

# Dansk Patientsikkerhedsdatabase Årsrapport 2025

Utsigtede hændelser - viden, læring og udvikling



---

© Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, 2026

Udgiver  
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut  
Hedeager 3  
8200 Aarhus N

[www.sundk.dk](http://www.sundk.dk)

Version 1  
Versionsdato: 20.05.2026

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

---

# Indhold

|   |    |
|---|----|
| Resume .....  | 4  |
| Forord .....  | 5  |
| 1. Indledning .....   | 6  |
| 2. Nationale aktiviteter .....                                  | 7  |
| 2.1 Organisatorisk overdragelse fra staten til regionerne ..... | 7  |
| Et planlagt og tæt samarbejde frem mod overtagelsen .....       | 7  |
| En ny fase med SundK som ansvarlig national aktør .....         | 7  |
| 2.2 Nationale læringsindsatser .....                            | 8  |
| Analyse og videnformidling .....                                | 8  |
| Implementering og videreudvikling af ordningen .....            | 8  |
| Faglige oplæg, videndeling og erfaringsudveksling .....         | 9  |
| 2.3 Samarbejde om UTH og DPSD .....                             | 9  |
| 3. Dansk Patientsikkerhedsdatabase .....                        | 10 |
| 3.1 Ændringer og forbedringer i DPSD .....                      | 10 |
| 3.2 Ny DPSD .....   | 10 |
| 4. Udviklingen i rapportering af UTH .....                      | 11 |
| 4.1 Sådan er tallene opgjort .....                              | 11 |
| 4.2 UTH i perioden 2021-2025 .....                              | 11 |
| 4.3 UTH rapporteret af patienter og pårørende .....             | 12 |
| 4.4 Hvor rapporteres UTH? .....                                 | 13 |
| 4.5 Hvilke typer af UTH rapporteres? .....                      | 14 |
| 4.6 Hvad er konsekvensen af UTH? .....                          | 16 |
| UTH med faktisk alvorlig eller dødelig konsekvens .....         | 18 |
| UTH med mulig alvorlig eller dødelig konsekvens .....           | 19 |
| 4.7 Samlet patientsikkerhedsrisiko .....                        | 19 |
| 4.8 Samlerapportering .....                                     | 21 |
| 5. Afrunding .....  | 24 |
| Bilag .....   | 25 |
| Bilag 1: Tidslinje for DPSD 2004-2025 .....                     | 26 |
| Bilag 2: Oversigt over læringsindsatser i 2025 .....            | 27 |
| Bilag 3: Oversigt over lokationsgrupper i DPSD .....            | 28 |
| Bilag 4: Oversigt over hovedgrupper i DPSD .....                | 29 |

# Resume

I 2025 fik Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) overdraget ansvaret for rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser (UTH) og Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). Opgaven har været at sikre kontinuitet i driften og samtidig styrke anvendelsen af data til læring og forbedringer i sundhedsvæsenet.

## **Nationale aktiviteter**

Overdragelsen blev gennemført planmæssigt med fokus på stabil drift og videreførelse af ordningen. SundK har i 2025 arbejdet med at konsolidere opgaven, opbygge samarbejdsrelationer og etablere centrale funktioner som hjemmeside og support.

De nationale læringsindsatser har omfattet analyser af patientsikkerhedsrisici, videreudvikling af ordningen samt videndeling gennem oplæg, konferencer og samarbejder. Samlerapportering er udvidet med nye områder for at understøtte lokal læring.

## **Dansk Patientsikkerhedsdatabase**

Der er gennemført en række forbedringer i DPSD med fokus på brugervenlighed og understøttelse af rapportering og sagsbehandling. Samtidig har SundK bidraget til arbejdet med Ny DPSD, der skal sikre fortsat drift og fremtidig udvikling.

## **Udviklingen i rapportering af UTH**

Det samlede antal rapporterede UTH er steget markant over de seneste år og nåede i 2025 knap 590.000 hændelser, primært drevet af øget anvendelse af samlerapportering. Hændelser vedrørende medicin udgør fortsat den største andel af rapporteringerne både inden for enkelt- og samlerapportering. Størstedelen af de rapporterede UTH vurderes at have lav patientsikkerhedsrisiko.

Patienter og pårørende bidrager med en mindre, men stabil andel af rapporteringerne og tilfører vigtige perspektiver. Samlerapportering anvendes i stigende grad – særligt i kommunerne – og understøtter et styrket lokalt overblik og læring.

# Forord

Det seneste år har markeret begyndelsen på et nyt kapitel for arbejdet med utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsenet. Med ansvaret for det nationale arbejde med utilsigtede hændelser og driften af Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) har Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) med stor respekt videreført og videreudviklet den nationale platform for læring og patientsikkerhed.

Danmark var i 2004 det første land i verden, der ved lov gjorde rapportering af utilsigtede hændelser obligatorisk og sanktionsfri for sundhedspersoner. Siden er ordningen blevet udvidet, og fra 2011 har patienter og pårørende også kunnet rapportere utilsigtede hændelser. Ordningen bygger på et læringsorienteret princip, hvor formålet ikke er placering af skyld, men at skabe grundlag for læring, forbedring og forebyggelse.

DPSD omtales ofte som en database, men fungerer i praksis først og fremmest som et nationalt rapporteringssystem. Indholdet består af rapporteringer af utilsigtede hændelser og ikke af standardiserede, komplette data, der fuldt ud beskriver patientsikkerhedsområdet på samme måde som en klassisk kvalitetsdatabase. Det har betydning for, hvordan oplysningerne skal forstås og anvendes. En analyse af rapporteringerne kan pege på risici, mønstre og problemområder, men den kan ikke alene give et fuldstændigt billede af patientsikkerheden i sundhedsvæsenet. Værdien af rapporteringsordningen skabes især lokalt - dér, hvor hændelserne sker og hvor rapporteringerne initialt bliver gennemgået, forstået og omsat til korrigerende handling. Det sker lokalt i de kliniske og administrative miljøer, hvor medarbejdere og ledelser analyserer hændelserne i deres konkrete sammenhæng og iværksætter relevante forbedringer. Den internationale litteratur om rapporteringssystemer peger tilsvarende på, at den væsentligste værdi ligger i lokal handling og læring. National opsamling og analyse kan samtidig bidrage til at identificere særlige udfordringer og områder, hvor der er behov for nærmere undersøgelse, ofte med flere metoder og datakilder.

I SundK ser vi det som en central opgave at understøtte denne værdiskabelse. Vi skal sikre stabil drift af DPSD og bidrage til den fortsatte udvikling af rapporteringsordningen og de nationale læringsaktiviteter. Det skal ske i tæt samarbejde med regioner, kommuner, private aktører, statslige myndigheder, faglige miljøer samt patienter og pårørende. Samtidig skal arbejdet ses i sammenhæng med SundK's øvrige opgaver inden for kliniske retningslinjer, vurdering af behandlingsformer og teknologier samt de nationale kliniske kvalitetsdatabaser. Vi er tæt på at færdiggøre en strategi for SundK's arbejde med utilsigtede hændelser for denne indsats.

Vi vil gerne takke Styrelsen for Patientsikkerhed for det store arbejde, der gennem to årtier har udviklet rapporteringsordningen og DPSD. Vi vil også anerkende de mange medarbejdere i regioner, kommuner og private organisationer – og ikke mindst patienter og pårørende, der hver dag bidrager til patientsikkerhed gennem rapportering, analyse og forbedringstiltag.

Med denne årsrapport præsenterer vi et samlet overblik over året, hvor SundK fik overdraget ansvaret for rapporteringsordningen. Vi håber, at rapporten kan bidrage til indsigt, læring og fortsat udvikling af patientsikkerheden i Danmark.

På vegne af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut,

Jens Winther Jensen

Direktør, MD, MPH

# 1. Indledning

Denne årsrapport har til formål at give et samlet og overbliksskabende billede af de utilsigtede hændelser (UTH) i sundhedsvæsenet, der er rapporteret til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). Årsrapporten skal understøtte læring, kvalitetsudvikling og en fortsat styrkelse af patientsikkerheden på nationalt niveau. Årsrapporten bidrager med viden om mønstre, tendenser og udvikling i rapporterede UTH.

Ud over en beskrivelse af udviklingen i rapporteringen af UTH over de seneste fem år indeholder årsrapporten afsnit om nationale aktiviteter. Dette omfatter blandt andet arbejdet med overdragelsen af DPSD fra Styrelsen for Patientsikkerhed til Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, nationale læringsaktiviteter baseret på data fra UTH samt gennemførte ændringer og forbedringer i databasen.

Årsrapporten er baseret på UTH rapporteret i perioden fra 1. januar 2025 til 31. december 2025. SundK fik overdraget driften af DPSD den 1. maj 2025, og dataperioden omfatter således både tiden før og efter driftsoverdragelsen. Overgangen vurderes dog ikke at have haft betydning for rapporteringen i perioden.

Årsrapporten henvender sig primært til medarbejdere, ledere og beslutningstagere i regioner, kommuner og hos private aktører, der varetager sundhedsfaglig praksis. Disse aktører spiller en central rolle i at omsætte viden om patientsikkerhed til konkrete forbedringstiltag i sundhedsvæsenet.

Tallene i årsrapporten afspejler udelukkende de hændelser, der er rapporteret til DPSD i den angivne periode, og giver derfor ikke nødvendigvis et fuldstændigt billede af alle utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet. Variationer i antallet af rapporteringer kan skyldes en række forhold, herunder ændret opmærksomhed på rapporteringspligten, organisatoriske ændringer, systemændringer eller lokale arbejdsgange, og afspejler ikke nødvendigvis faktiske ændringer i patientsikkerheden. Årsrapporten skal derfor primært anvendes med henblik på læring og udvikling frem for direkte sammenligning mellem enheder eller tidsperioder.

## 2. Nationale aktiviteter

Afsnittet giver et overblik over de væsentligste nationale aktiviteter i 2025 vedrørende utilsigtede hændelser (UTH) og Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD), herunder overdragelse, læringsindsatser og samarbejde.

### 2.1 Organisatorisk overdragelse fra staten til regionerne

I efteråret 2024 indgik Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner en aftale, som indebar, at Danske Regioner pr. 1. maj 2025 fik overdraget de nationale opgaver i ordningen for UTH samt ansvaret for drift og videreudvikling af DPSD.

