyrkende medicin i form af bisfosfonater og denosumab. Informationsmaterialerne blev til på baggrund af data om et stigende antal patienter med osteonekrose i kæberne. Materialerne henvender sig til tre forskellige målgrupper:

- Tandlæger, tandplejere og kliniske tandteknikere
- Kræftpatienter
- Osteoporosepatienter



Materialerne blev udviklet i tæt samarbejde med en række læge- og tandfaglige selskaber og organisationer, patientforeninger og myndigheder.

3.7. Advarsel i FMK om risiko for fejl med methotrexat

På baggrund af analyser af utilsigtede hændelser med lægemidlet methotrexat blev der i 2021 indført advarsler i FMK i to situationer, hvor der er særlig risiko for, at der sker fejl i ordinationen. Fejlmedicinering med methotrexat kan i yderste konsekvens være dødelig. FMK giver nu automatisk en advarsel, hvis en læge forsøger at ordinere methotrexat som en såkaldt fritekstordination. Systemet giver desuden en advarsel, hvis en læge forsøger at ordinere lægemidlet med et doseringsinterval på mindre end syv dage, da det giver risiko for alvorlig fejlmedicinering.

Ifølge en opgørelse fra Sundhedsdatastyrelsen fra december 2021 blev der på ugebasis givet ca. 320 advarsler på ustrukturert ordinationer med methotrexat. Ved ordinationer med dosering hyppigere end én gang om ugen blev der givet advarsler 36 gange på syv dage.

3.8. Tydelig mærkning af oxycodon depottabletter

I 2021 er et nyt krav til producenter af oxycodon om tydelig navngivning af pakninger med depottabletter for alvor slået igennem. Den tydelige navngivning skal gøre det lettere at skelne almindelige oxycodontabletter fra depottabletter og dermed nedbringe risikoen for forvekslinger. Kravet er indført af Lægemiddelstyrelsen på baggrund af tilbagevendende rapporter om utilsigtede hændelser, hvor forvekslinger har ført til fejl dosering af patienter med alvorlige konsekvenser til følge.

3.9. Gå hjem-møde om risikosituationslægemidler

I oktober 2021 holdt Styrelsen for Patientsikkerhed i samarbejde med Medicin.dk et gå hjem-møde om patientsikker håndtering af risikosituationslægemidler. Mere end 100 tilmeldte deltagere kunne høre oplæg om, hvordan rapportering af UTH'er danner grundlag for fokuserede indsatser for at forebygge medicinfejl. Deltagerne blev også præsenteret for en række eksempler på, hvordan man har arbejdet med at udvikle patientsikre arbejdsgange for håndtering af risikosituations-lægemidler i både primær og sekundær sektor.



3.10. Temadag om patientsikkerhed for mødre og nyfødte

Den 17. september 2021 satte World Health Organizations (WHO) årlige World Patient Safety Day fokus på mødre og nyfødtes patientsikkerhed. Det markerede Styrelsen for Patientsikkerhed med en virtuel temadag, hvor en række eksperter fortalte om deres erfaringer med at forbedre patientsikkerheden fra graviditeten til den nyfødtes første tid. Blandt oplægsholderne var læger, sygeplejersker, sundhedsplejersker og jordemødre, der blandt andet fortalte om igangsættelse af fødsler, gulsot hos nyfødte, forebyggelse af vuggedød og sikker medicinering af børn og gravide.



Temadagen blev optaget på video, og alle oplæg kan ses på Styrelsen for patientsikkerheds hjemmeside stps.dk.

3.11. Guide til sikker håndtering af risikosituationslægemidler

I november 2021 offentliggjorde Styrelsen for Patientsikkerhed en ny guide til sikker håndtering af risikosituationslægemidler. Guiden indeholder korte beskrivelser af de forskellige risikosituationslægemidler og de forhold, der gør, at man skal være særligt opmærksom, når man håndterer dem. Der er også forslag til forholdsregler, der kan være med til at forebygge utilsigtede hændelser med de enkelte typer af lægemidler.

Guiden er tænkt som en hjælp til sundhedspersonale, der håndterer medicin fx på plejecentre, i hjemmesygepleje og på sygehuse.



3.12. Temadag om medicin håndtering og patientsikkerhed

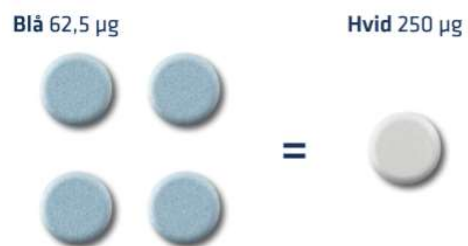
På en temadag d. 3. november 2021 kunne mere end 200 deltagere få inspiration til at øge patientsikkerheden om medicin håndtering. Deltagerne kunne bl.a. høre oplæg om, hvordan etablering af tværfaglige teams og tværsektoriel sparring har styrket sektorovergange og behandlingssammenhænge. Temadagen bød også på en introduktion til nye funktioner i Fælles Medicinkort (FMK) og præsentation af læringsmateriale, der kan hjælpe til at undgå medicinfejl.

Der blev desuden holdt oplæg om gode erfaringer om håndtering af insulin og om forbedringsprojekter fra regioner og kommuner, der bl.a. handlede om lægemiddelrådgivning og om forebyggelse af fejl i medicinlister.

Styrelsen for Patientsikkerhed holdt oplæg om læring og indsatser relateret til utilsigtede hændelser, om risikosituationslægemidler og om udfordringer og tiltag i forhold til hændelser, hvor medicinen ikke er givet. Herudover holdt styrelsen også oplæg om erfaringer med medicin håndtering fra det sundhedsfaglige tilsyn.

3.13. OBS-meddelelse om risiko for fejl med digoxin

I december 2021 udsendte Styrelsen for Patientsikkerhed en OBS-meddelelse om, at lægemidlet digoxin i styrken 250 mikrogram, som gennem mere end et år havde været i restordre, igen kunne leveres. I perioden, hvor digoxin 250 mikrogram tabletter ikke havde været tilgængelige, havde digoxin kun været på markedet i styrken 62,5 mikrogram. I forbindelse med, at digoxin 250 mikrogram igen kunne leveres, advarede Styrelsen for Patientsikkerhed om risiko for fejdosering, fx ved ændring af ordination af 4 x 62,5 mikrogram tabletter til 1 x 250 mikrogram tabletter.



Ved overgangen var der behov for skærpet opmærksomhed på styrke og antal tabletter i ordinationen, dispenseringen og administrationen af digoxin, både fra ordinerende læger og fra plejepersonale, der håndterer lægemidlet for patienter i fx plejesektoren.

3.14. Fagligt Forum for Patientsikkerhed

Det overordnede formål for Fagligt Forum for Patientsikkerhed er at bistå Styrelsen for Patientsikkerhed med faglig sparring omkring læringsaktiviteter. Fagligt Forum for Patientsikkerhed blev fra januar 2021 lovfæstet i sundhedsloven kapitel 61 § 199 a. Det betyder, at det nu er fastsat i lovgivningen, at der skal være et Fagligt Forum for Patientsikkerhed nedsat af Styrelsen for Patientsikkerhed.

Fagligt Forum for Patientsikkerheds opgaver og funktioner:

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

En oversigt over repræsentanter for de forskellige områder er tilgængelig på styrelsens hjemmeside.

