



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Dansk Patientsikkerhedsdatabase

Årsberetning 2016

April 2017

Kolofon

Dansk Patientsikkerhedsdatabase – årsberetning 2016

Udgivet af:

Styrelsen for Patientsikkerhed

Islands Brygge 67

2300 København S

Telefon: 7222 7400

E-post: sst@sst.dk

ISBN (digital): 978-87-93651-04-3

Udgivelsesår: 2017

Indhold

1	Forord	3
1.1	Strategi for læring	4
1.2	Samlerapportering	4
1.3	Fokusområde: Bedre epikriser	5
1.4	DPSD-roadmap	5
1.5	Foredrag og undervisning	5
1.6	DPSD Nyhedsbrev	6
1.7	Risikosituationslægemidler	6
1.8	Ny pjece til almen praksis og ny film om UTH	6
1.9	Lift og løftesejl	6
1.10	Medicinske plastre	7
2	Styrelsens arbejde med rapporter om utilsigtede hændelser	8
2.1	Samarbejde med Lægemiddelstyrelsen m.fl.	8
2.2	Partnerskaber og forskerservice	8
2.3	Patientsikkerhedsrapporten – bidrag fra sundhedsvæsenet 2016	9
3	Råd og udvalg	10
3.1	Strategisk følgegruppe for det risikobaserede tilsyn og Nationalt Forum	10
3.2	Fagligt Forum	10
3.3	Driftsgruppen	10
3.4	Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet	10
4	Internationalt samarbejde	12
4.1	The International Medication Safety Network	12
4.2	WHO-møde i Firenze	12
4.3	WHO Global Patient Safety Challenge – Medication Safety	12
5	Udvikling i rapporteringer	13
5.1	Rapporteringer til DPSD	13
5.2	Rapporteringer fra patienter og pårørende	14
5.3	Fordeling af rapporter på hospitaler, andet regionalt, private og kommuner	16
5.4	Graden af alvorlighed	18
5.5	Tværsektorielle hændelser	19

1 Forord

I 2016 udarbejdede Styrelsen for Patientsikkerhed en ny strategi for læring. Rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser spiller stadig en central rolle, men perspektivet på læring er bredere end før. Læringsindsatsen sigter mod at skabe synergi i al den viden og data, styrelsen har. Et naturligt element heri er at se de utilsigtede hændelser i sammenhæng med en række andre kilder. Analysen af dette brede felt giver et solidt grundlag for styrelsens arbejde med at udpege de områder i sundhedsvæsenet, hvor der kan være alvorlig eller tilbagevendende risiko for patienterne.

Fremover vil vi bruge denne viden til at få øje på sundhedsvæsenets risikoområder for systematisk at rette opmærksomheden mod dem. Men det er vigtigt at understrege, at rapporteringssystemet stadig er sanktionsfrit for sundhedspersoner. Det bliver der ikke lavet om på.

Det sanktionsfrie rapporteringssystem er en hjørnesten i den gode danske patientsikkerhedskultur, der er opbygget gennem de seneste tretten år. Danmark har fortsat et højt antal rapporterede hændelser, og derfor har vi også et godt fundament for at stille skarpt på fremtidens læring. Samtidig er vi i gang med at tilpasse rapporteringssystemet i dialog med vores interessenter, så det bliver mere enkelt at anvende. For eksempel igangsatte vi i 2016 et pilotprojekt om samlerapportering i kommunerne: både for at nedbringe den tid, sundhedspersonalet bruger på at rapportere, og for at skrue op for den lokale læring. Hvis kommunernes erfaringer med den nye måde at arbejde på bredes ud til hele landet, vil man kunne gennemføre en tredjedel af de 180.000 årlige rapporteringer til Dansk Patientsikkerhedsdatabase på den nye, simple måde.

Forrige år oprettede vi et Fagligt Forum for sparring om temaer og læringsaktiviteter. Forummets medlemmer har deres daglige gang i det danske sundhedsvæsen, og i 2016 bidrog forummet blandt andet til et samarbejde om at gøre epikriserne bedre, så overgangen fra sygehus til almen praksis bliver tryggere for patienterne. Selvom der er et stykke vej endnu, lover den store vilje til at bidrage godt for mulighederne for at fremme patientsikkerheden gennem dialog og fælles indsats.

Anne-Marie Vangsted
Direktør
Styrelsen for Patientsikkerhed

1.1 Strategi for læring

I efteråret lancerede Styrelsen for Patientsikkerhed sin [nye strategi for styrelsens bidrag til læring i sundhedsvæsenet](#). Strategien retter sig mod de cirka 300.000 danskere, der arbejder med sundhed og ældrepleje. Strategien skal understøtte styrelsens mission *"Vi arbejder for, at det skal være trygt at være patient"* samt visionen *"Et sikkert og lærende sundhedsvæsen"*.

Med læringsstrategien er det målet, at læringen skal ske på baggrund af data fra mange kilder. Samtidig skal interessenter ligeledes inddrages, og den viden, der fremkommer, skal formidles til relevante fagpersoner eller områder, så læringen kan viderebringes og anvendes bedst muligt.

Strategien for læring skal bl.a. sikre, at synergipotentialet mellem det risikobaserede tilsyn og læringsarbejdet udnyttes. Strategien muliggør et bredere perspektiv, hvor viden fra fx utilsigtede hændelser, klager og tilsyn skal indgå i lærings- og tilsynsaktiviteter. De utilsigtede hændelser vil dog kun blive anvendt til at identificere risikoområder, og der vil ikke blive ført tilsyn på baggrund af specifikke rapporterede hændelser.