Overdragelsen førte til et organisatorisk skifte, hvor ansvaret for de nationale opgaver blev flyttet fra statsligt til regionalt regi. Ved skiftet forblev ordningen og databasen fælles og frit tilgængelig for alle relevante aktører sundhedsvæsenet herunder enheder organiseret i region, kommune eller som privat enhed.

De nationale opgaver havde hidtil været varetaget af Styrelsen for Patientsikkerhed på vegne af staten. Danske Regioner placerede det nationale ansvar i den nyoprettede tværregionale organisation Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK), som dermed indtrådte som ny aktør i ordningen for UTH og DPSD.

#### Et planlagt og tæt samarbejde frem mod overtagelsen

Fra december 2024 og frem til den 1. maj 2025 arbejdede Styrelsen for Patientsikkerhed, Danske Regioner og SundK tæt sammen om planlægning og gennemførelse af overdragelsen. Samarbejdet havde et fælles fokus på at sikre en robust og veltilrettelagt overgang, hvor brugere og samarbejdspartnere oplevede kontinuitet og stabilitet.

Overdragelsen blev tilrettelagt som en i videst muligt omfang direkte én-til-én-overtagelse af opgaverne for at sikre stabil drift og høj grad af kontinuitet i både opgaveløsning og samarbejdsrelationer som første prioritet.

Samtidig blev der opbygget en hjemmeside hos SundK, hvor der blandt andet er adgang til rapportering af UTH, sagsbehandling i DPSD samt samlet information og vejledninger om ordningen og databasen. I årets løb er hjemmesiden yderligere udbygget med en side som videreformidler læring og forbedring på baggrund af UTH. Hjemmesiden kan findes her: [Forside - UTH](#)

Derudover blev der etableret et kontaktpunkt for support og sparring samt abonnementsordninger for driftsmeddelelser og nyheder vedrørende UTH og DPSD.

Overdragelsen forløb planmæssigt den 1. maj 2025.

#### En ny fase med SundK som ansvarlig national aktør

Efter overdragelsen den 1. maj 2025 indtrådte SundK som ansvarlig aktør for de nationale opgaver. Det primære fokus for resten af året var på at konsolidere opgaveløsningen og sikre, at arbejdet med UTH og DPSD blev videreført på et stabilt og velfungerende grundlag.

Samtidig havde SundK opmærksomhed på, at opgaven blev løst i samspil med mange aktører på tværs af sundhedsvæsenet. Der blev derfor arbejdet målrettet med at etablere og videreudvikle samarbejdsrelationer med øvrige aktører på området herunder regioner, kommuner, styrelser og andre centrale samarbejdspartnere, herunder Fagligt Forum for Patientsikkerhed og Driftsgruppen for

DPSD. Formålet var at understøtte fælles forståelse, sammenhæng og læring på tværs af organisationer og sektorer.

I forlængelse heraf blev der i slutningen af 2025 igangsat et projekt i SundK med henblik på at udarbejde en intern strategi for UTH og DPSD i SundK. Projektet afsluttes i 2026, hvorefter strategien vil blive delt med samarbejdspartnere og øvrige interessenter.

## 2.2 Nationale læringsindsatser

En central del af SundKs nationale opgave er at understøtte læring af UTH og anvendelsen af Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Læringsindsatserne har til formål at omsætte viden fra UTH til læring og forbedring i sundhedsvæsenets praksis.

SundK har en bred tilgang til læring. Overordnet har læringsindsatserne i 2025 samlet sig i sporene:

- Analyse og videnformidling
- Implementering og videreudvikling af ordningen
- Faglige oplæg, videndeling og erfaringsudveksling

En oversigt over indsatser kan findes i bilag 2.

### Analyse og videnformidling

I året for overdragelsen gennemførte SundK analyser på områder, hvor UTH kan bidrage til øget forståelse af patientsikkerhedsrisici. Det gjaldt blandt andet analyser af utilsigtede hændelser relateret til udvidet behandlingsansvar efter hospitalsudskrivelse samt interne analyser af hændelser med dødelig konsekvens. Formålet var at skabe et solidt vidensgrundlag for læring og forbedring.

#### Eksempel på analyse

En analyse af utilsigtede hændelser relateret til udvidet behandlingsansvar efter hospitalsudskrivelse bidrog med viden om overgange mellem sektorer og potentielle patientsikkerhedsrisici.

Analysen blev anvendt som afsæt for udgivelse af en 'Viden fra UTH' som kan være inspiration til dialog om ansvar og samarbejde på tværs af hospitaler og kommuner.

[Forside - UTH - Læring og forbedring - Viden fra UTH](#)

### Implementering og videreudvikling af ordningen

Rapporteringsmetoden samlerapportering blev i 2025 udvidet med tre nye områder: dokumentation, selvskaide og tryksår. Forarbejdet til udvidelsen skete i samarbejde med Styrelsen for Patientsikkerhed og den nationale driftsgruppe for Dansk Patientsikkerhedsdatabase.

De tre områder blev tilføjet for at styrke den lokale læring af utilsigtede hændelser og skabe et bedre grundlag for systematisk opfølgning.

Udvidelsen havde til hensigt at understøtte hurtigere lokal læring om risici og forbedringspotentialer.

## Faglige oplæg, videndeling og erfaringsudveksling

SundK har i løbet af 2025 bidraget med oplæg og dialog på en række konferencer og faglige fora, herunder patientsikkerhedskonferencer, temadage og uddannelsesforløb med det formål at understøtte viden om UTH og DPSD. Oplæggene har haft fokus på viden om og fra UTH, tværsektoriel læring og organisatoriske forhold for patientsikkerhed.

Gennem oplæg og facilitering af dialog havde SundK fokus på at styrke forståelsen af UTH ordningen som et værktøj til læring og forbedring.

### Eksempel på oplæg

En parallelsession på Kvalitetskonferencen delte erfaringer fra et tværsektorielt risikomanagernetværk om samarbejde om utilsigtede hændelser på tværs af sektorer og gav eksempler på netværkets forbedringsindsatser.

[Forside - Om os - Arrangementer 2026 - Kvalitetskonferencen - Præsentationer fra Sundhedsvæsenets Kvalitetskonference 2025](#)

## 2.3 Samarbejde om UTH og DPSD

Arbejdet med UTH og DPSD forudsætter tæt samarbejde på tværs af organisatoriske og sektorielle grænser. I SundKs første år som ansvarlig for de nationale opgaver har der derfor været et målrettet fokus på at opbygge og styrke samarbejdsrelationer med centrale aktører på området.

I løbet af 2025 havde SundK værdifulde møder og samarbejder med en bred vifte af faglige miljøer og netværk på området, som samlet havde karakter af dialog, videndeling og fælles refleksion over udviklingen af UTH ordningen og DPSD.

### Eksempel på samarbejde

En workshop med De regionale tovholdergrupper\* undersøgte fire spørgsmål vedrørende nationale læring af UTH:

1. Hvilke barrierer er der i læringsdelen af UTH arbejdet?
2. Hvilke nationale læringstiltag understøtter læringsdelen af UTH arbejdet lokalt?
3. Hvilke nationale læringstiltag ønsker har det lokale niveau til den fremtidige læringsdel af UTH arbejdet?
4. Hvad kan det lokale niveau gøre for at fremme den nationale læringsdel af UTH arbejdet?

Udover at styrke et godt kendskab til og samarbejde med De Tværregionale Tovholdergrupper gav workshoppen input til SundKs varetagelse af de nationale opgaver med UTH og DPSD.

*\*Består af risikomanagere fra forskellige organisatoriske enheder i alle fem regioner.*

## 3. Dansk Patientsikkerhedsdatabase

Afsnittet giver et overblik over udviklingen af Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) i 2025. Fokus er på forbedringer i den eksisterende løsning samt arbejdet med at anskaffe og udvikle en ny DPSD.

### 3.1 Ændringer og forbedringer i DPSD

I løbet af 2025 blev der gennemført flere opdateringer i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). Målet var at styrke databasens brugervenlighed og gøre det nemmere at rapportere hændelser, sagsbehandle dem og foretage datatræk. Året bød blandt andet på følgende forbedringer:

- Tilføjelse af tre nye områder til samlerapportering (Dokumentation, Selvskade og Tryksår)
- Tilføjelse af automatisk angivelse af den sidste dato i forrige måned for feltet "Samlerapportering sidste dag"
- Automatiseret registrering af enhedstype via Sundhedsvæsenets Organisationsregister (SOR) til det valgte hændelsessted samt eventuelle involverede lokationer på sagen.
- Tilføjelse af beskrivelse af alvorligheds kategorierne på initialmodtager- og sagsbehandlerformular som erstatning for tidligere alvorlighedsmatrice.
- Tilføjelse af funktionalitet så initialmodtagere kan overdrage sag til anden lokation.
- Synliggørelse af sagens overdragelseshistorik i resumé.
- Visning af SOR-enheder med enhedstypen "Plejeenhed" i lokationsopslaget under prikken "Plejebolig"
- Visning af SOR-enheder med enhedstypen "Helhedsplejeleverandørsted" i lokationsopslaget under prikken "Hjemmeplejen"

Som følge af at Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) den 1. maj 2025 fik ansvaret for drift og udvikling af DPSD, blev diverse hjælpetekster i DPSD med reference til Styrelsen for Patientsikkerhed udskiftet med Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. Relevante links i links-menuen i DPSD blev ligeledes opdateret så de refererer til SundK's hjemmeside

### 3.2 Ny DPSD

Den nuværende Dansk Patientsikkerhedsdatabase skal erstattes af en ny IT-løsning (Ny DPSD), idet den eksisterende løsning er opsagt af den nuværende leverandør. Formålet med anskaffelsen er først og fremmest at sikre, at rapportering, sagsbehandling og analyse af utilsigtede hændelser kan ske uden afbrydelser og fortsat understøtte udviklingen af patientsikkerheden i sundhedsvæsenet.

Anskaffelsen af Ny DPSD foregår i et projekt forankret i Regionernes Sundheds IT (RSI), hvor Region Midtjylland varetager projektledelsen på vegne af regionerne. Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut indgår i samarbejdet bl.a. gennem deltagelse i styregruppen, projektgruppen, referencegruppen og arbejdsgrupper. Driftsgruppen for den nuværende DPSD indgår også i referencegruppen for projektet og har repræsentanter med i projektgruppen for Ny DPSD.