2021 var andet år, hvor COVID-19-epidemien satte sit præg på sundhedsvæsenet. Blandt andet betød den store vaccineindsats meget for både det kommunale og regionale sundhedsvæsen. COVID-19 og vaccination mod COVID-19 har været et fast punkt på de fire møder, som blev afholdt i Fagligt Forum for Patientsikkerhed i 2021. Det ene var et ekstraordinært møde, hvor emnerne var fokuseret på COVID-19 og vaccination mod COVID-19.

På møderne bliver der som et fast punkt på dagsorden drøftet aktuelle lokale projekter, patientsikkerhedsmæssige udfordringer og læringstiltag. Formålet er dels vidensdeling og dels at drøfte, om der er områder, som styrelsen kan arbejde med på et nationalt niveau.

3.15. Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet

Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet har bl.a. 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.

I 2021 har udvalget udvekslet erfaringer om arbejde med medicinsikkerhed, bl.a. på plejehjem. Derudover har udvalget drøftet kommunikationskanaler og bidraget med input til, hvordan styrelsen mest effektivt kan kommunikere til forskellige målgrupper i sundhedsvæsenet om patientsikkerhedsmæssige udfordringer med lægemidler. Udvalget har også drøftet problematikker om bl.a. medicinforgiftninger og utilsigtede hændelser samt rådgivningstilbud til sundhedspersoner om medicin, herunder bivirkninger og forgiftninger.

3.16. Samarbejde med Lægemiddelstyrelsen

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

I 2021 har styrelserne drøftet problematikker vedrørende brug af antihistaminer til selvmordsforsøg og mulige tiltag til forebyggelse. Derudover har styrelserne drøftet problematikker vedrørende korrekt brug af angusta til igangsættelse af fødsler.

Styrelserne har gennem længere tid drøftet problematikker vedrørende insulin, herunder forveksling af insulinpenne, som er en hyppig årsag til utilsigtede hændelser. På den baggrund har Lægemiddelstyrelsen i 2021 opfordret til, at parallelproducerede lægemidler genbruger originalproducenters farvekoder for at nedbringe risikoen for forvekslinger.

3.17. Koordinationsforum for forbrug og anvendelse af lægemidler

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

I 2021 har koordinationsforummet diskuteret patientsikkerhedsmæssige udfordringer relateret til Tryghedskassen. Der er desuden oprettet et nationalt råd, der skal forebygge alvorlige patientsikkerhedsmæssige konsekvenser af stadig hyppigere udfordringer med lægemidler i restordre.

3.18. Fælles Medicinkort (FMK)

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

I 2021 monitorerede Styrelsen for Patientsikkerhed løsningen vedrørende dosisdispensering, der blev lanceret juni 2020, for at afdække, om løsningen medførte nye typer af utilsigtede hændelser. Blandt andet på den baggrund har Sundhedsdatastyrelsen skærpet opmærksomheden på vigtigheden af, at der ikke sættes behandlingsslutdato på ordination af dosisdispenseret medicin.

3.19. Samarbejde med forskere

I 2021 stillede Styrelsen for Patientsikkerhed data fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase til rådighed for en række forskningsprojekter i regi af universiteter og andre organisationer.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Patienterstatningen

Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Patienterstatningen undersøger problematikken omkring diagnosefejl med henblik på at teste interventioner, der kan styrke den diagnostiske proces. Til dette arbejde har Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Patienterstatningen i 2021 bl.a. analyseret utilsigtede hændelser om diagnostik til at belyse problemstillingen.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed og studerende fra Aalborg Universitet

Dansk Selskab for Patientsikkerhed og studerende fra Aalborg Universitet analyserede i 2021 utilsigtede hændelser til brug i forbindelse med de studerendes speciale. Formålet var at undersøge rapporteringsadfærden for sundhedspersonale samt patienter og pårørende i forhold til indrapportering af utilsigtede hændelser med medicinsk udstyr til behandling af diabetes. Baggrunden for projektet er en rapport fra tænketanken for diabetes "Type 1", som indikerer, at der er underrapportering af utilsigtede hændelser ved medicinsk udstyr vedrørende type 1 diabetes. Hertil har både Sundhedsstyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed og TÆNK over en årrække løbende sat fokus på rapportering og underrapportering af utilsigtede hændelser, særligt på området for medicinsk udstyr.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed

I forbindelse med en undersøgelse af patientsikkerhedsmæssige problemstillinger indenfor fødselsområdet fik Dansk Selskab for Patientsikkerhed i 2021 stillet data om utilsigtede hændelser på fødselsområdet til rådighed. Formålet var at få et overblik over de patientsikkerhedsmæssige problemstillinger på området med henblik på at indgå i dialog med relevante parter om hvordan man kan arbejde med patientsikkerhed på fødselsområdet.

Kræftens Bekæmpelse

Kræftens bekæmpelse læste og analyserede i 2021 utilsigtede hændelser, som er sket i relation til kræftpatienter/i et kræftforløb. Formålet med undersøgelsen var bl.a. kortlægning af risikomønstret i et kræftbehandlingsforløb, herunder med særligt fokus på forløb, som er sket tværsektorielt, det vil sige hvor flere lokationer er involveret.

Syddansk Universitet

En ph.d.-studerende fra Syddansk Universitet analyserede i 2021 medicinrelaterede utilsigtede hændelser indrapporteret i Dansk Patientsikkerhedsdatabase i perioden 2010-2018 med henblik på at afprøve nye forskningsmetoder for at afklare mønstre og trends i utilsigtede hændelser relateret til medicinering.

3.20. Internationalt samarbejde

I 2021 blev den tilbagevendende konference International Forum on Quality and Safety in Health-care Europe afviklet som virtuel konference med temaet *Reconnect and Rebuild*. Styrelsen for Patientsikkerhed deltog med tre virtuelle posters:

- Discharge Letters: How National Measures Made Patient Transfers Safer – om arbejdet med og resultaterne af den nye epikirsevejledning og tilhørende it-standard, der blev implementeret i 2019.
- The Case of Methotrexate: How to Reach Frontline Staff to Implement Changes – om Styrelsen for Patientsikkerheds arbejde med at forebygge fejl dosering med lavdosis methotrexat gennem en række forskelligartede nationale indsatser.
- What 17 Years of Operating a National Reporting and Learning System Taught Us – om udviklingen af rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser og Dansk Patientsikkerhedsdatabase, som fulgte af Lov om patientsikkerhed fra 2003, der var den første af sin art i verden.

4. Udvikling i utilsigtede hændelser

4.1. Ændret metode til opgørelse over udviklingen i utilsigtede hændelser

Nedenstående opgørelser beskriver, hvor mange utilsigtede hændelser, der blev rapporteret i 2021 sammenlignet med de fire foregående år, samt hvilke områder hændelserne dækker over. Opgørelserne over udviklingen i antal utilsigtede hændelser er baseret på tidspunktet for rapportering af hændelserne (*opret dato*), mens tidligere årsberetninger har været baseret på tidspunktet for afslutning af hændelserne i DPSD (*første sagsafslutningsdato*).