For at understøtte missionen om, at det skal være trygt at være patient i Danmark, og styrke synergipotentialet mellem det risikobaserede tilsyn og læringsområdet, har Styrelsen for Patientsikkerhed ændret sin interne organisering fra årsskiftet 2016-17. Organisationsændringen skal understøtte de nye opgaver, der kommer i forbindelse med det risikobaserede tilsyn.



Strategi for læring

marts 2016

1.2 Samlerapportering

Styrelsen for Patientsikkerhed har igangsat pilotprojektet "Samlerapportering". Pilotprojektet forløber over seks måneder med start 1. november 2016. I projektet deltager ti kommuner.

Samlerapportering er en ny måde at rapportere utilsigtede hændelser på. I stedet for at rapportere elektronisk til databasen, registrerer medarbejderne på et skema, hvis de ikke har givet beboerne den planlagte medicin, eller hvis en beboer er faldet. Samlerapportering anvendes ved utilsigtede hændelser med mild eller ingen skade til følge. Skemaerne ligger fremme på arbejdspladsen. Samlerapporteringsprojektet vil undersøge, om denne måde at rapportere utilsigtede hændelser på giver en bedre balance mellem de ressourcer, man bruger på at rapportere, og den læring og patientsikkerhed, der kommer ud af rapporteringerne. Det er målet, at samlerapporteringen skal lede til kortere læringsloops og dermed hurtigere og bedre læring.

Foreløbig tilbagemelding fra de deltagende kommuner er positiv: det er let at registrere, og det skaber større synlighed og åbenhed om utilsigtede hændelser, hvilket øger motivationen til at forebygge og dermed skabe bedre patientsikkerhed.

Evaluerings af pilotprojektet vil foregå sommeren 2017.

1.3 Fokusområde: Bedre epikriser

I 2016 har Styrelsen for Patientsikkerhed i samarbejde med kommuner og regioner valgt at sætte fokus på patientsikkerhedsmæssige problemstillinger vedrørende henvisninger, udskrivelse og modtagelse. I den forbindelse blev der under Fagligt Forum oprettet en arbejdsgruppe, som har haft til opgave at arbejde med bedre epikriser, så patientovergangen fra sygehus til egen læge bliver mere sikker.

Styrelsen for Patientsikkerhed og arbejdsgruppen har afholdt flere møder for at afdække relevante problemstillinger. Endvidere blev der i november afholdt en workshop om emnet, hvor et bredt udvalg af ledere, fagpersoner og interesseorganisationer deltog. Workshoppen var opdelt i perspektivet fra praktiserende læger og perspektivet fra sygehusene.

Til workshoppen blev deltagerne bedt om at bidrage med eksempler på udfordringer og løsningsforslag for de to sektorer i forhold til epikriser. Udfordringerne og løsningerne faldt ind under tre hovedkategorier: IT/teknik, lovgivning og kultur.

Workshoppen blev efterfulgt af en evaluering, hvor deltagerne blev bedt om at prioritere de identificerede problemer og løsningsforslag. Resultaterne af evalueringen blev efterfølgende drøftet på et møde med arbejdsgruppen, som bidrog med anbefalinger til, hvilke områder der skulle arbejdes videre med.

Styrelsen for Patientsikkerhed arbejder i 2017 videre med at forbedre epikriserne og derved bidrage til mere sikre patientovergange mellem sygehus og praktiserende læge.



1.4 DPSD-roadmap

Den 15. marts 2016 trådte en fornyet kontrakt om Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) i kraft. Længden af kontrakten er tidsbestemt, men vil efter en årrække skulle vurderes. Der er tegnet kontrakt med den hidtidige leverandør, CSC Scandihealth, med canadiske RL Solutions som underleverandør. Ved kontraktovergangen var der tale om en videreførelse af det eksisterende system. Der er i kontrakten aftalt, at DPSD indenfor en kortere årrække skal flyttes til eller integreres i et nyere system. Et væsentligt element i dette arbejde er funderet i arbejdet omkring DPSD-roadmap. I månederne op til årsskiftet 2016-2017 har styrelsen haft ugentlige møder med leverandører og underleverandører af DPSD med henblik på at skabe et bedre og mere brugercentreret system. Formålet med møderne er at skabe fælles forståelse for, hvad styrelsen og systemets brugere forventer af nye versioner af systemet og lave en fælles udviklingsplan, et såkaldt roadmap. Arbejdet med patientsikkerhed er i konstant bevægelse, så det er vigtigt at have IT-systemer, der afspejler kulturen og behovet i sundhedsvæsenet.

1.5 Foredrag og undervisning

En af Styrelsen for Patientsikkerheds opgaver er at formidle viden om patientsikkerhed og rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser. I 2016 holdt styrelsen ti oplæg relateret til Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Oplæggene handlede primært om:

- styrelsens organisation, roller, opgaver og ansvar
- lovgivningen om rapporteringsordningen
- risikosituationslægemidler og medicineringsfejl
- læring på baggrund af utilsigtede hændelser.

Styrelsen for Patientsikkerhed deltog også med en stand på folkemødet på Bornholm og holdt oplæg for en udenlandsk delegation om arbejdet med utilsigtede hændelser.

1.6 DPSD Nyhedsbrev

Styrelsen for Patientsikkerhed udgav i 2016 to læringsnyhedsbreve. I nyhedsbreve blev bl.a. pilotprojektet om samlerapportering og det risikobaserede tilsyn beskrevet. Ligeledes oplyste styrelsen om problematikker med vaccineforvekslinger i børne-vaccinationsprogrammet. Styrelsen for Patientsikkerhed gjorde også opmærksom på, hvad data om utilsigtede hændelser kan og skal bruges til. Det blev påpeget, at utilsigtede hændelser ikke kan føre til specifikke tilsyn med hverken enkeltpersoner eller organisationer.