## 4. Udviklingen i rapportering af UTH

Afsnittet giver et overblik over udviklingen i rapportering af utilsigtede hændelser (UTH) baseret på data fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). Fokus er på centrale tendenser og mønstre i rapporteringerne.

### 4.1 Sådan er tallene opgjort

Nedenstående opgørelser kan enten vise det samlede antal UTH eller være opdelt i henholdsvis enkeltrapporteringer og samlerapporteringer. Dette vil fremgå af figurteksten. Baggrunden for denne opdeling er, at kategoriseringen i de to rapporteringsformer ikke er helt identisk og indeholder forskellig detaljeringsgrad.

Opgørelserne i denne årsrapport bygger på UTH, som blev rapporteret til DPSD i 2025. Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) har kun adgang til lukkede UTH efter de er sagsbehandlet lokalt og anonymiseret.

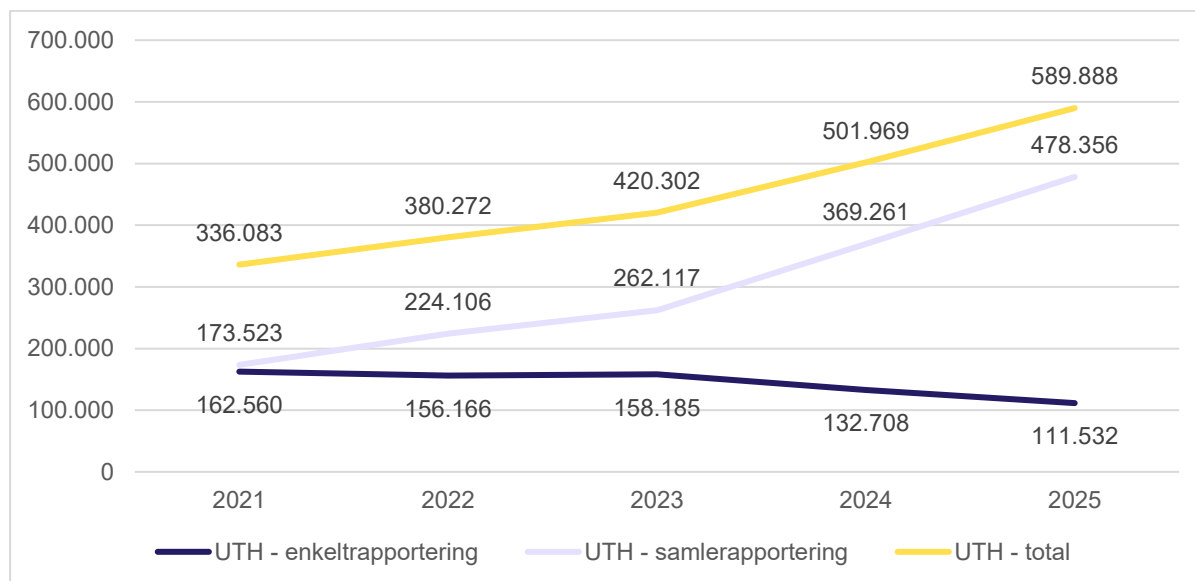
Når en UTH bliver rapporteret, har den lokale enhed, hvor hændelsen skete, 90 dage til at færdigbehandle sagen og anonymisere den. Først når det er gjort, bliver hændelsen tilgængelig i DPSD på nationalt niveau og for SundK.

For at sikre, at langt de fleste UTH fra 2025 er med i denne årsrapport, er data trukket den 1. april 2026. Det giver tid til, at de fleste sager kan nå at blive afsluttet inden fristen. Dog kan enkelte komplicerede sager tage længere tid at sagsbehandle. Der kan også ske det, at tidligere afsluttede sager bliver genåbnet, for eksempel hvis der kommer ny information. Derfor kan opgørelserne for årene 2021-2024 i denne årsrapport være lidt anderledes end angivet i tidligere årsberetninger fra Styrelsen for Patientsikkerhed. Antallet af afsluttede UTH kan nemlig ændre sig alt efter, hvilke sager der var åbne eller lukkede på tidspunktet for datatrækket.

### 4.2 UTH i perioden 2021-2025

Figur 1 viser udviklingen i antallet af rapporterede UTH i perioden 2021-2025. Det samlede antal rapporterede UTH er steget med mere end 75 % i den femårige periode. Stigningen drives af en vedvarende stigning i antallet af samlerapporterede hændelser, mens antallet af enkeltrapporterede hændelser har været faldende i perioden.

**Figur 1 – Den samlede udvikling i antal rapporterede UTH i perioden 2021 til 2025**



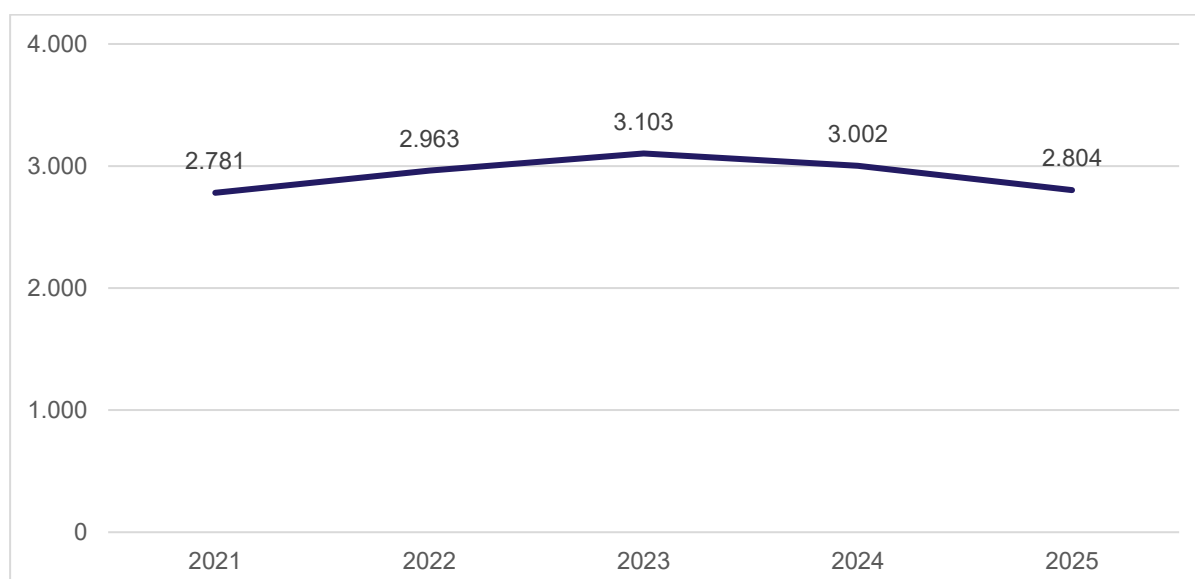
\* Frem til 1. juli 2023 var muligheden for samlerapportering forbeholdt kommunerne.

### 4.3 UTH rapporteret af patienter og pårørende

Patienter og pårørende har haft mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser siden september 2011. Deres perspektiv er vigtigt, fordi de oplever forløbene fra en anden vinkel og kan gøre opmærksom på forhold, som ellers kan være svære at opdage i den kliniske hverdag.

I 2025 blev der rapporteret 2.804 utilsigtede hændelser af patienter og pårørende som illustreret i figur 2. Det svarer til 2,5 % af alle enkelrapporterede hændelser dette år. Selvom andelen fortsat er lille sammenlignet med sundhedspersoners rapporteringer, repræsenterer bidragene fra patienter og pårørende en værdifuld kilde til læring.

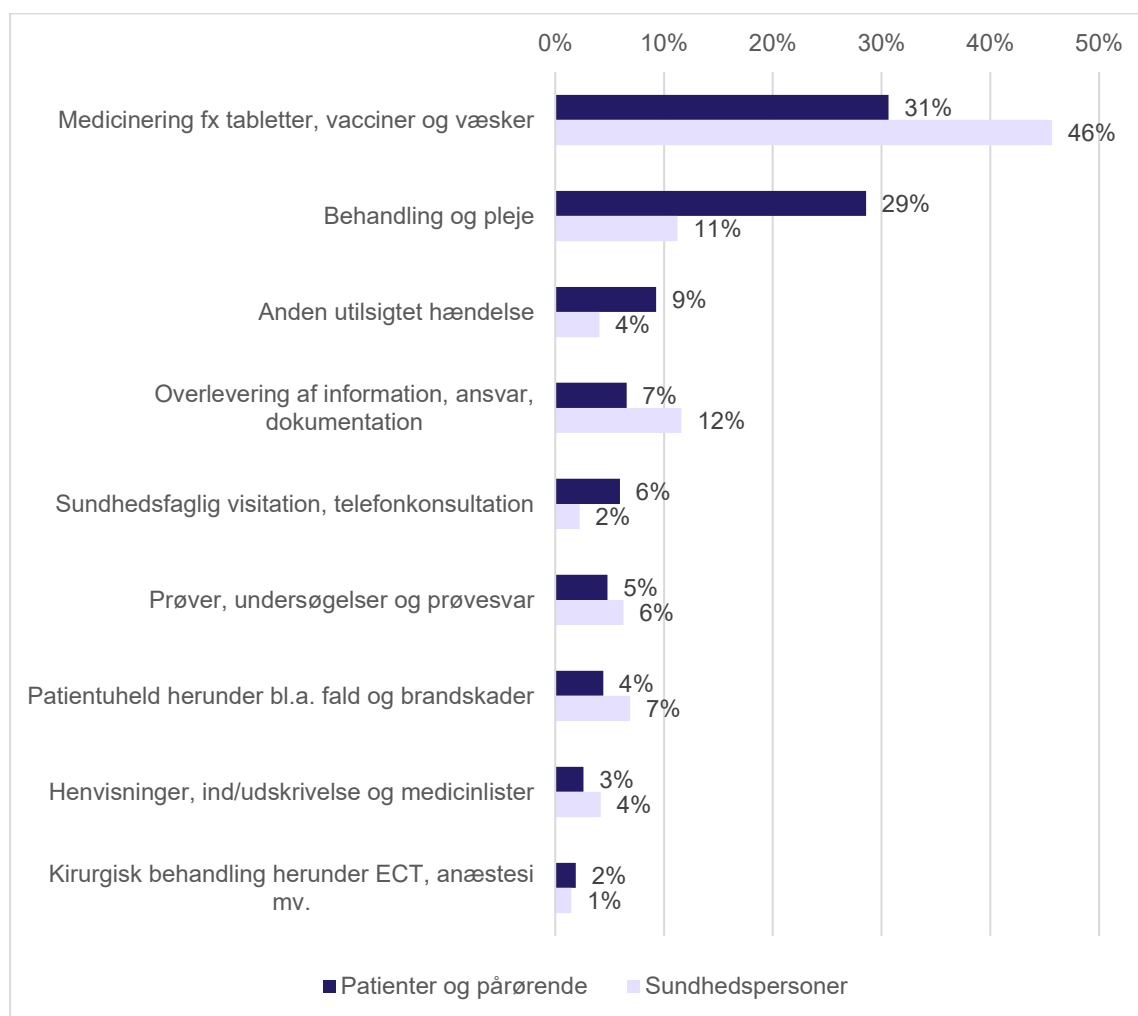
**Figur 2 – Udvikling i antallet af UTH rapporteret af patienter eller pårørende i perioden 2021 til 2025 (Patienter og pårørende har kun mulighed for at enkelrapportere)**



I figur 3 ses hvilke typer af UTH, der hyppigst blev rapporteret af patienter og pårørende i 2025, sammenlignet med UTH rapporteret af sundhedspersoner.