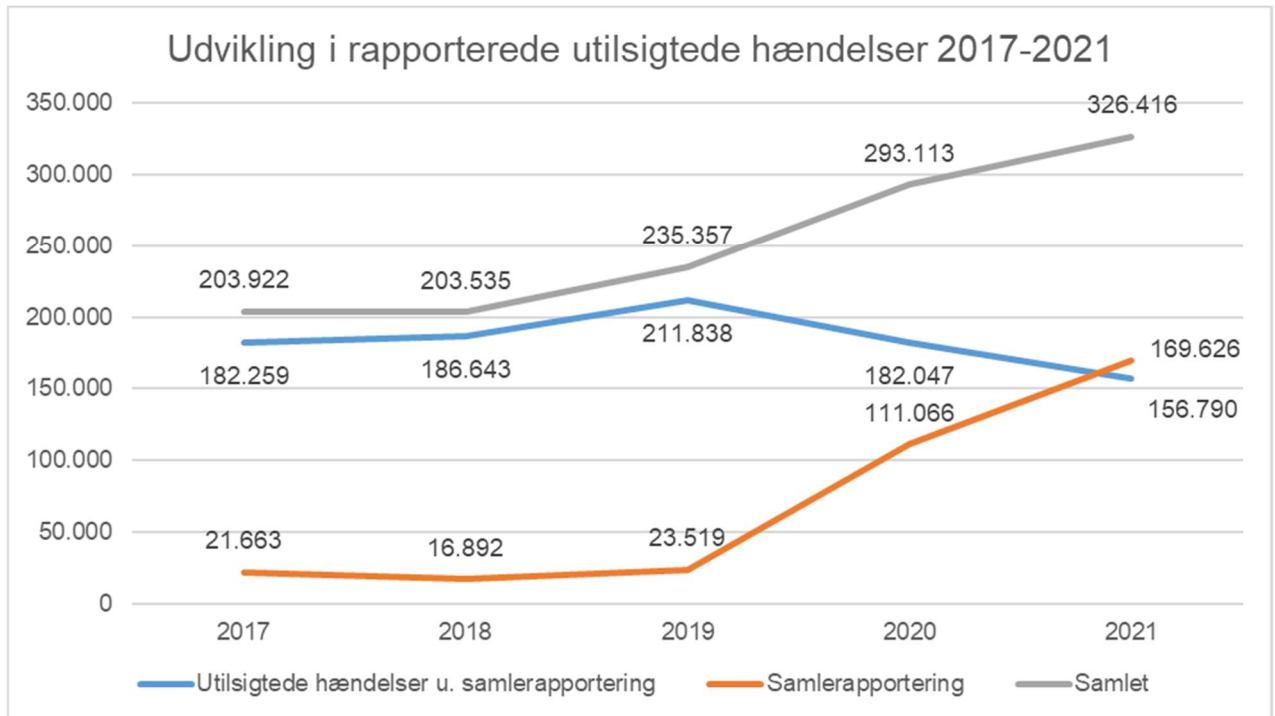
Den ændrede metode for opgørelsen betyder, at man ikke uden videre kan sammenligne tallene i årsberetninger for tidligere år med tallene i denne årsberetning.

4.2. Udvikling i utilsigtede hændelser rapporteret i 2017-2021

I figur 2 på næste side ses udviklingen i antallet af rapporterede utilsigtede hændelser i perioden 2017-2021.

For nogle typer af hændelser er der to forskellige måder at rapportere på i kommunerne: Samlerapportering og enkeltvis rapportering. Samlerapportering blev indført i perioden 2019 til 2020.

Når man ser på, hvor mange utilsigtede hændelser, som er samlerapporteret i kommunerne, ses der en stigning på ca. 52 procent i 2021 sammenlignet med 2020. Dette kan være en medvirkende årsag til, at antallet af utilsigtede hændelser, som er rapporteret enkeltvis, er faldet til 156.790, da flere af hændelserne i kommunerne nu rapporteres som samlerapportering i stedet for enkeltrapporteringer. Samlet set for alle lokationer er der rapporteret 326.416 hændelser i 2021, hvilket er en stigning på ca. 11 procent i forhold til 2020, hvoraf en del skyldes stigningen i de kommunale samlerapporteringer.

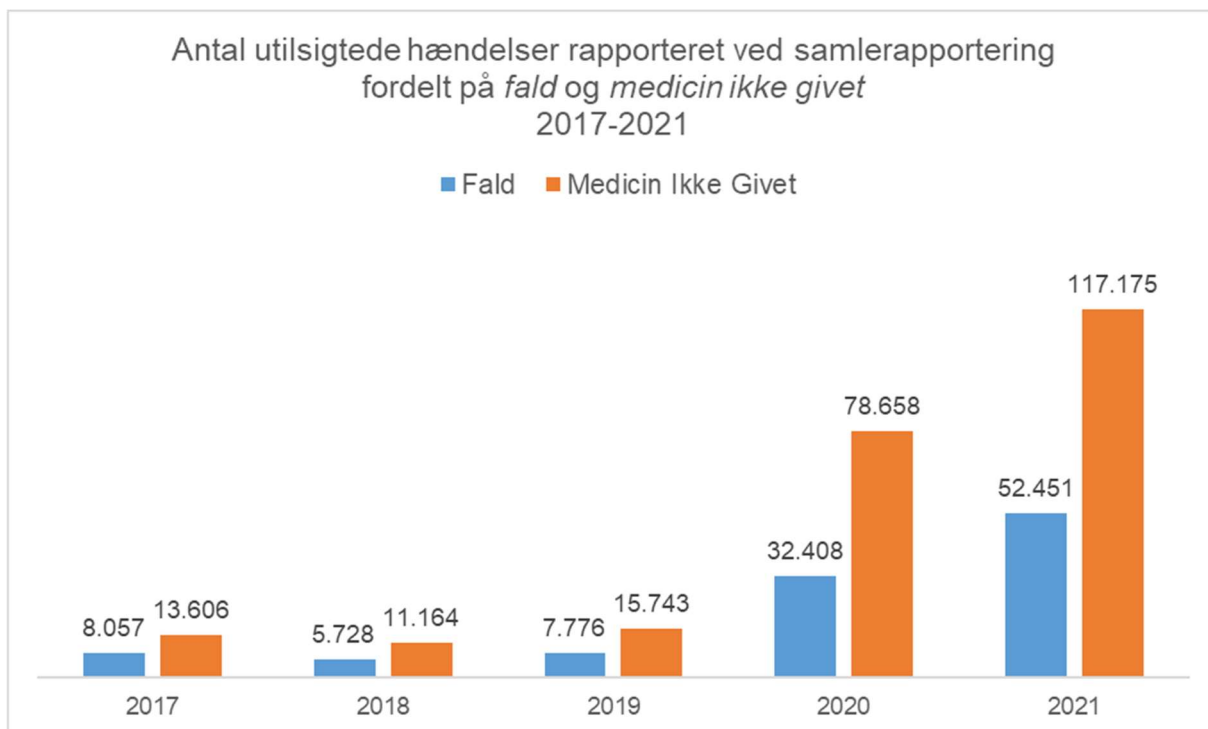


Figur 2. Den samlede udvikling i antal rapporterede utilsigtede hændelser i perioden 2017 til og med 2021

4.3. Samlerapportering i kommunerne

Samlerapportering er en forenklet rapporteringsmetode i kommunerne, der omfatter utilsigtede hændelser, hvor patienten er faldet eller ikke har fået sin medicin, og hvor konsekvenserne af hændelserne er "Ingen skade" eller "Mild skade". Alle øvrige hændelser rapporteres til DPSD enkeltvis.