Nyhedsbrevene kan hentes og læses ved at klikke på billederne eller på [styrelsens hjemmeside](#).



1.7 Risikosituationslægemidler

Hvert år udsender Styrelsen for Patientsikkerhed en liste over risikosituationslægemidler. Listen udarbejdes i samarbejde med Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet, som har repræsentanter med klinisk-farmakologisk viden om lægemidler, praktisk erfaring med medicinering og viden om medicineringsfejl.

Listen blev første gang udgivet i 2011 af Lægemiddelstyrelsen. Formålet med listen er at identificere de lægemidler, der udgør en særlig risiko for patienterne, på baggrund af forebyggelige, lægemiddelrelaterede utilsigtede hændelser fra DPSD.

Den nyeste liste over risikosituationslægemidler kan findes på [styrelsens hjemmeside](#).

1.8 Ny pjece til almen praksis og ny film om UTH

I efteråret 2016 udgav Styrelsen for Patientsikkerhed en pjece om rapportering af utilsigtede hændelser fra praksissektoren. Formålet var at udbrede kendskabet til, hvordan vi kan lære af hændelserne og bedre patientsikkerheden.

Styrelsen for Patientsikkerhed og de fem regioner har også udgivet [en film](#) om rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser. Filmen har til formål at vise, hvordan arbejdet med hændelserne skaber læring og bedre patientsikkerhed.

1.9 Lift og løftesejl

Styrelsen for Patientsikkerhed udsendte i foråret en OBS-meddelelse om risici ved brug af lift og løftesejl. Styrelsen har modtaget flere utilsigtede hændelser, hvor patienter havde været i risiko for skade eller havde pådraget sig skade pga. uheld med lift eller løftesejl. Også sundhedspersonale kan risikere at pådrage sig



arbejdsskader ved fx uhensigtsmæssige løft. Der gøres opmærksom på, at lift og løftesejl skal være monteret korrekt og kun anvendes med det udstyr, som de er produceret til.

1.10 Medicinske plastre

Som beskrevet i årsberetningen fra 2015 har Styrelsen for Patientsikkerhed set et højt antal af utilsigtede hændelser med medicinske plastre. Derfor valgte styrelsen og FOA i marts at komme med en udmelding, da fejlene kan have alvorlige konsekvenser for patienterne.

Styrelsen for Patientsikkerhed og FOA udgav i fællesskab en artikel, hvori det bl.a. er beskrevet, hvordan utilsigtede hændelser med medicinske plastre kan forebygges. Artiklen kan læses i fuld længde på [FOA's hjemmeside](#).



2 Styrelsens arbejde med rapporter om utilsigtede hændelser

2.1 Samarbejde med Lægemiddelstyrelsen m.fl.

Styrelsen for Patientsikkerhed har en samarbejdsaftale med Lægemiddelstyrelsen om systematisk udveksling af viden om bivirkninger, der opstår på grund af medicineringsfejl. I 2016 leverede styrelsen blandt andet materiale til en tværgående analyse af indberettede formodede bivirkninger og rapporterede utilsigtede hændelser i forbindelse med forveksling af MFR- og HPV-vaccinerne, se [Nyt om bivirkninger, september 2016](#). Data om forvekslinger af vacciner i børnevaccinationsprogrammet blev ligeledes sendt til Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen.

Styrelsen leverede materiale til en tværgående analyse af indberettede formodede bivirkninger og rapporterede utilsigtede hændelser af interaktioner mellem Marevan og Brentan oral-gel, som findes i [Nyt om bivirkninger, februar 2016](#). Da der efterfølgende stadig indkom hændelser blev interaktionen også omtalt i [Månedssbladet Rationel Farmakoterapi, juni 2016](#).

Som supplement til Lægemiddelstyrelsens fokus på biologiske og biosimilære lægemidler, har styrelsen en løbende overvågning i DPSD af utilsigtede hændelser med disse produkter. På den baggrund blev viden fra rapporteringssystemet formidlet i [Nyt om Bivirkninger, november 2016](#). Det drejede sig om manglende videregivelse af information til rette sundhedspersoner om, at Benepali ikke må anvendes til børn under 18 år.

Styrelsen videregav også anden information om problemstillinger og forvekslinger i forbindelse med lægemidler. I 2016 har styrelsen fx leveret materiale til Lægemiddelstyrelsen om off-label brug af Quetiapin til børn, over- eller underdosering med Methotrexat i forfyldte sprøjter og om hyponatriæmi ved brug af IV-væsker.

2.2 Partnerskaber og forskerservice

Viden fra rapporterede utilsigtede hændelser skal gøre størst mulig nytte. Det gøres bl.a. ved at tilbyde forskere og fx master- og ph.d.-studerende adgang til data. Herudover indgår styrelsen partnerskaber med forskellige aktører. Ved disse partnerskaber er det ansatte i styrelsen, der analyserer hændelserne og sender resumé til modtageren. Ved forskerservice laves dataudtræk af Styrelsen for Patientsikkerhed, mens selve analysen foretages af forskere. Analyserne af utilsigtede hændelser skal foregå i Styrelsen for Patientsikkerheds lokaler af hensyn til beskyttelsen af data.

Styrelsen for Patientsikkerhed har i 2016 haft følgende partnerskaber og forskerservice i forhold til data fra DPSD:

- Dansk Lægemiddel Information A/S (DLI): Der er et kontinuerligt og formaliseret samarbejde for at sikre, at viden om alle lægemidler på listen over risikosituationslægemidler bliver delt på pro.medicin.dk.