UTH kan inddeles i forskellige hændelsestyper, som i DPSD er organiseret i 20 hovedgrupper. Antallet af rapporteringer varierer betydeligt mellem de forskellige grupper. En samlet oversigt og beskrivelse af hovedgrupperne findes i årsrapportens bilag 4. Oversigten i figur 3 giver indtryk af, hvordan rapporteringer fra patienter og pårørende bidrager med et andet perspektiv og rapporteringsmønster end rapporteringer fra sundhedspersoner. Patienter og pårørende har en væsentlig rolle i det samlede arbejde med at forbedre kvalitet og sikkerhed. De udvider vores forståelse af, hvor i forløbene der opstår udfordringer og hvad der opleves som risikofyldt eller utilsigtet.

**Figur 3 – Hyppigst rapporterede hændeskategorier angivet i procent af det samlede antal UTH rapporteret af patienter og pårørende i 2025 – til sammenligning er andelen rapporteret af sundhedspersoner medtaget. Figuren viser kun enkeltrappede UTH.**



## 4.4 Hvor rapporteres UTH?

Figur 4 viser den årlige udvikling af enkeltrappede UTH fordelt på de fire forskellige lokationsgrupper i perioden 2021-2025.

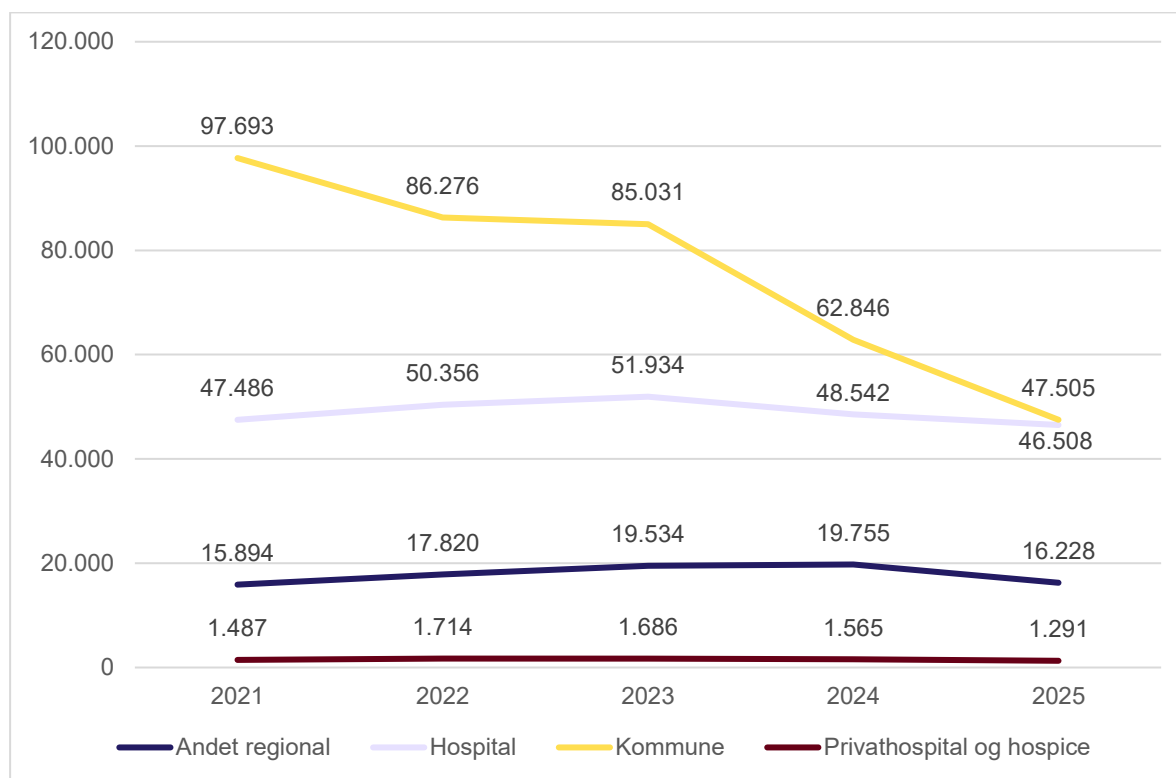
UTH bliver rapporteret fra følgende fire lokationsgrupper:

- Kommune
- Hospital
- Andet regionalt
- Privathospital og hospice

Se oversigt over hvilke enheder, der hører under de fire lokationsgrupper i bilag 3.

Antallet af UTH rapporteret fra hhv. *hospital*, *andet regionalt* samt *privathospital* og *hospice* er stort set uændret over tidsperioden. Til gengæld ses fortsat et fald i antallet af UTH, som er enkelrapporteret i *kommunerne*. Dette fald sker samtidig med, at antallet af samlerapporterede UTH er steget – læs mere om udviklingen i brugen af samlerapportering i afsnit 4.8.

**Figur 4 – Udvikling i antal enkelrapporterede UTH fordelt på lokationsgrupperne 'Kommune', 'Hospital', 'Andet regionalt' og 'Privathospital og hospice' i perioden 2021 til 2025**



## 4.5 Hvilke typer af UTH rapporteres?

I figur 5 ses fordelingen af UTH rapporteret i 2025 på tværs af DPSD's hovedgrupper. Opgørelsen omfatter kun de 111.532 enkelrapporterede hændelser og inkluderer derfor ikke UTH, der er rapporteret via samlerapportering. Det ses at 45 % af de enkelrapporterede UTH vedrører medicinering. Dette er et mønster, der også ses for samlerapporterede UTH, hvor medicinadministration og – dispensering udgør mere end 75 % af de rapporterede UTH (se afsnit 4.8).

Figur 5 – Antal enkeltrappede UTH i 2025 fordelt på DPSD-hovedgrupper



Tabellen på næste side viser, hvor mange UTH der er rapporteret inden for hver hovedgruppe opdelt på de fire lokationsgrupper: *Kommune, Hospital, Andet regionalt* samt *Privathospital og hospice*. Også her indgår kun enkeltrappede UTH.

Figur 6 – Antal enkelrapporterede UTH i 2025 fordelt på i hovedgrupper for hver lokationsgruppe

|  | Kommune | Hospital | Andet regional | Privathospital og hospice |
|--|---------|----------|----------------|---------------------------|
| Medicinering fx tabletter, vacciner og væsker      | 29.175  | 12.170   | 8.821          | 354                       |
| Behandling og pleje                                | 5.004   | 7.348    | 603            | 77                        |
| Overlevering af information, ansvar, dokumentation | 3.104   | 8.396    | 1.116          | 185                       |
| Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader    | 5.270   | 1.078    | 971            | 292                       |
| Prøver, undersøgelser og prøvesvar                 | 196     | 5.371    | 1.334          | 71                        |
| Anden utilsigtet hændelse                          | 2.008   | 1.944    | 664            | 74                        |
| Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister     | 490     | 3.656    | 381            | 95                        |
| Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation     | 0       | 1.501    | 1.079          | 23                        |
| Medicinsk udstyr, hjælpemidler, røntgen mv.        | 505     | 1.183    | 168            | 27                        |
| Patientidentifikation                              | 0       | 1.373    | 199            | 38                        |
| Infektioner  | 849     | 293      | 78             | 7                         |
| Selvskade og selvmord                              | 538     | 372      | 56             | < 5                       |
| IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.         | 232     | 560      | 146            | 11                        |
| Kirurgisk behandling herunder ECT, anæstesi mv.    | 19      | 835      | 50             | 28                        |
| Præhospital behandling                             | 0       | 0        | 319            | 0                         |
| Gasser og luft                                     | 54      | 181      | 9              | < 5                       |
| Blod og blodprodukter                              | 7       | 224      | 0              | < 5                       |
| Ambulancer, akutbiler, helikoptere mv.             | 0       | 0        | 115            | 0                         |
| Teknisk disponering                                | 0       | 0        | 107            | 0                         |
| Telemedicin fx apps, hjemmesider og måleudstyr     | 54      | 23       | 12             | < 5                       |