I figur 3 ses antallet af utilsigtede hændelser rapporteret ved samlerapportering fordelt på de to kategorier *Fald* og *Medicin ikke givet* og rapporteret i fra 2017 til og med 2021. I 2018 og indtil slutningen af 2019 var det kun de kommuner, der i 2016-2017 deltog i pilotprojektet for samlerapportering, som fik lov til fortsat at samlerapportere utilsigtede hændelser. Herefter er samlerapportering gradvist blevet implementeret i de øvrige kommuner. Der ses fortsat en stor stigning i antallet af utilsigtede hændelser rapporteret ved samlerapportering, og det er fortsat hændelser omhandlende *Medicin ikke givet*, som der samlerapporteres flest af. Det stigende antal tyder på, at den forenkede metode medvirker til, at der rapporteres flere hændelser.



Figur 3. Antal utilsigtede hændelser rapporteret ved samlerapportering i kommunerne fordelt på *Fald* og *Medicin ikke givet* i 2017-2021. Fra 2017 til slutningen af 2019 var det kun de kommuner, der deltog i pilotprojektet for samlerapportering, som samlerapporterede utilsigtede hændelser.

4.4. Fordeling af utilsigtede hændelser i kategorierne Hospital, Andet regional, Privathospital og hospice samt Kommune

I dette afsnit er figurene inddelt i henholdsvis:

- Hospital
- Andet regional
- Privathospital og hospice
- Kommune

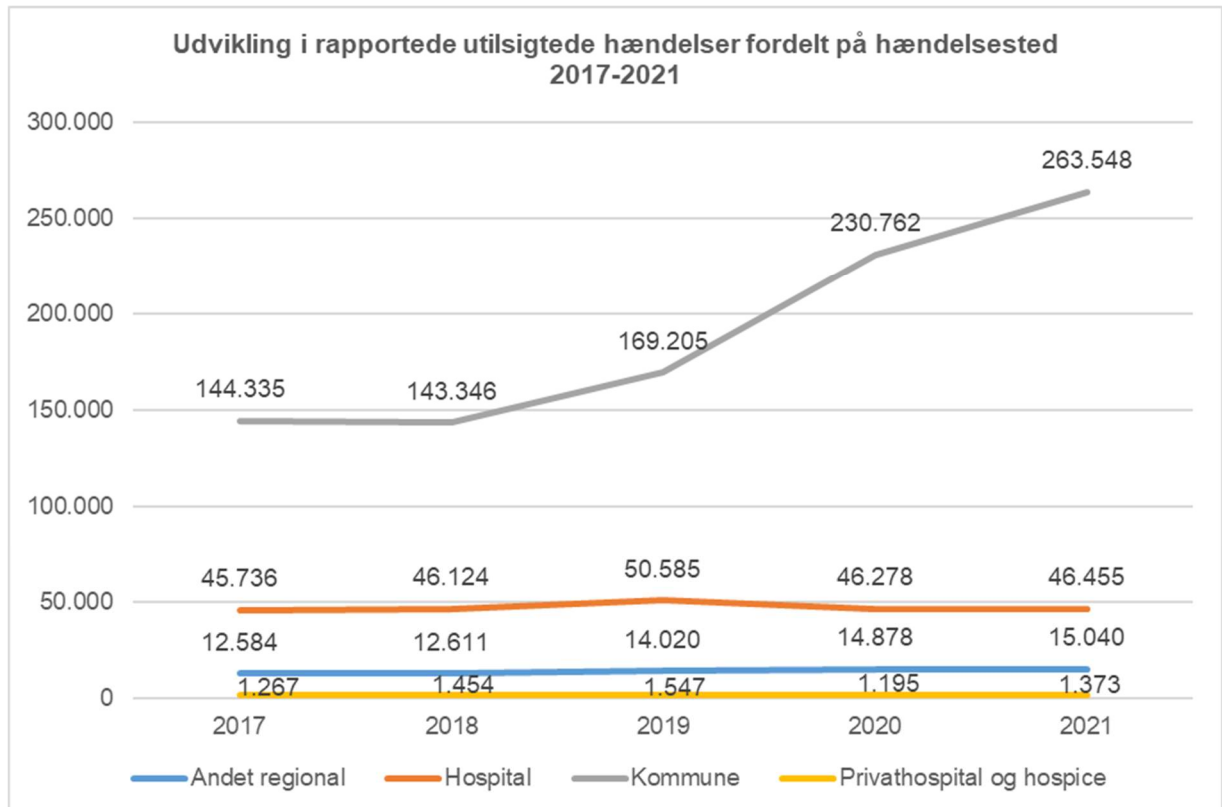
Overstående inddeling omfatter forskellige områder af sundhedsvæsenet. Den præcise afgrænsning er illustreret i figur 4 nedenfor.

Hændelsessted	Omfatter
Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Offentlige sygehuse
Andet regional	<ul style="list-style-type: none"> • Apoteker • Bandagister • COVID-19-testenheder • Diætistklinikker • Fertilitetsklinikker • Internetbaserede sundheds-ydelser • Kosmetiske klinikker • Lægelaboratorium • Optikere • Praktiserende jordemødre • Praktiserende læger (almen praksis) • Præhospital og ambulancer • Psykologer • Regionale botilbud • Speciallæger • Tandlæger og tandplejere • Terapeuter og kiropraktorer (ergoterapeut, fodterapeut, fysioterapeut, kiropraktor, osteopat) • Vaccinationsklinikker • Vagtlægeordningen
Privathospital og hospice	<ul style="list-style-type: none"> • Hospice • Privathospitaler
Kommune	<ul style="list-style-type: none"> • Aflastnings- og midlertidige pladser • Aktivitets- og dagtilbud • Akutfunktion • Den kommunale tandpleje • Hjemmeplejen • Hjemmesygeplejen • Kommunal læger • Misbrugsbehandling • Myndighed og visitation • Plejeboliger • Rehabilitering • Sociale botilbud • Sundheds- og sygeplejecentre • Sundhedsplejersker • Træning • Andet

Figur 4. Oversigt over inddeling af sundhedsvæsenet i DPSD

Figur 5 viser den årlige udvikling af utilsigtede hændelser siden 2017 fordelt på følgende typer af hændelsessteder: Hospital, Andet regional, Kommune samt Privathospital og hospice. Hændelser rapporteret ved samlerapporteringer indgår i antallet for "Kommune".

I kommunerne ses en stigning på ca. 14 procent i rapporterede utilsigtede hændelser. Dette kan forklares ved den store stigning af samlerapporterede hændelser i 2021. For de øvrige hændelsessteder ses et stabilt rapporteringsmønster med meget små variationer, når man sammenligner med de forrige år.



Figur 5. Udviklingen i antal rapporterede utilsigtede hændelser inkl. samlerapporteringer i kommunerne i perioden 2017 til og med 2021 fordelt på hændelsesstederne Andet regional, Hospital, Kommune samt Privathospital og hospice

Figur 6 på næste side viser fordelingen af hændelsestyperne for Hospital, Andet regional, Privathospital og hospice samt Kommune. Utilsigtede hændelser rapporteret ved samlerapportering i kommunerne indgår også i denne samlede opgørelse. Samlerapporteringer omhandlede *Medicin ikke givet* er inkluderet i hændelsestypen *Medicinering herunder væsker*, og samlerapporteringer omhandlede *Fald* er inkluderet i området *Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader*. For alle typer af hændelsessteder udgør *Medicinering fx tabletter, vacciner og væsker* den største andel af de utilsigtede hændelser. I figuren er de hændelsestyper, der udgør over 10 procent af det samlede antal utilsigtede hændelser, markeret med gult. Det er de samme hændelsestyper, der blev rapporteret flest af i 2020.