- Pharmakon: På baggrund af DPSD-data blev rapporten [Utilsigtede hændelser ved sektorovergang rapporteret fra apoteker](#) publiceret i maj 2016. Pharmakon præsenterede projektet på *Nordic Conference on Research in Patient Safety and Quality in Healthcare* samme måned.

Derudover har Styrelsen for Patientsikkerhed også leveret data til fx:

- Apotekerforeningen: dataudtræk om utilsigtede hændelser på apoteksområdet fx om Pradaxa®
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed: dataudtræk om utilsigtede hændelser i kommunerne
- Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS): dataudtræk om medicinsk behandling af aldersrelateret makuladegeneration, diabetisk makulødem og retinal venetrombose samt medicinsk behandling af modermærkekræft
- Professionshøjskolen UCC: dataudtræk i forbindelse med rapportering af utilsigtede hændelser fra patienter, pårørende og fagpersoner.

2.3 Patientsikkerhedsrapporten – bidrag fra sundhedsvæsenet 2016

Regioner, kommuner og privathospitaler skal jf. *Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v.* sende oplysninger om analyser, opfølgingsplaner og handleplaner på baggrund af rapporterede utilsigtede hændelser, når Styrelsen for Patientsikkerhed anmoder om det. Styrelsen for Patientsikkerhed anmodede regioner, kommuner og privathospitaler om oplysningerne i oktober. De indhentede oplysninger er efterfølgende samlet i rapporten *Patientsikkerhedsrapporten – bidrag fra sundhedsvæsenet 2016*. Den er tænkt som et elektronisk opslagsværk, hvor det er muligt for sundhedspersoner at søge viden og inspiration til indsatsområder og forbedringsinitiativer. Rapporten viser blandt andet, at kommunerne i 2016 har arbejdet meget målrettet på at blive bedre til at håndtere medicin, fx gennem en øget brug af e-læring. Størstedelen af de 98 kommuner har også arbejdet med forebyggelse af tryksår, infektioner og fald. På tværs af regioner og kommuner har der været stor opmærksomhed på bedre brug af fælles medicinkort (FMK) og på at indlægge og udskrive patienterne på en sikker måde.

3 Råd og udvalg

3.1 Strategisk følgegruppe for det risikobaserede tilsyn og Nationalt Forum

I juni 2016 blev det i Folketinget vedtaget, at tilsynet med sundhedsvæsenet fremover skal være risikobaseret, så ressourcerne sættes ind, hvor de største risici for patienterne er. I den forbindelse har Styrelsen for Patientsikkerhed oprettet en strategisk følgegruppe for det risikobaserede tilsyn. Følgegruppen skal indgå i drøftelsen af risikoområder, herunder bidrage med inputs til og udvælge temaer for det risikobaserede tilsyn.

I forbindelse med oprettelsen af den strategiske følgegruppe for det risikobaserede tilsyn, blev Nationalt Forum nedlagt, da der var et overlap mellem de to foras opgaver og medlemmer.

3.2 Fagligt Forum

Det er Fagligt Forums opgave at bistå Styrelsen for Patientsikkerhed med faglig sparring om fx læringsaktiviteter og relevante patientsikkerhedsemner.

I 2016 blev der afholdt tre møder i forummet. Til møderne blev bl.a. udfordringer ved nyt sygehusbyggeri og FMK-problematikker drøftet. I forbindelse med FMK-problematikkerne leverede Styrelsen for Patientsikkerhed også data til Sundhedsdatastyrelsen.

Under Fagligt Forum blev der nedsat en arbejdsgruppe, som har samarbejdet med styrelsen om epikriser med det formål at identificere udfordringer og forbedringsmuligheder.

3.3 Driftsgruppen

Driftsgruppen er det tekniske forum for DPSD hos Styrelsen for Patientsikkerhed. I gruppen bliver der samarbejdet med brugerne om drift og udvikling af DPSD mv. I gruppen er der repræsentanter fra kommuner, regioner, Kommunernes Landsforening, Danske Regioner, Sundhedsdatastyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed.

I 2016 afholdt driftsgruppen tre møder, hvor bl.a. lokationsopslag i DPSD, brugerstatus og dataejerskab blev drøftet. Driftsgruppens medlemmer har udover den egentlige mødeaktivitet i 2016 været en væsentlig part i udredningen og løsningen af nogle væsentlige problemstillinger vedrørende lokationsopslaget og time-out, som gør, at brugeren smides af.

3.4 Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet

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

Der blev i 2016 afholdt to møder i udvalget. Blandt emnerne var:

- nye advarsler til risikosituationslægemiddelslisten på baggrund af nye utilsigtede hændelser
- interaktioner mellem warfarin og azoler
- generelle problematikker ved brugen af warfarin
- manglende eller ukorrekt mærkning af sprøjter og infusionsposer
- restordrer og patientsikkerhed

- om manglende behandling skal inkluderes på listen over risikosituationslægemidler
- om primærsektoren bedre kan inkluderes på listen over risikosituationslægemidler.

Som opfølgning på møderne har styrelsen udgivet artikler, afholdt dialogmøder med relevante aktører og faciliteret netværksaktiviteter.

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, Dansk Selskab for Almen Medicin, Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed. Udvalget blev i 2016 udvidet med hhv. én repræsentant fra Sundhedsstyrelsen og én fra Styrelsen for Patientsikkerhed.

4 Internationalt samarbejde

4.1 The International Medication Safety Network

Styrelsen for Patientsikkerhed er medlem af The International Medication Safety Network (IMSN), der er et internationalt interessenetværk. Formålet med netværket er primært at fremme udviklingen af rapporteringssystemer til indsamling af medicineringsfejl og bidrage til international erfaringsudveksling, så sikkerheden i medicineringspraksis øges.