## 4.6 Hvad er konsekvensen af UTH?

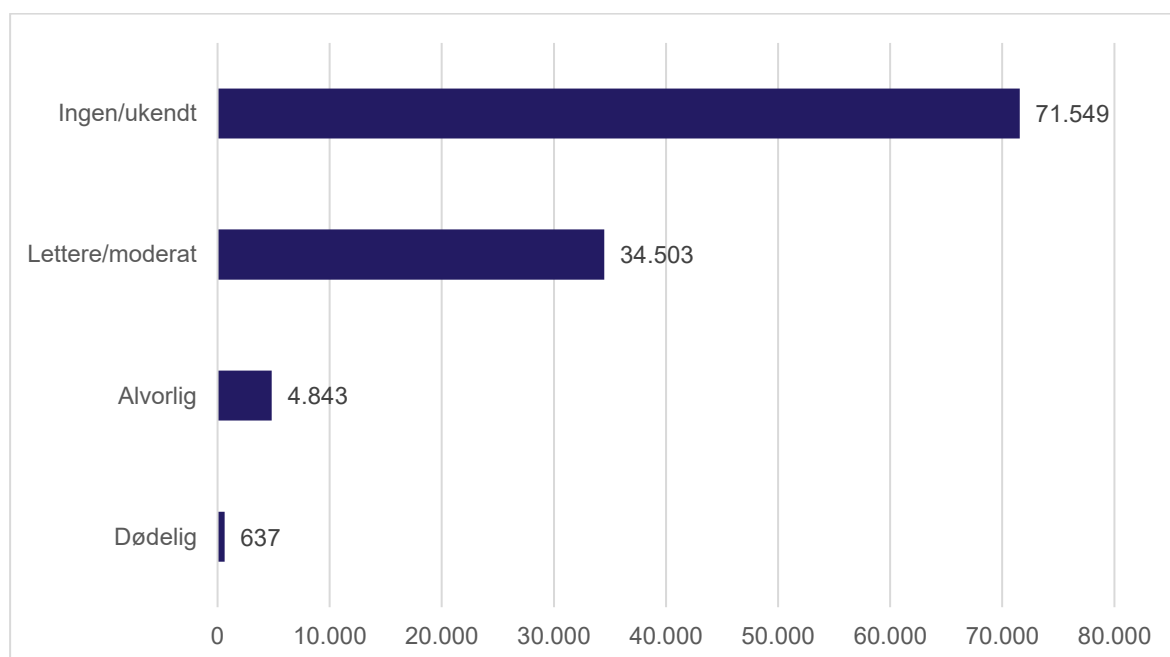
Ved rapportering kategoriseres konsekvensen af UTH for patienten eller borgeren i fire kategorier, som beskrevet i figur 7. Der angives både den faktiske og den mulige konsekvens af hændelsen.

Figur 7 – Beskrivelse af de fire konsekvenskategorier i DPSD

| Konsekvens      | Beskrivelse  |
|-----------------|--|
| Ingen           | <p>Utilsigtet hændelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• som ikke medførte eller bidrog til konsekvenser for patienten</li> <li>• som blev afværget ("nærved-hændelser")</li> <li>• hvor det på rapporteringstidspunktet er ukendt om hændelsen får konsekvenser for patienten.</li> </ul>   |
| Lettere/moderat | <p>En lettere konsekvens for patienten kan fx have betydet behov for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kontakt til praktiserende læge</li> <li>• lettere behandling eller pleje (fx ekstra medicinadministration)</li> <li>• observation (fx blodtryk)</li> <li>• prøver/undersøgelser eller gentagelse heraf</li> <li>• kortvarig psykisk eller social støtte til patienten.</li> </ul>       |
| Alvorlig        | <p>En alvorlig konsekvens kan fx være permanent, livstruende eller betyde tab af funktionsevne og/eller livskvalitet.</p> <p>Den kan fx have betydet behov for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• betydelig øget og/eller forlænget behandling eller pleje</li> <li>• indlæggelse/genindlæggelse</li> <li>• akut livredning</li> <li>• længerevarende eller permanent sygdommelding.</li> </ul> |
| Dødelig         | Utilsigtet hændelse, som medførte eller bidrog til en patients død.  |

Figur 8 viser, at i størstedelen af de UTH, der blev enkeltrapperet i 2025, blev den faktiske konsekvens vurderet som ingen eller ukendt for borgeren eller patienten. Derudover blev 4.843 hændelser klassificeret med alvorlig faktisk konsekvens, og 637 hændelser med dødelig konsekvens. Disse kategorier udgør samlet set en mindre andel af det samlede antal rapporterede hændelser.

Figur 8 – Fordeling af faktisk konsekvens for enkeltrapperede UTH 2025



Tabellen nedenfor viser, hvordan den faktiske konsekvens fordeler sig på de enkeltrapporterede UTH inden for de forskellige lokationsgrupper i 2025.

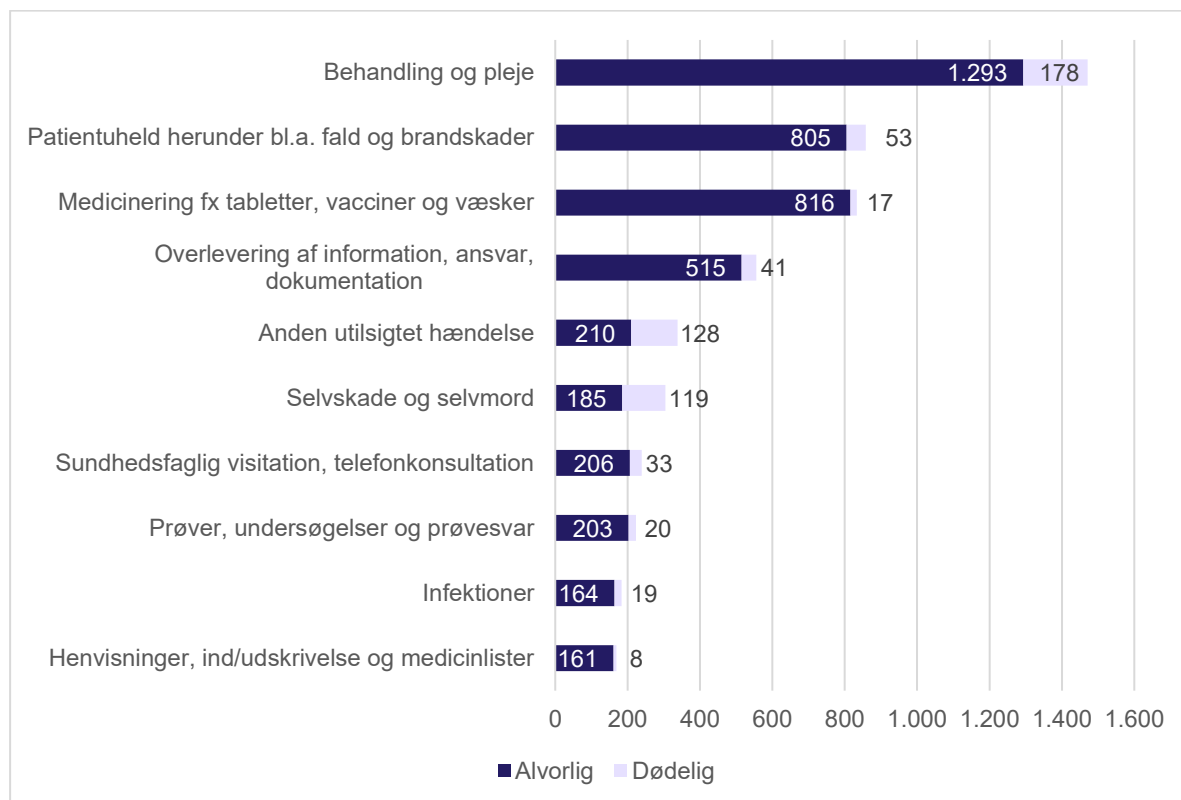
**Figur 9 – Faktisk konsekvens af UTH fordelt på lokationsgruppe i 2025. Tallene angiver procent af det samlede antal enkeltrapporterede UTH i den enkelte lokationsgruppe**

| Faktisk konsekvens af UTH fordelt på lokationsgruppe |         |          |                |        |
|--|---------|----------|----------------|--------|
|  | Kommune | Hospital | Andet regional | Privat |
| Ingen/ukendt   | 63,5%   | 62,6%    | 70,2%          | 66,7%  |
| Lettere/moderat                                      | 30,8%   | 33,0%    | 25,6%          | 30,7%  |
| Alvorlig   | 5,1%    | 3,7%     | 3,9%           | 2,5%   |
| Dødelig  | 0,6%    | 0,7%     | 0,3%           | 0,2%   |

## UTH med faktisk alvorlig eller dødelig konsekvens

Det er ikke nødvendigvis de hovedgrupper, der rapporteres hyppigst, som omfatter de mest alvorlige UTH. Figur 10 nedenfor viser de 10 hovedgrupper, der indeholdt flest alvorlige eller dødelige UTH i 2025. Der blev i alt rapporteret 4.843 UTH med faktisk alvorlig konsekvens og 637 UTH med faktisk dødelig konsekvens.

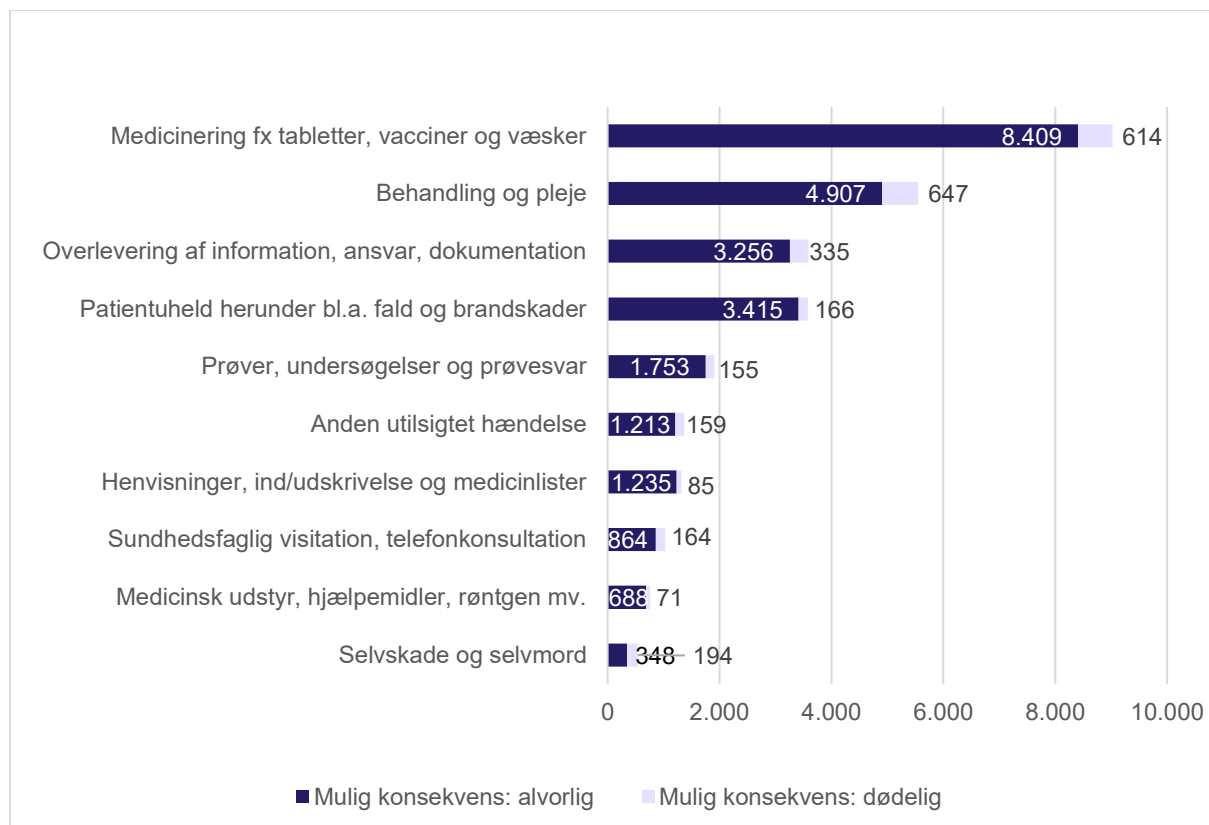
**Figur 10 – Antal alvorlige og dødelige enkeltrapporterede UTH i 2025 fordelt på DPSD-hovedgrupper. Kun de største hovedgrupper er medtaget i figuren**