DPSD-klassifikation	Hospital		Andet regional		Kommune		Privathospital og hospice	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ambulancer, akutbiler, helikoptere mv.	0	0	100	0,7	0	0	0	0
Anden utilsigtet hændelse	2.643	5,7	836	5,6	4.168	1,6	73	5,3
Behandling og pleje	6.998	15,1	515	3,4	5.370	2,0	108	7,9
Blod og blodprodukter	210	0,5	0	0	12	0	*	*
Gasser og luft	186	0,4	7	0	60	0	0	0
Henvisninger, ind-/udskrivelse og medicinlister	3.826	8,2	390	2,6	812	0,3	122	8,9
Infektioner	344	0,7	59	0,4	3.852	1,5	7	0,5
IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.	662	1,4	115	0,8	288	0,1	24	1,8
Kirurgisk behandling herunder ECT, anæstesi mv.	756	1,6	35	0,2	34	0	36	2,6
Medicinering fx tabletter, vacciner og væsker	12.161	26,2	7.952	52,9	178.497	67,7	388	28,4
Medicinsk udstyr, hjælpemidler, Røntgen mv.	1256	2,7	133	0,9	608	0,2	43	3,1
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	6.735	14,5	775	5,2	3910	1,5	127	9,3
Patientidentifikation	1.300	2,8	358	2,4	0	0	35	2,6
Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader	1.574	3,4	1.184	7,9	65.109	24,7	311	22,8
Præhospital behandling	0	0	116	0,8	0	0	0	0
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	6.241	13,4	1.844	12,3	374	0,1	77	5,6
Selvskade og selvmord	398	0,9	19	0,1	364	0,1	*	*
Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation	1.137	2,4	538	3,6	0	0	16	1,2
Teknisk disponering	0	0	54	0,4	0	0	0	0
Telemedicin fx apps, hjemmesider og måleudstyr	27	0,1	7	0	88	0	*	*
Hændelsestype ikke udfyldt	*	*	*	*	*	*	0	0

Figur 6. Antal rapporterede utilsigtede hændelser i 2021 fordelt på hændelsestyper og hændelsessted inkl. samlereportering i kommunerne. De gule felter viser, hvor hændelsesklassifikationen udgør mindst 10 procent af det samlede antal utilsigtede hændelser i forhold til hændelsesstedet. Visse steder i opgørelsen er antallet af hændelser erstattet med *. Det skyldes, at antallet af utilsigtede hændelser i de pågældende kategorier efter Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering er for få til, at de kan blive udleveret grundet risiko for identifikation af enkeltpersoner, jf. sundhedslovens § 200.

4.5. Graden af alvorlighed

Når en utilsigtet hændelse bliver rapporteret, skal rapportøren angive, hvor alvorlige konsekvenser hændelsen faktisk havde for patienten. Når sagsbehandleren efterfølgende analyserer hændelsen, kan der være brug for at justere alvorligheden, hvis der fx er tilkommet ny viden.

I figur 7 ses de nuværende definitioner for alvorlighedsklassifikationen.

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

Figur 7. Definitionerne bag den eksisterende alvorlighedsklassifikation for utilsigtede hændelser

Utilsigtede hændelser med en ændret alvorlighedsklassifikation

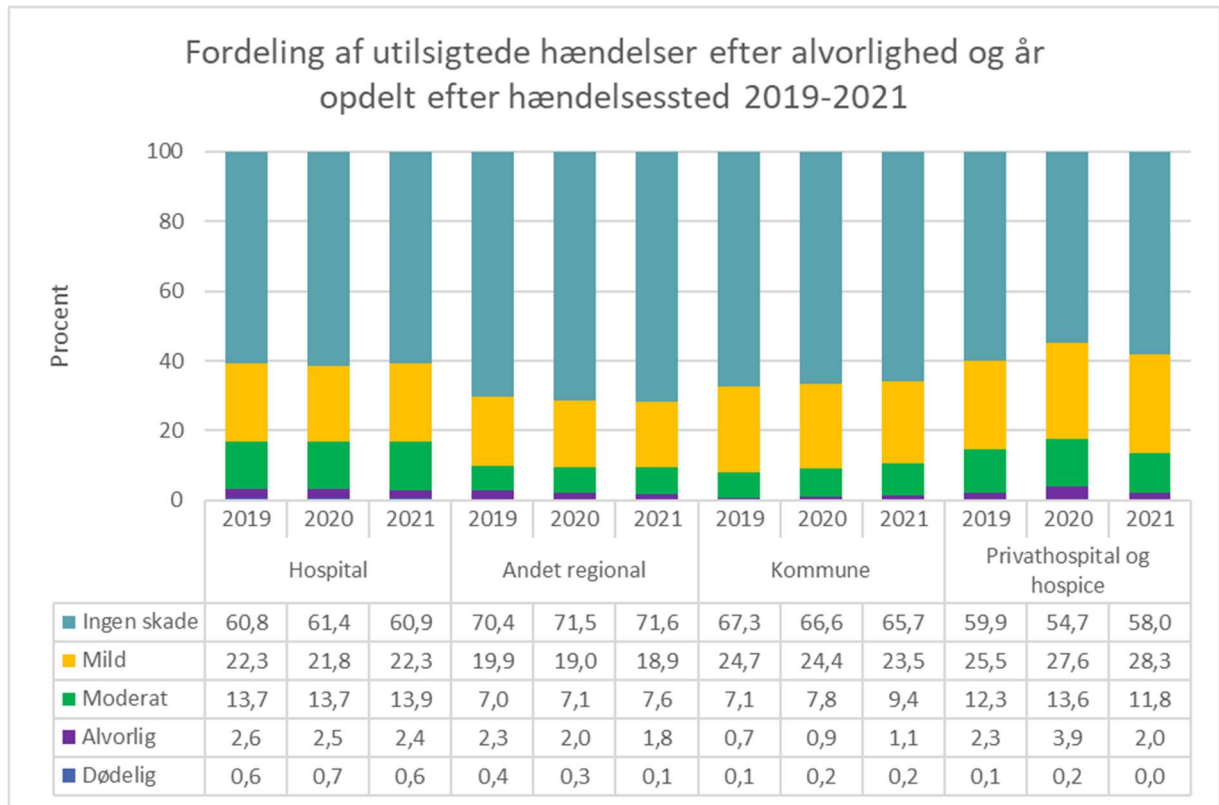
I perioden fra marts 2020 til og med december 2020 deltog mere end 100 enheder i sundheds-væsenet i et pilotprojekt, hvor fire forskellige indsatser blev afprøvet:

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

Efter afslutning af pilotprojektet har de deltagende enheder kunnet fortsætte med at rapportere efter samme alvorlighedsklassifikation, hvor de i stedet for fem kategorier for den faktiske alvorlighed anvender fire kategorier: *Ingen/ukendt*, *Lettere*, *Alvorlig* og *Dødelig*.