I oktober deltog styrelsen i det årlige møde i *The International Medication Safety Network* i Toronto. Styrelsen præsenterede DPSD og risikosituationslægemiddellisten. Derudover deltog styrelsen i en paneldebat om overvågning af bivirkninger og medicineringsfejl, bl.a. fordele og udfordringer ved henholdsvis integrerede og separate rapporteringssystemer.

4.2 WHO-møde i Firenze

Styrelsen for Patientsikkerhed deltog i WHO-mødet "*Setting Priorities for Global Patient Safety*". Deltagere var patientsikkerhedseksperter fra 30 lande, som præsenterede indsatser og forskning fra forskellige dele af verden. Det overordnede formål med mødet var at identificere og prioritere indsatsområder for det globale patientsikkerhedsarbejde for de næste 5-10 år. På mødet blev det drøftet, hvordan indsatsområder og ideer vil kunne bidrage til initiering af en WHO-vidensdelingsplatform for patientsikkerhed med *best practice* og råd til, hvordan man bedst uddrager læring fra utilsigtede hændelser. Mødets hensigt var at understøtte netværksdannelse med henblik på udveksling af idéer om arbejdet med patientsikkerhed mellem institutioner og lande.

4.3 WHO Global Patient Safety Challenge – Medication Safety

Styrelsen for Patientsikkerhed var repræsenteret ved WHO's arbejdsgruppemøde *WHO Global Patient Safety Challenge – Medication Safety* i Geneve 22.-24. august 2016.

Formålet med mødet var at skabe engagement hos WHO's medlemsstater og faglige organisationer rundt om i verden med henblik på at reducere skader relateret til lægemidler. *WHO Global Patient Safety Challenge – Medication Safety* er én af de udfordringer, som WHO har udpeget. Tidligere har *Clean Care is Safer Care* (2005) og *Safe Surgery* (2008) været udfordringer i fokus.

På mødet blev den aktuelle status for forebyggelse af medicineringsfejl og identifikation af problematikker i medicineringsprocessen gennemgået. Derudover blev det også drøftet, hvordan WHO bedst kan forbedre medicinsikkerhed i medlemslandene.

5 Udvikling i rapporteringer

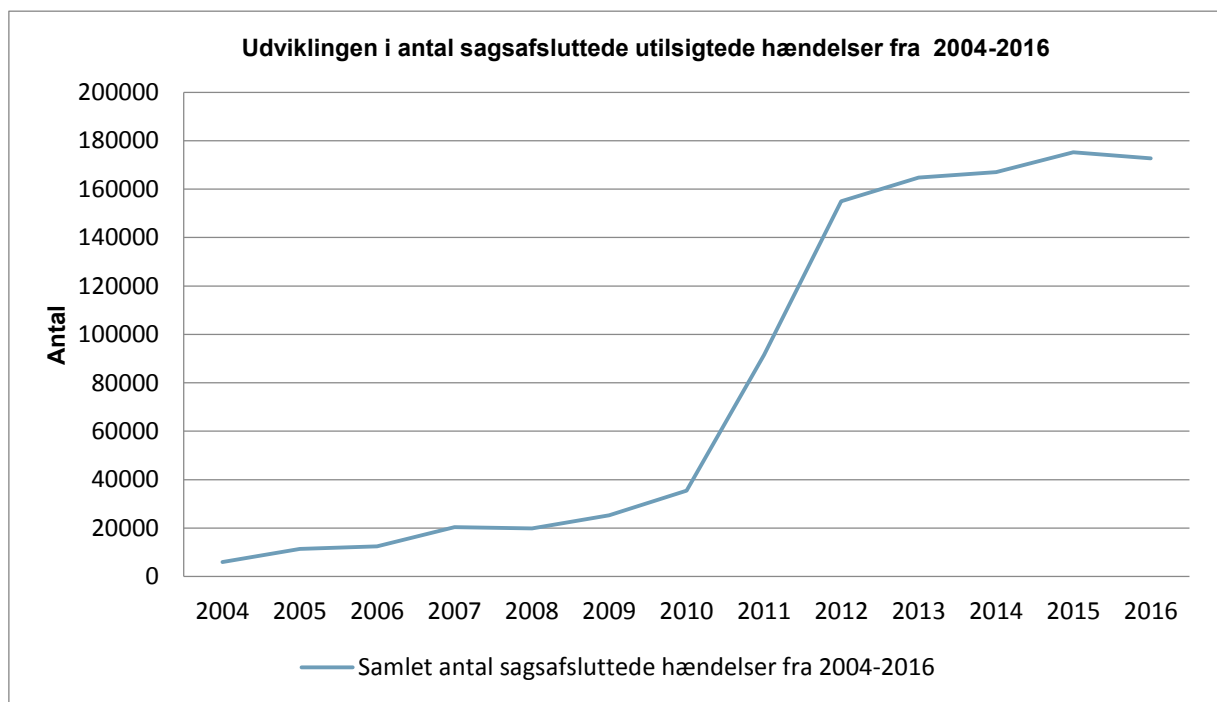
Denne del af årsberetningen indeholder opgørelser fra DPSD om udviklinger og mønstre i utilsigtede hændelser fra 2016.

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

5.1 Rapporteringer til DPSD

I 2016 blev der rapporteret 189.467 utilsigtede hændelser til DPSD, og 172.708 hændelser blev sagsafsluttet.¹ Tilsvarende var der 188.405 rapporteringer² i 2015, og 175.243 hændelser, som blev sagsafsluttet. Det totale hændelsesantal er inklusiv samlerapporteringer, som udgør 2000 af utilsigtede hændelser for 2016. Samlerapporteringerne indgår udelukkende i opgørelserne, der ligger til grund for figur 1 og 2.