## UTH med mulig alvorlig eller dødelig konsekvens

I 2025 blev der i alt rapporteret 27.940 UTH med mulig alvorlig konsekvens og 2.864 UTH med mulig dødelig konsekvens. Figur 11 viser antallet af UTH, der blev vurderet muligt alvorlige eller dødelige, fordelt på DPSD hovedgrupper. Kun de 10 største hovedgrupper er medtaget.

**Figur 11 – Antal muligt alvorlige og dødelige enkeltrappede UTH i 2025 fordelt på DPSD-hovedgrupper. Kun de største hovedgrupper er medtaget i figuren.**



## 4.7 Samlet patientsikkerhedsrisiko

En hændelse, der kunne have haft dødelig konsekvens, men som blev afværget, så der ikke var nogen faktisk konsekvens for patienten eller borgeren, afspejler en situation med høj risiko for patientsikkerheden. I sådanne tilfælde er der et betydeligt potentiale for at iværksætte forebyggende tiltag, der kan forhindre, at en lignende hændelse får alvorlige konsekvenser for den næste patient.

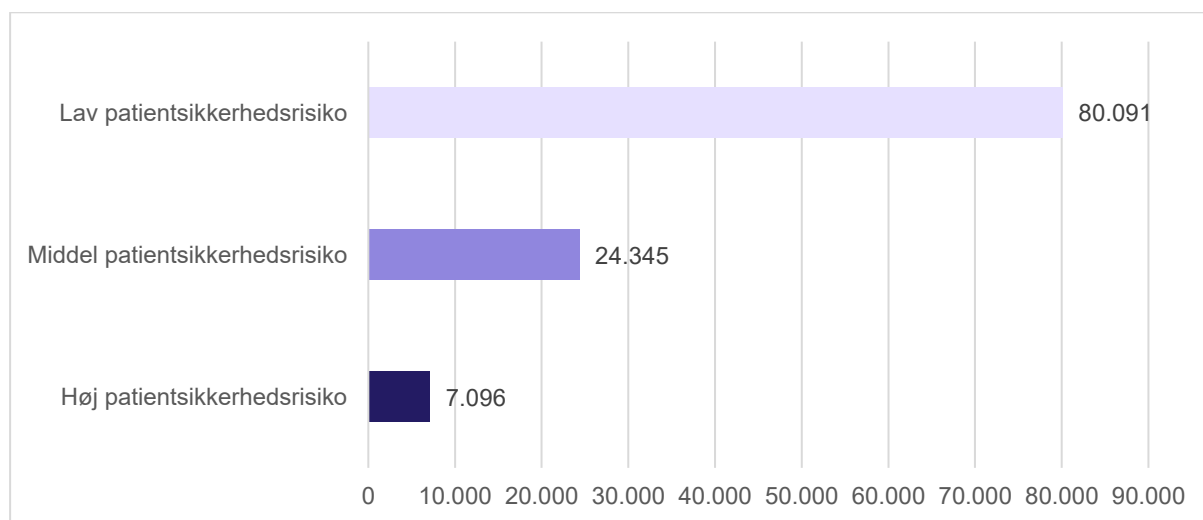
Den samlede patientsikkerhedsrisiko vurderes ud fra kombinationen af den faktiske og den mulige konsekvens af en UTH. Figur 12 på næste side viser, hvordan den samlede risiko bestemmes ud fra disse to dimensioner.

**Figur 12 – Oversigt over den samlede patientsikkerhedsrisiko ud fra den faktiske og mulige konsekvens**

| Faktisk konsekvens | Mulig konsekvens  | Samlet alvorlighedskategori    |
|--------------------|-------------------|--------------------------------|
| Ingen/ukendt       | + Ingen/ukendt    | Lav patientsikkerhedsrisiko    |
| Ingen/ukendt       | + Lettere/moderat | Lav patientsikkerhedsrisiko    |
| Ingen/ukendt       | + Alvorlig        | Middel patientsikkerhedsrisiko |
| Ingen/ukendt       | + Dødelig         | Høj patientsikkerhedsrisiko    |
| Lettere/moderat    | + Lettere/moderat | Lav patientsikkerhedsrisiko    |
| Lettere/moderat    | + Alvorlig        | Middel patientsikkerhedsrisiko |
| Lettere/moderat    | + Dødelig         | Høj patientsikkerhedsrisiko    |
| Alvorlig           | + Alvorlig        | Høj patientsikkerhedsrisiko    |
| Alvorlig           | + Dødelig         | Høj patientsikkerhedsrisiko    |
| Dødelig            |                   | Høj patientsikkerhedsrisiko    |

Figur 13 nedenfor viser fordelingen af den samlede patientsikkerhedsrisiko for de 111.532 enkeltrappederede UTH i 2025. Størstedelen af hændelserne blev vurderet til at have en lav patientsikkerhedsrisiko. I alt 80.091 hændelser – svarende til 72% – indgik i denne kategori, hvilket illustreres i figur 13.

**Figur 13 – Samlet patientsikkerhedsrisiko for enkeltrappederede UTH i 2025**



## 4.8 Samlerapportering

Samlerapportering er en forenklet metode til rapportering af utilsigtede hændelser (UTH), som kan anvendes for hændelser uden faktiske eller mulige alvorlige eller dødelige konsekvenser for patienten eller borgeren. Metoden gør det muligt for medarbejdere at registrere udvalgte hændelser løbende på et fælles skema frem for at oprette individuelle rapporter i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). Dette understøtter et lokalt overblik over mønstre og tendenser samt en mere praksisnær og løbende læring.

Hvert behandlingssted indsender én samlet rapportering pr. måned til DPSD, som indgår i det nationale overblik.

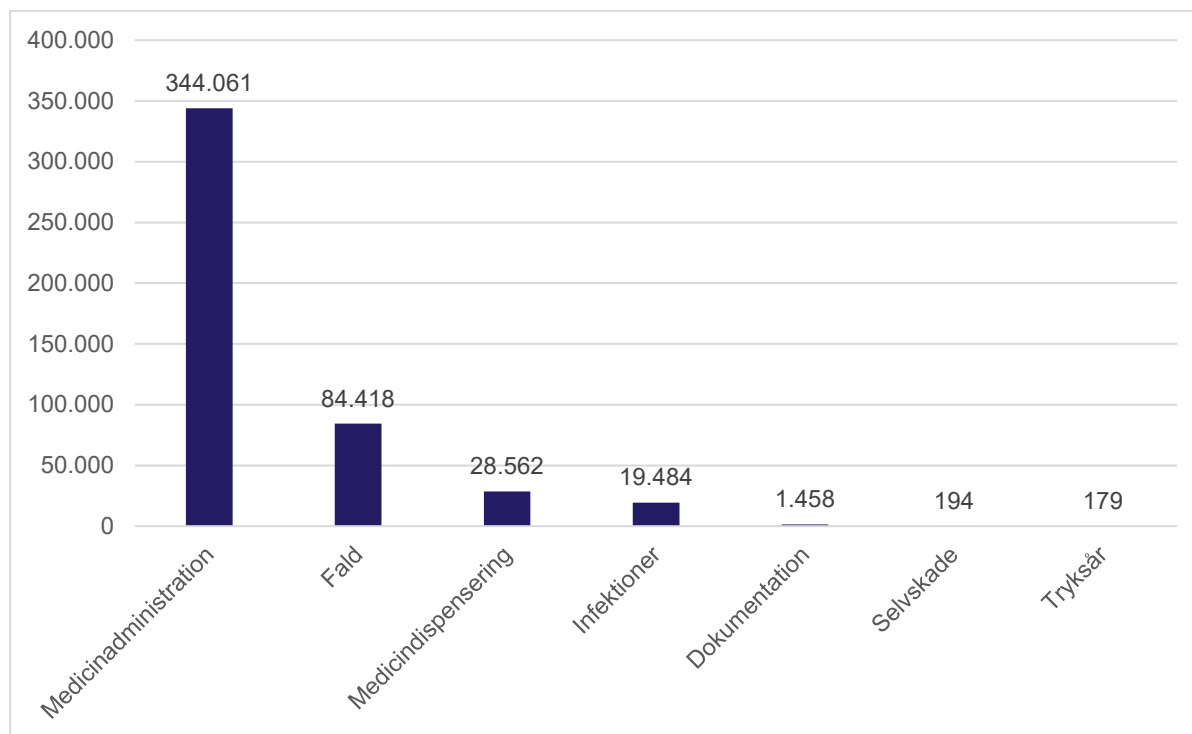
I 2025 kan følgende områder samlerapporteres, forudsat at hændelsen ikke havde eller kunne have haft alvorlige eller dødelige konsekvenser:

- Fald
- Infektion
- Medicindispensering
- Medicinadministration (inkl. medicin ikke givet)
- Dokumentation
- Tryksår
- Selvskade

De tre nyeste kategorier – dokumentation, tryksår og selvskade – blev tilføjet som samlerapporteringsområder fra 1. november 2025 som led i den løbende videreudvikling af ordningen. Udvidelsen gør det lettere at rapportere mindre alvorlige hændelser på disse områder og understøtter lokal læring og opfølgning.