I 2021 er der rapporteret 3.293 hændelser med denne alvorlighedsklassifikation. Fordelingen af alvorlighedsklassifikationen for disse hændelser svarer overordnet til fordelingen i figur 8, men er ikke medtaget, da kategorierne ikke er samstemmende.

Figur 8 viser fordelingen af utilsigtede hændelser efter alvorlighed inden for de forskellige typer af hændelsessted i perioden 2019-2021. Opgørelsen omfatter ikke hændelser, der er rapporteret i skemaet fra pilotprojektet.



Figur 8. Tallene er baseret på rapporterede utilsigtede hændelser fra 2019-2021. Tallene er angivet i procent.

Af figur 8 fremgår det, at de fleste hændelser er alvorlighedsklassificeret som *Ingen skade* og *Mild*.

4.6. Utilsigtede hændelser i patientovergange

Siden rapporteringsordningen i 2010 blev udvidet til også at omfatte kommuner, har det været muligt at rapportere utilsigtede hændelser på tværs af hændelsessteder, ligesom man også har mulighed for at rapportere hændelser på tværs af afdelinger/enheder på hospitalet eller i kommunen. Hændelserne kaldes "patientovergangshændelser".

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

Figur 9 viser, hvordan patientovergangshændelser fordeler sig mellem typer af hændelsessteder i 2019, 2020 og 2021.

I 2021 er der rapporteret flest patientovergangshændelser mellem hospitaler eller forskellige afdelinger på samme hospitaler, samt mellem hospitaler og kommuner. Det samme var tilfældet i 2019 og 2020.

		Involveret sted											
Hændelsessted		Hospital			Andet regional			Kommune			Privathospital og hospice		
		2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
	Hospital	1.330	1.199	1.337	97	69	70	963	762	720	0	*	*
	Andet regional	89	76	69	51	77	45	184	116	82	*	0	*
	Kommune	324	318	285	63	98	39	428	343	315	5	*	*
Privat	*	*	*	0	0	0	7	*	5	11	5	5	

Figur 9. Tallene er baseret på rapporterede utilsigtede hændelser i 2019, 2020 og 2021, der er registreret som patientovergangshændelser. Rapporteringer, hvor det involverede hændelsessted ikke er opgivet, frasorteres. Visse steder i opgørelsen er antallet af hændelser erstattet med *. Det skyldes, at antallet af utilsigtede hændelser i de pågældende kategorier efter Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering er for få til, at de kan blive udleveret pga. risiko for identifikation af enkeltpersoner, jf. sundhedslovens § 200.

4.7. Andet opdagelsessted end hændelsessted

Mange hændelser bliver opdaget et andet sted end der, hvor de har fundet sted. Dette kan rapportøren markere som 'Opdagelsessted'. Det er vigtigt, at disse hændelser, der først bliver opdaget af næste led i pleje- eller behandlingskæden, også rapporteres, fordi man kan være uvidende om, at der er sket en utilsigtet hændelse der, hvor hændelsen har fundet sted. 12.812 af de hændelser, der blev rapporteret i 2021, blev markeret med andet Opdagelsessted. Når hændelserne fra 2021 sammenlignes med de to foregående år, ses der små eller ingen markante variationer.

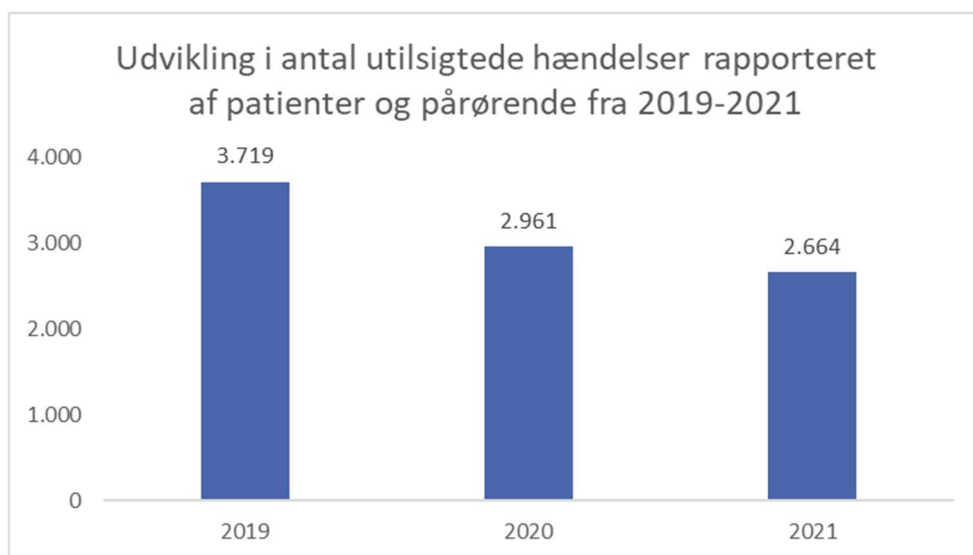
		Opdagelsessted											
Hændelsessted		Hospital			Andet regional			Kommune			Privathospital og hospice		
		2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
	Hospital	5.145	4.701	4.301	810	572	498	3.467	2.739	2.867	17	29	26
	Andet regional	1.681	1.556	1.471	452	512	423	874	804	674	5	*	*
	Kommune	355	320	365	140	145	127	2.118	1.989	1.881	0	*	8
Privat	23	26	14	14	9	6	97	93	74	7	5	10	

Figur 10. Tallene er baseret på rapporterede utilsigtede hændelser i 2019, 2020 og 2021, som er opdaget og rapporteret et andet sted end hændelsesstedet. Rapporteringer, hvor opdagelsesstedet ikke er opgivet, er frasorteret. Visse steder i opgørelsen er antallet af hændelser erstattet med *. Det skyldes, at antallet af utilsigtede hændelser i de pågældende kategorier efter Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering er for få til, at de kan blive udleveret pga. risiko for identifikation af enkeltpersoner, jf. sundhedslovens § 200.

4.8. Utilsigtede hændelser rapporteret af patienter og pårørende

Rapporteringsmuligheden for patienter og pårørende har eksisteret siden september 2011. I 2021 blev der rapporteret 2.664 utilsigtede hændelser af patienter og pårørende.