I figur 1 nedenfor er illustreret udviklingen i antallet af sagsafsluttede utilsigtede hændelser i DPSD siden 2004.



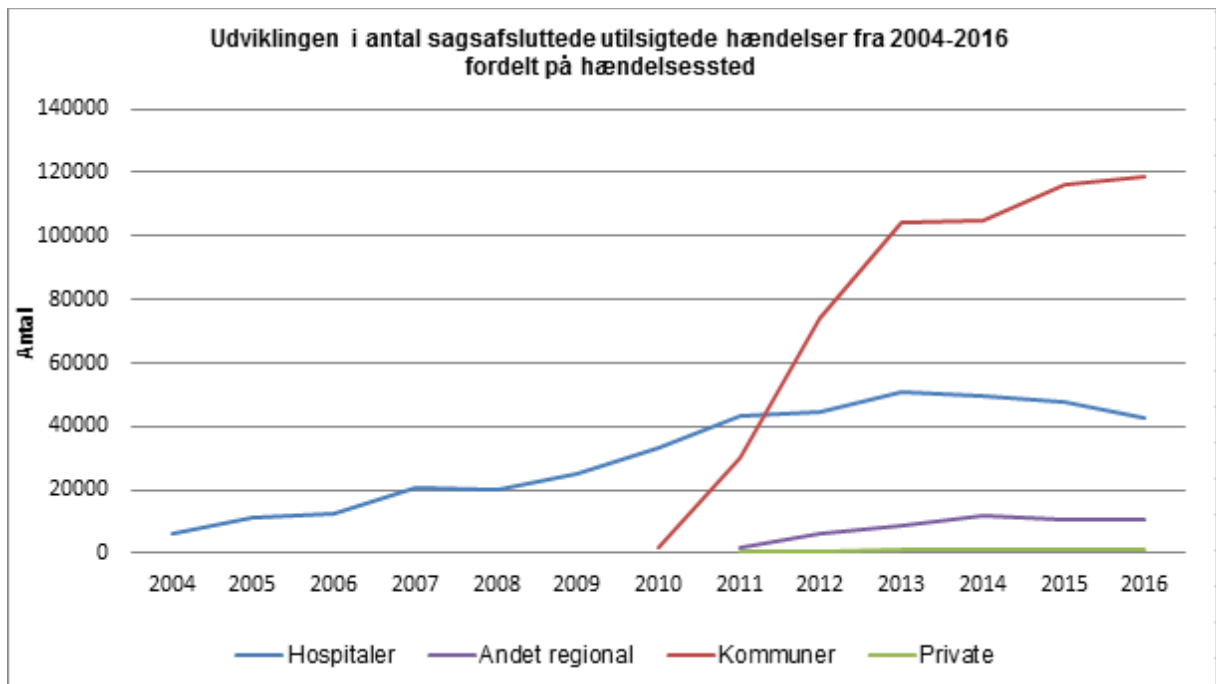
Figur 1. Den samlede udvikling i antal sagsafsluttede utilsigtede hændelser i perioden 2004 til 2016.

¹ En del af de afsluttede sager i 2016 er rapporteret i 2015 eller tidligere. Omvendt er en del af sagerne rapporteret i 2016 ikke afsluttede ved årets udgang.

² Dette tal er justeret siden DPSD årsberetningen 2015

Styrelsen for Patientsikkerhed modtog 2535 færre rapporter i 2016 end i 2015. Faldet skyldes primært færre rapporterede utilsigtede hændelser fra hospitalerne, hvor der siden 2013 har været et mindre fald i antal rapporter.

Figur 2 viser den årlige udvikling af sagsafsluttede utilsigtede hændelser siden 2004 fordelt på hospitaler, andet regionalt (fx almen praksis), kommuner og private som hændelsessted.



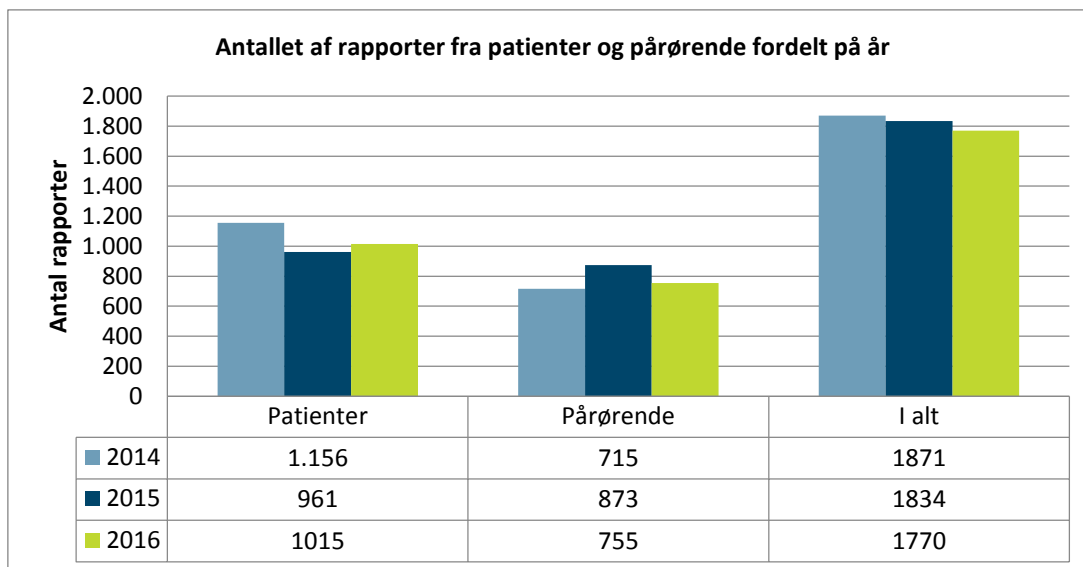
Figur 2. Udviklingen i antal sagsafsluttede utilsigtede hændelser i perioden 2004 til 2016 fordelt på hospitaler, andet regionalt, kommuner og private som hændelsessted.