Figur 18 viser antallet af UTH rapporteret ved samlerapportering fordelt i de kategorier, der var tilgængelige i DPSD i 2025.

**Figur 14 – Antal UTH rapporteret ved samlerapportering fordelt på kategorier i 2025**



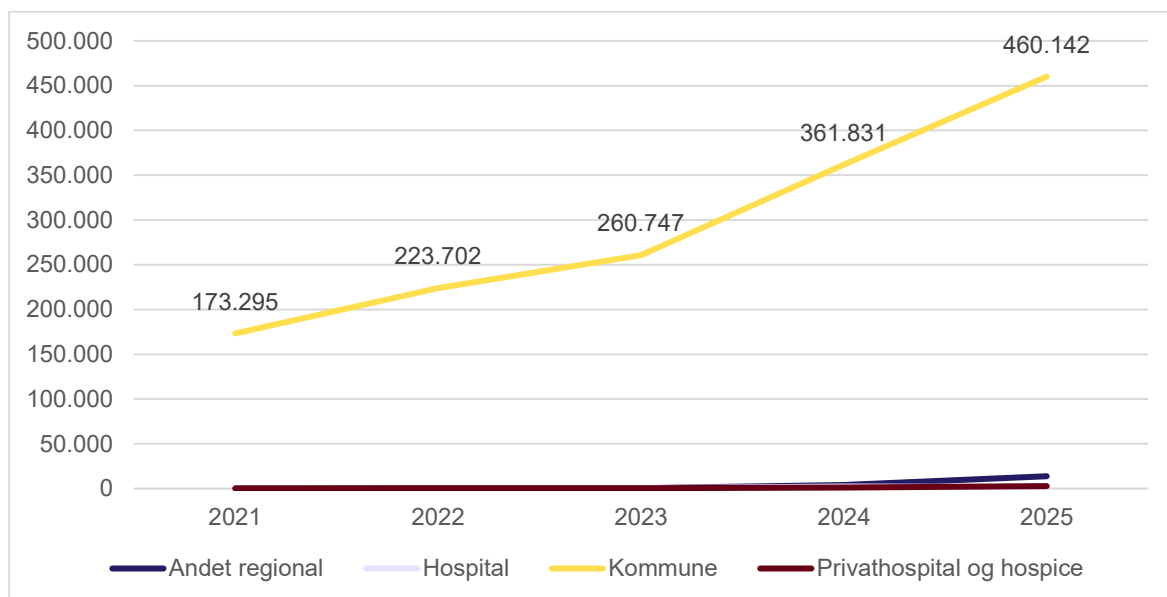
Tabellen nedenfor viser, hvordan samlerapporteringen fordeler sig inden for de forskellige lokationsgrupper i 2025. Samlerapportering blev afprøvet i udvalgte kommuner som et pilotprojekt, inden det i 2019 blev implementeret i alle landets kommuner. Frem til 1. juli 2023 var samlerapportering forbeholdt kommunerne. Ordningen er efterfølgende udvidet til hele sundhedsvæsenet, hvorfor samlerapporteringen i 2025 også omfatter lokationsgrupperne *andet regional*, *hospital* samt *privathospital* og *hospice*.

**Figur 15 – Antal samlerapporterede UTH fordelt på lokationsgrupper i 2025**

| Lokationsgruppe           | Antal   |
|---------------------------|---------|
| Kommune                   | 460.142 |
| Andet regional            | 13.770  |
| Privathospital og hospice | 2.736   |
| Hospital                  | 1.708   |

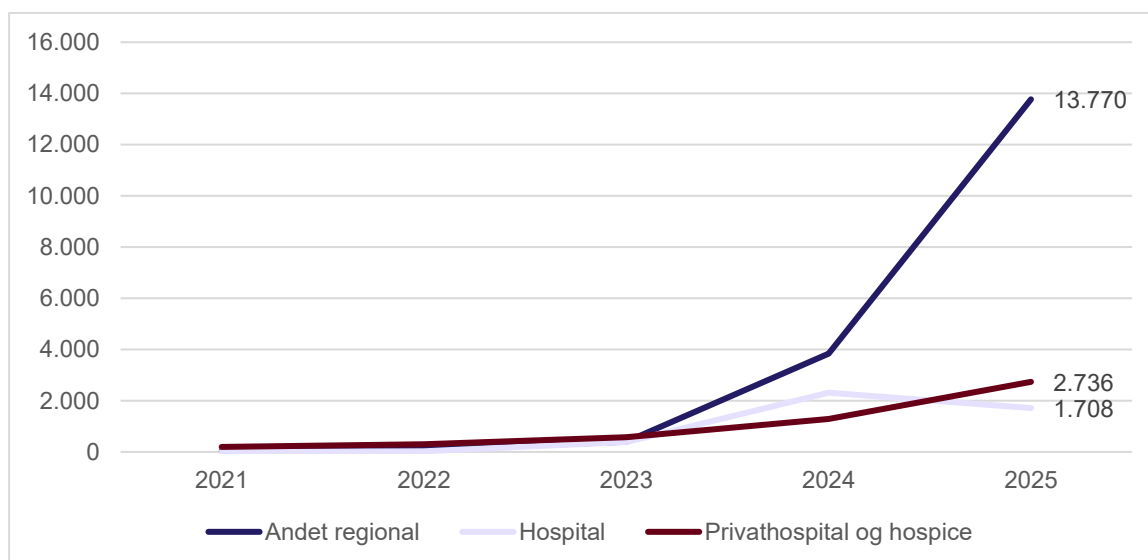
Figur 20 viser udviklingen i antallet af samlerapporterede UTH på tværs af lokationsgrupperne i perioden 2021–2025. Kommunerne står for langt størstedelen af samlerapporteringerne og viser en markant stigning gennem hele perioden – fra 173.295 i 2021 til 460.142 i 2025. For de øvrige lokationsgrupper *andet regional*, *hospital* samt *privathospital* og *hospice* ses en lav, men gradvist stigende brug af samlerapportering.

**Figur 16 – Figuren viser udviklingen i antallet af samlerapporterede UTH i perioden 2021–2025 fordelt på lokationsgrupper.**



Figur 21 viser udviklingen i samlerapportering 2021–2025 for lokationsgrupperne *andet regional*, *hospital* samt *privathospital og hospice*. Ved at udelade kommunernes høje rapporteringsvolumen bliver det tydeligere, hvordan de øvrige tre grupper gradvist har øget deres anvendelse af samlerapportering som led i det lokale læringsarbejde.

**Figur 17 – Figuren viser udviklingen i antallet af samlerapporterede UTH 2021–2025 for lokationsgrupperne uden kommunerne**



## 5. Afrunding

Årsrapporten for 2025 giver et samlet overblik over et år i SundK, hvor arbejdet med utilsigtede hændelser (UTH) og Dansk Patientsikkerhedsdatabase har været præget af, at sikre kontinuitet i driften samtidig med et organisatorisk ansvarsskifte.

Med overdragelsen af de nationale opgaver til Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut er der sket en ændring i ansvarsplaceringen, samtidig med at ordningen og databasen fortsat udgør et fælles nationalt grundlag for rapportering og læring på tværs i sundhedsvæsenet.

Årsrapporten illustrerer, hvordan rapporteringerne af UTH fortsat udvikler sig. Særligt den stigende anvendelse af samlerapportering har betydning for det samlede rapporteringsbillede. Brugen af samlerapportering bringer nye muligheder for læring, men stiller også krav til fortsat udvikling i arbejdet med UTH såvel lokalt som nationalt, med nye muligheder for at få indsigt i gentagende mønstre og risici i praksis. Samtidig viser brugen af enkeltrapportering, at der fortsat er områder, hvor detaljeret viden spiller en central rolle i arbejdet med patientsikkerhed.

På tværs af sektorer og lokationsgrupper fremtræder der forskelle i både rapporteringsmønstre og i den samlede patientsikkerhedsrisiko. Disse variationer afspejler de mange forskellige kontekster og opgaver, som sundhedsvæsenet rummer. Variationen understreger, at arbejdet med læring af UTH må tage højde for lokale forhold og praksisser.

Hændelser vedrørende medicin udgør den største andel af de rapporterede UTH og skiller sig markant ud i datamaterialet. Dette gør sig gældende både for enkeltrapporterede hændelser og samlerapportering samt på tværs af lokationsgrupper og rapportører, herunder sundhedspersoner, patienter og pårørende. Samlet peger opgørelserne på, at medicinområdet er et centralt fokusområde i det fortsatte arbejde med patientsikkerhed.