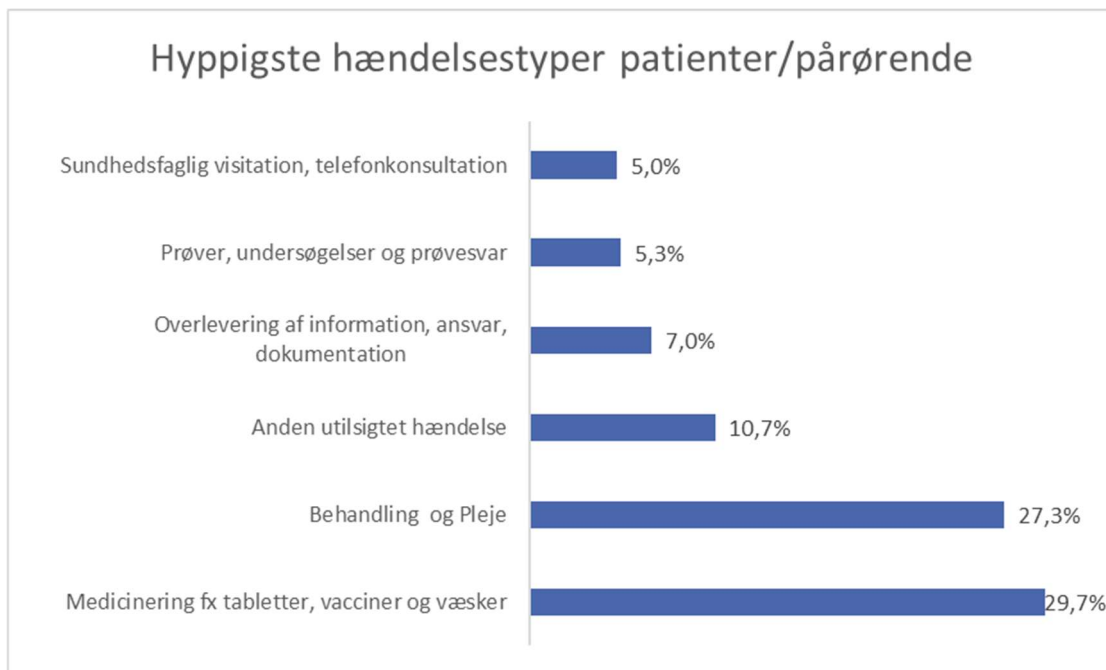
Rapporteringer fra patienter og pårørende udgør 0,5 procent af alle utilsigtede hændelser, der er rapporteret i 2021.



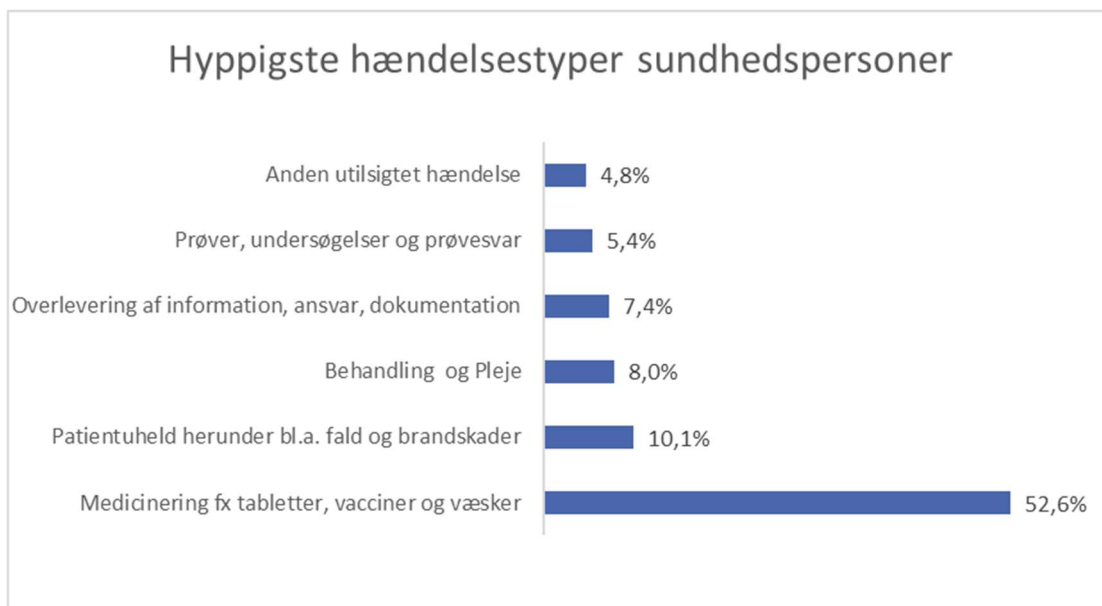
Figur 11. Antal rapporterede utilsigtede hændelser rapporteret af patienter og pårørende i perioden 2019-2021

Mønstre i utilsigtede hændelser rapporteret af patienter og pårørende

I nedenstående figur 12 og figur 13 ses de seks hyppigste hændelsestyper, der bliver rapporteret om af hhv. patienter/pårørende og sundhedsfaglige. *Medicinering herunder væsker* er den hyppigst anvendte hændelsestype for utilsigtede hændelser rapporteret af både patienter/pårørende og sundhedspersoner. Den næsthøypigste hændelsestype, der rapporteres om af patienter/pårørende, er *Behandling og pleje*, mens det for sundhedspersoner er *Patientuheld, herunder bl.a. fald og brand-skader*.



Figur 12. Fordeling af rapporterede utilsigtede hændelser rapporteret af patienter/pårørende i forhold til anvendt hændelsestype for hændelser rapporteret i 2021. Tallene er angivet i procent.

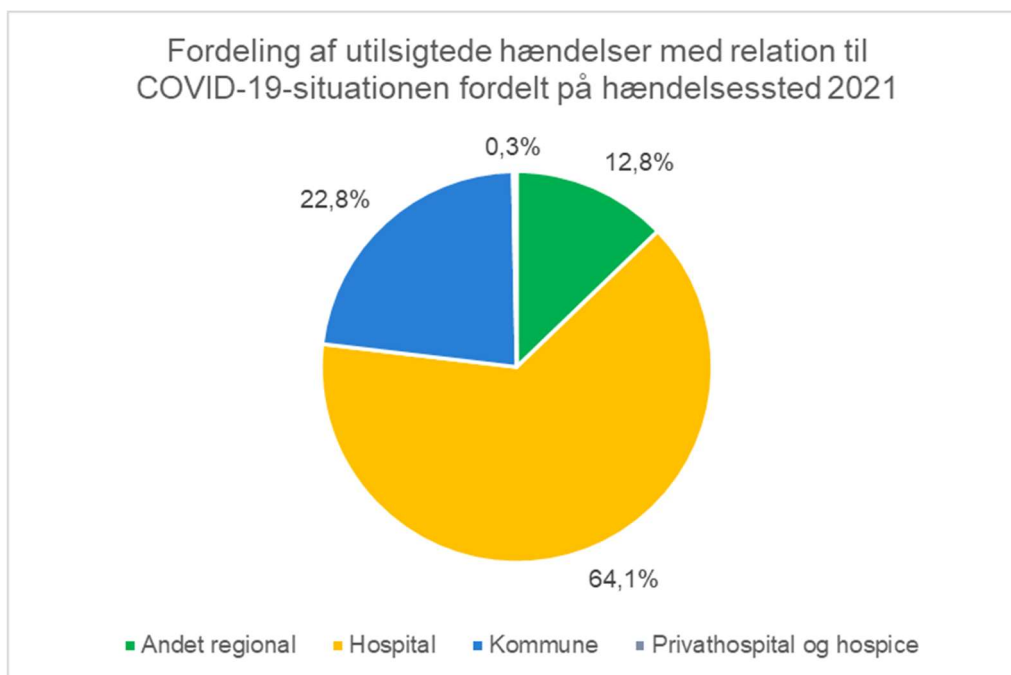


Figur 13. Fordeling af rapporterede utilsigtede hændelser rapporteret af sundhedspersoner i forhold til anvendt hændelsestype for hændelser rapporteret i 2021. Tallene er angivet i procent.