5.2 Rapporteringer fra patienter og pårørende

I 2016 blev 1770 utilsigtede hændelser fra patienter og pårørende sagsafsluttede. Rapporteringer fra patienter og pårørende udgør 1 procent af alle rapporter, der er sagsafsluttet i 2016.

Rapporteringsmuligheden for patienter og pårørende har eksisteret siden september 2011. Både kommuner og regioner har i flere år haft fokus på at informere patienter og pårørende om muligheden for at rapportere en utilsigtet hændelse. Flere kommuner har oplyst, at de har informeret om rapporteringsordningen på kommunens hjemmeside og ved visitationsbesøg hos borgerne.

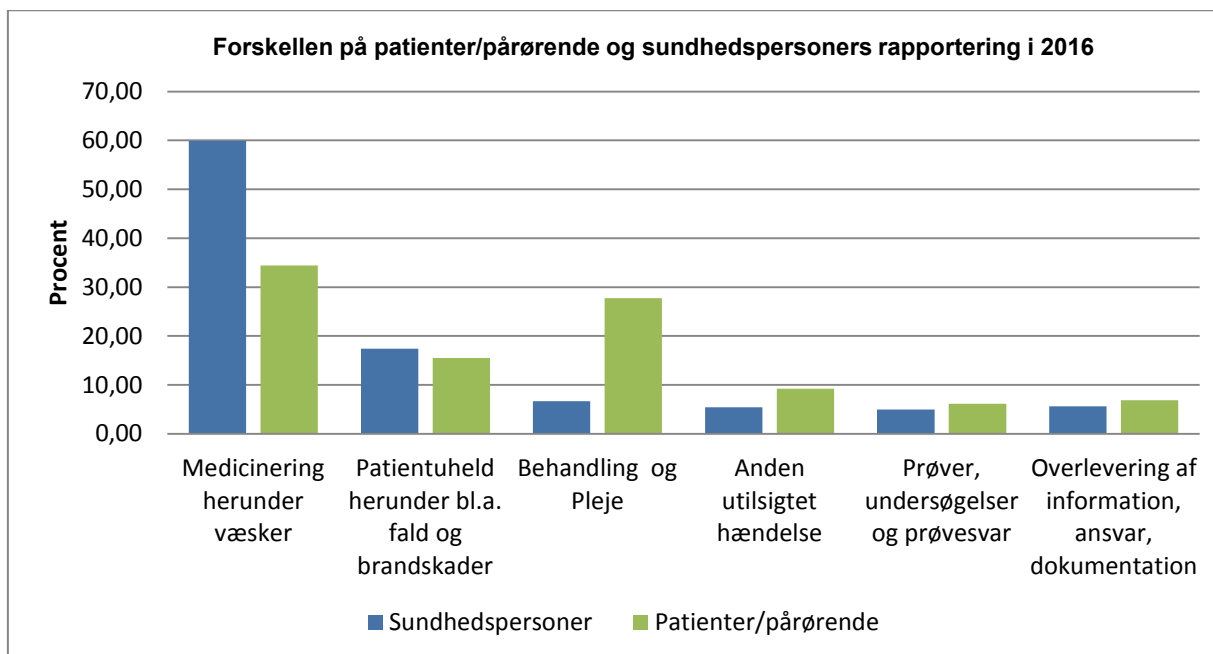
I figur 3 nedenfor ses, at antallet af rapporter fra patienter er steget, mens antallet af rapporter fra pårørende er faldet sammenlignet med 2015. I alt er der et fald i antal rapporterede hændelser fra patienter og pårørende.



Figur 3. Antal rapporter fra patienter og pårørende fordelt på år.

Mønstre i hændelser fra patienter og pårørende

Nedenfor i figur 4 ses, at *medicinering herunder væsker* er den hyppigst anvendte klassifikation af hændelser fra både patienter/pårørende og sundhedspersoner. Dette stemmer overens med tidligere år. Den procentvise fordeling viser, at gruppen af sundhedspersoner hyppigere rapporterer hændelser om medicin end gruppen af patienter og pårørende, der til gengæld rapporterer hyppigere om behandling og pleje. Som illustreret i figur 4 er de tre hyppigst anvendte klassifikationer identiske for sundhedspersoner og patienter/pårørende.



Figur 4. De seks hyppigste DPSD-klassifikationer som patienter/pårørende og sundhedspersoners har anvendt ved rapporteringer. Tallene er baseret på rapporter fra 2016, som er afsluttet og indsendt til DPSD.

5.3 Fordeling af rapporter på hospitaler, andet regionalt, private og kommuner

I dette afsnit er tabeller og figurer inddelt i henholdsvis:

- hospitaler
- andet regionalt
- private
- kommuner.

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

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

Tabel 1. Oversigt over inddeling af sundhedsvæsenet.

Af tabel 2 fremgår det, at der er forskel på fordelingen af hændelsestyperne for hospital, andet regionalt, kommuner og privat. For alle områder undtagen privat udgør *medicinering herunder væsker* den største andel af rapporterede utilsigtede hændelser. På det private område er *patientuheld herunder bl.a fald og brandskader* den hyppigst anvendte klassifikation.