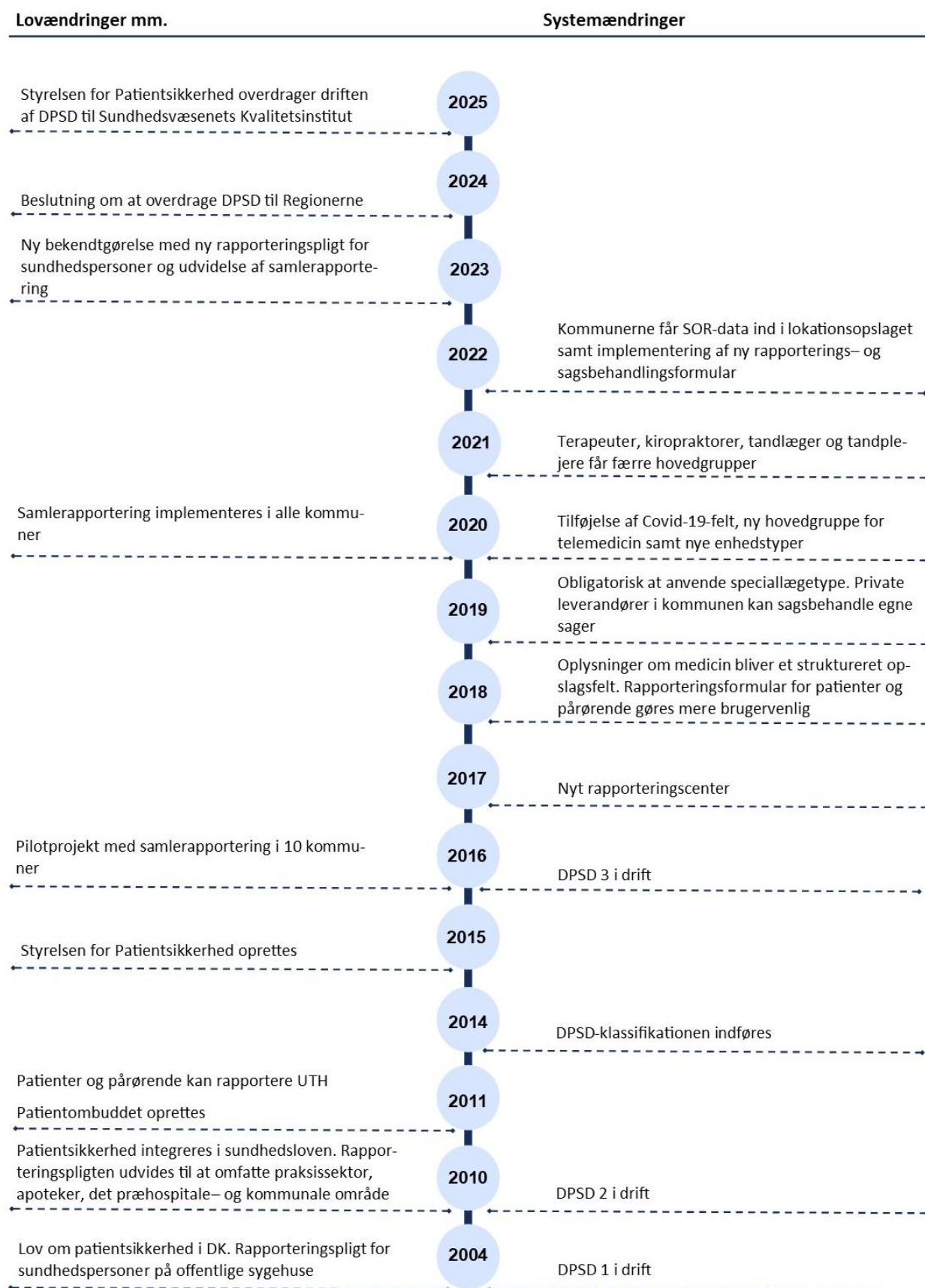
Patienter og pårørendes rapporteringer udgør fortsat en mindre andel af det samlede antal hændelser, men bidrager med vigtige perspektiver på patientforløb og oplevede risici. Antallet af UTH rapporteret af patienter og pårørende har ligget tilnærmelsesvist stabil over de senere år. Sammen med sundhedspersoners rapporteringer er de med til at nuancere forståelsen af, hvor og hvordan utilsigtede hændelser kan opstå. Det er derfor vigtigt, at der er en fortsat opmærksomhed på hvordan det sikres, at rapporteringer fra patienter og pårørende bidrager til læring og udvikling i sundhedsvæsenet.

Samlet set dokumenterer årsrapporten et omfattende datagrundlag og en bred vifte af aktiviteter, som tilsammen bidrager til viden om patientsikkerhed. Årsrapporten giver et afsæt for fortsat indsigt i og refleksion over UTH ordningen og stiller viden til rådighed for det fælles arbejde med læring og forbedring på tværs af sundhedsvæsenet.

# Bilag



## Bilag 1: Tidslinje for DPSD 2004-2025



## Bilag 2: Oversigt over læringsindsatser i 2025

### Analyse

- Viden fra UTH om udvidet behandlingsansvar efter hospitalsudskrivelse
- Interne analyser af UTH med dødelig konsekvens

### Implementering

- Udvidelse af samlerapportering med tre nye områder
- Udvikling af formular til at indsende ideer til nationale læringsaktiviteter

### Oplæg og undervisning

- Parallelsession på PS! konference, april 2025: *UTH systemet efter 1. maj*
- Patientsikkerhedskonference i Region Nord og Region Midt, maj 2025: *Nye hænder på UTH ordningen og DPSD*
- Præsentation på Styrelsen for Patientsikkerheds temadag på International Patientsikkerhedsdag, september 2025: *Når det sociale netværk og støtte afgør børns behandling – ulighed i børns behandlingsforløb og potentialer for forandring*
- Parallelsession på Sundhedsvæsenet Kvalitetskonference, oktober 2025: *Læring fra utilsigtede hændelser på tværs af sektorer*
- Undervisning for Selveje Danmark, efteråret 2025
- Keynote på PS! konference, december 2025: *Status på UTH system og IT*

### Samarbejder

I årets løb har der været møde og/eller samarbejde med blandt andet:

- Fagligt Forum for Patientsikkerhed
- Driftsgruppen for Dansk Patientsikkerhedsdatabase
- 6-by samarbejdet
- Risikomanagerne i Region Nordjylland og Aalborg Kommune
- De tværregionale tovholdergrupper
- Tværsektorielt risikomanagernetværk i Region Hovedstaden
- Patientvejlederne i Region Hovedstaden
- Danmarks Apotekerforening
- Sundhedsstyrelsen
- Styrelsen for Patientsikkerhed
- Lægemiddelstyrelsen
- Sundhedsdatastyrelsen

## Bilag 3: Oversigt over lokationsgrupper i DPSD

| Lokationsgruppe |   |
|-----------------|---|
| Hospital        | Offentlige sygehuse   |
| Andet regional  | Praktiserende læger (almen praksis)<br>Speciallæger<br>Terapeuter og kiropraktorer<br>Psykologer<br>Tandlæger og tandplejere<br>Vagtlægeordningen<br>Apoteker<br>Præhospital og ambulancer<br>Regionale botilbud<br>Øvrige behandlergrupper                           |
| Privat          | Privathospitaler og hospice   |
| Kommune         | Plejebolig<br>Sygepleje, -klinikker og akutfunktion<br>Hjemmeplejen<br>Den kommunale tandpleje<br>Sundhedsplejersker<br>Bo- og dagtilbud<br>Misbrugsbehandling<br>Sundhedscentre<br>Rehabilitering<br>Træning<br>Aktivitetstilbud<br>Myndighed og visitation<br>Andet |

## Bilag 4: Oversigt over hovedgrupper i DPSD

| Hovedgruppe  | Beskrivelse  |
|--|--|
| Sundhedsfaglig visitation, telefonkonsultation     | Ingen beskrivelse  |
| Behandling og pleje                                | Omfatter hændelser i forbindelse med en sundhedsydelse fx sygdomsopsporing, udredning, behandling og kontrol, pleje, genoptræning og terapi.   |
| Kirurgisk behandling herunder ECT, anæstesi mv.    | Hændelser relateret til alle former for kirurgisk indgreb – dvs. skærende gennembrydning af hud samt electroconvulsiv terapi - elektrochock (ECT)  |
| Infektioner  | Utilsigtede hændelser skal alene klassificeres under 'Infektion', såfremt infektionen opstår i forbindelse med kontakt med sundhedsvæsenet.  |
| Henvisninger, ind/udskrivelse og medicinlister     | Hændelser i denne gruppe vil ofte være relateret til planlægningen af patientens ophold eller forløb i sundhedsvæsenet. Der er ofte tale om logistik eller støttefunktioner til selve patientforløbet.   |
| Patientidentifikation                              | Omfatter alene personforveksling.  |
| Overlevering af information, ansvar, dokumentation | Omfatter informations- og patientoverdragelse i forbindelse med vagtskifte mv. fra en sundhedsperson (team, institution, sektor) til en anden.   |
| Prøver, undersøgelser og prøvesvar                 | Test / undersøgelse / prøver / prøveresultater, dog ikke test mm. vedr. blod og blodkomponenter.   |
| Medicinering fx tabletter, vacciner og væsker      | Omfatter fx ordination af forkert lægemiddel eller forkert dosis, administration af forkert præparat eller styrke, og medicinering på et forkert tidspunkt.  |
| Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader    | Utilsigtede hændelser, hvor patienten lider en ikke-tilsigtet skade, skal klassificeres under 'Patientuheld' hvis patienten kommer ud for et fald, en brandskade eller et andet patientuheld   |
| Selvskade og selvmord                              | Selvskade: Ofte vanemæssig handling, som foretages strengt privat, og hvor formålet er en form for selvhjælp. Selvmordsforsøg: Ikke vanemæssig handling, uden dødelig udgang, hvor formålet er at opnå en ønsket forandring, fx at dø, få hjælp, mm. Selvmord: Selvforanstaltet og selvgennemført handling, hvor den afdøde ønskede og var bevidst om handlingens dødelige konsekvens. |
| Blod og blodprodukter                              | Omfatter hændelser med blod, blodkomponenter og derivater, inklusive hændelser i forbindelse med blodtypebestemmelse, og andre specialundersøgelser og tests af blod, der typisk udføres i blodbanken.   |
| IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.         | Omfatter hændelser, der opstået i forbindelse med de fysiske rammer, udformningen af inden- og udendørsarealer, transport, logistik, kommunikationssystemer, forsyningssystemer, brand- og røgdudvikling. Disse strukturer vil ofte være medvirkende faktorer,   |

| Hovedgruppe                                    | Beskrivelse  |
|--|--|
|  | dvs. være relevante forhold omkring hændelsen, uden at være den direkte eller udløsende faktor.  |
| Gasser og luft                                 | Gasser til medicinsk brug anvendes primært til respiratorpleje, inhalationsterapi og anæstesi. Gasser anvendt til sug indgår i gruppen   |
| Medicinsk udstyr, hjælpemidler, røntgen mv.    | Omfatter hændelser med alt udstyr, der anvendes i forbindelse med diagnostik, behandling og pleje, inkl. engangsudstyr som sprøjter og slanger, plaster, laboratorieudstyr, tandlægeudstyr samt hjælpemidler til handikappede, fx seng, kørestol, bære, gangrollator og krykker. |
| Telemedicin fx apps, hjemmesider og måleudstyr | Omfatter utilsigtede hændelser, hvor der er anvendt individualiseret telemedicin til fx diagnostik, behandling, kontrol, pleje, genoptræning, visitation, terapi, sundhedsfremme og forebyggelse.  |
| Anden utilsigtet hændelse                      | Utilsigtet hændelse, der ikke kan kategoriseres under en af de øvrige hændelsestyper, skal klassificeres under 'Anden utilsigtet hændelse'.  |
| Teknisk disponering                            | Ved disponering forstås visitation af akutambulance, helikopter, akutlægebiler og udrykningslæger samt sygetransport   |
| Ambulancer, akutbiler, helikoptere mv.         | Ingen beskrivelse  |
| Præhospital behandling                         | Ingen beskrivelse  |