4.9. Utilsigtede hændelser relateret til COVID-19

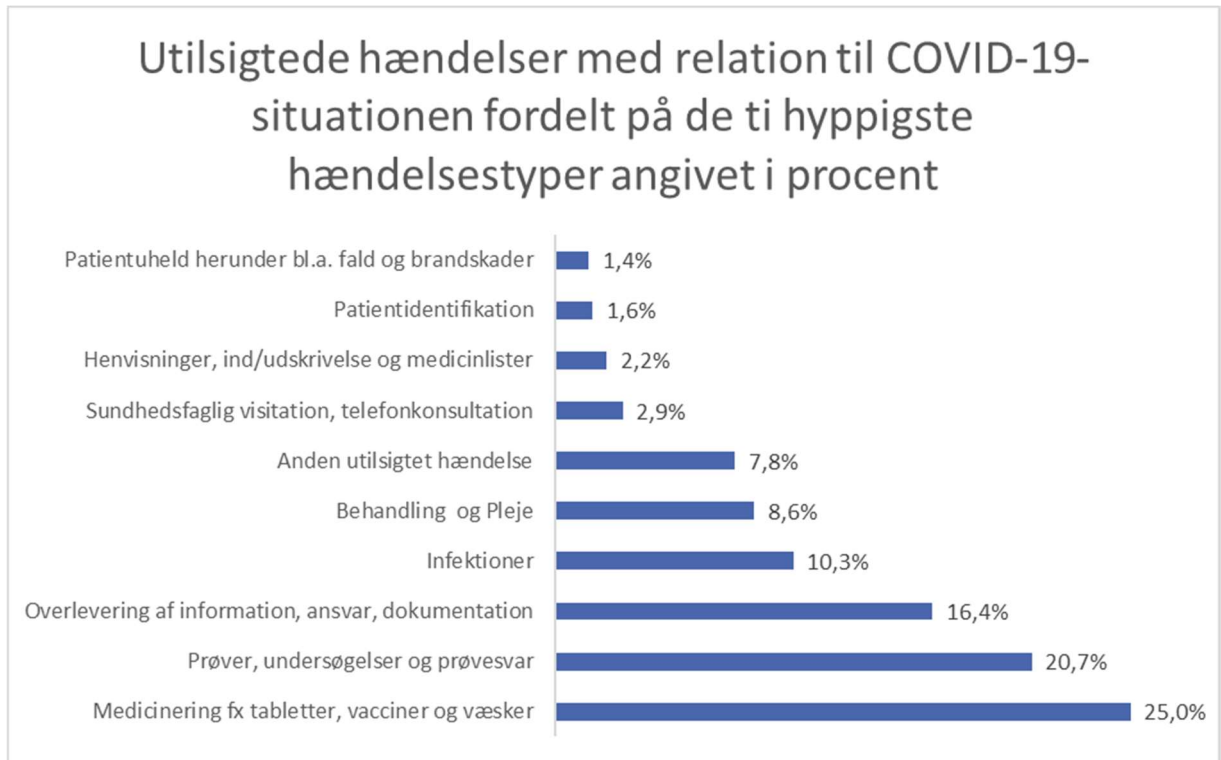
Styrelsen indførte i april 2020 et COVID-19-felt i rapporteringsskemaet for utilsigtede hændelser, hvor rapportøren skal angive, om hændelsen er relateret til COVID-19-situationen.

I 2021 blev der rapporteret 4.476 utilsigtede hændelser, hvor rapportørerne havde brugt feltet til at angive, at hændelserne havde relation til COVID-19. Figur 14 viser, hvordan hændelserne fordeler sig mellem Andet regional, Hospital, Kommune samt Privathospital og hospice.



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

Figur 15 viser fordelingen af de 10 hyppigste hændelsestyper for rapporterede utilsigtede hændelser i 2021, hvor rapportøren har angivet, at hændelsen har relation til COVID-19-situationen. Den hyppigste klassifikation er hændelsestypen *Medicinering fx tabletter, vacciner og væsker*, som er steget fra 8,3 procent i 2020 til 20,7 procent i 2021. Årsagen til dette er den store vaccinationsindsats mod COVID-19, som startede i slutningen af 2020. Den næsthypigste hændelsestype er *Prøver, undersøgelser og prøvesvar*.



Figur 15. Fordeling af rapporterede utilsigtede hændelser, hvor rapportøren har angivet, at hændelsen er relateret til COVID-19-situationen, på de ti hyppigste hændelsestyper angivet i procent.

4.10. Om datatrækket i DPSD

Opgørelserne i årsberetningen er opgjort efter, hvornår en utilsigtet hændelse er blevet rapporteret (*opret dato*). Årsberetningen for 2020 var baseret på hvornår en rapportering var afsluttet i DPSD efter endt sagsbehandling i DPSD (*første sagsafslutningsdato*). Den ændrede metode betyder, at data i årsberetningen for 2021 ikke kan sammenlignes 1:1 med årsberetningen for 2020.

Da Styrelsen for Patientsikkerhed kun har adgang til afsluttede hændelser i DPSD, kan der være utilsigtede hændelser, som er rapporteret i 2021, men ikke afsluttet, og som derfor ikke er inkluderet i datatrækket i årsberetningen. Der gælder en frist på 90 dage for afslutning af lokal sagsbehandling og anonymisering af rapporterede utilsigtede hændelser. Den lokale sagsbehandling sker i den kommune, region eller på det privathospital eller hospice, hvor hændelsen har fundet sted. Først når den lokale sagsbehandling og anonymisering er afsluttet, bliver hændelsen tilgængelig for Styrelsen for Patientsikkerhed i DPSD som sagsafsluttet.

Datatrækket, som ligger til grund for denne årsberetning, er foretaget den 9. maj 2022 for at tage hensyn til sagsbehandlingsfristen og dermed sikre, at hovedparten af hændelser rapporteret i 2021 er inkluderet i datatrækket. Det er dog styrelsens erfaring, at enkelte hændelser kan tage længere tid at sagsbehandle, fx hvis der har været flere lokationer involveret eller hændelsesforløbet har været særlig komplekst. I enkelte tilfælde kan tidligere afsluttede sager desuden genåbnes af forskellige årsager. Det betyder, at data kan variere i forhold til kommende årsberetninger, da antallet af afsluttede hændelser kan fluktuere afhængigt af, om sager er blevet (gen)åbnet eller lukket på tidspunktet for gennemførelse af datatrækket.

4.11. Håndtering af ældre, uafsluttede hændelser

I slutningen af 2020 konstaterede Styrelsen for Patientsikkerhed, at der var ca. 70.000 utilsigtede hændelser i DPSD, som ikke var afsluttet lokalt i regioner, kommuner eller på privathospitaler og hospice inden for den i bekendtgørelsen fastsatte sagsbehandlingsfrist på 90 dage. Langt hovedparten af de uafsluttede sager var klassificeret som ingen eller mild skade for patienten. Styrelsen for Patientsikkerhed bad alle kommuner, regioner og privathospitaler om at sikre, at disse sager blev afsluttet.

Kommuner, regioner, privathospitaler og hospice gav over for styrelsen udtryk for, at størstedelen af de uafsluttede hændelser var behandlet, så der var uddraget læring af dem, men at der alene manglede formel afslutning i DPSD. Kommuner, regioner og private enheder har i løbet af 2021 gjort et stort arbejde for at afslutte de ca. 70.000 rapporteringer, som havde en sagsalder over 90 dage.