DPSD-klassifikation	Hospital		Andet regionalt		Kommune		Privat	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ambulancer, akutbiler, helikoptere mv.	0	0,0	98	0,9	0	0,0	0	0,0
Anden utilsigtet hændelse	2685	6,3	352	3,3	5241	4,5	76	7,8
Behandling og pleje	5853	13,7	302	2,9	4259	3,7	69	7,1
Blod og blodprodukter	302	0,7	0	-	11	0,0	5	0,5
Gasser og luft	133	0,3	6	0,1	62	0,1	2	0,2
Henvisninger, ind-/udskrivelse og medicinlister	4285	10,0	409	3,9	959	0,8	58	6,0
Infektioner	316	0,7	21	0,2	2452	2,1	1	0,1
IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.	807	1,9	234	2,2	294	0,3	24	2,5
Kirurgisk behandling herunder ECT, anæstesi mv.	786	1,8	38	0,4	26	0,0	28	2,9
Medicinering, herunder væsker	9896	23,1	5108	48,3	75455	64,8	202	20,8
Medicinsk udstyr, hjælpemidler, røntgen mv.	1278	3,0	177	1,7	519	0,4	21	2,2
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	5936	13,9	472	4,5	2055	1,8	112	11,5
Patientidentifikation	1327	3,1	562	5,3	0	0,0	55	5,7
Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader	1857	4,3	248	2,3	24062	20,7	218	22,4
Præhospital behandling	0	0,0	116	1,1	0	0,0		0,0
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	5713	13,3	1568	14,8	171	0,1	84	8,6
Selvskade og selvmord	345	0,8	18	0,2	122	0,1		0,0
Sundhedfaglig visitation, telefonkonsultation	1056	2,5	716	6,8	0	0,0	17	1,7
Teknisk disponering	0	0,0	121	1,1	0	0,0	0	0,0
Ikke udfyldt	222	0,5	6	0,1	678	0,6	1	0,1
Total	42797	100	10572	100	116366	100	973	100

Tabel 2. Antal sagsafsluttede utilsigtede hændelser i 2016 fordelt på DPSD-klassifikation og lokation. De orange felter viser, hvor hændelsesklassifikationen udgør mindst 10 procent.

5.4 Graden af alvorlighed

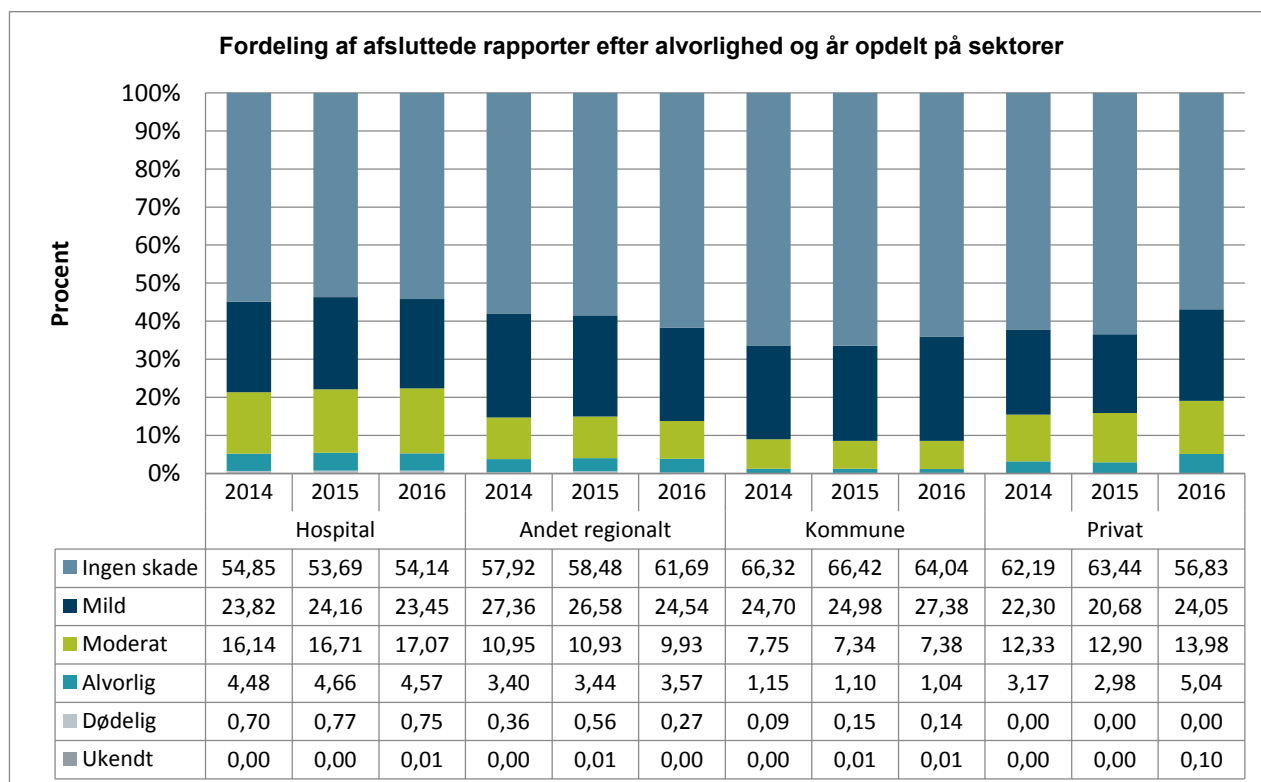
Styrelsen for Patientsikkerhed har undersøgt, hvordan hændelserne fra 2016 blev klassificerede i forhold til alvorligheden. Når en utilsigtet hændelse bliver rapporteret, skal rapportøren angive, hvor alvorlig hændelsen faktisk var for patienten. Når sagsbehandleren bagefter arbejder med sagen, kan denne justere alvorlighedsklassifikationen i hændelsen.

I tabel 3 herunder ses definitionerne for alvorlighedsklassifikationen.

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

Tabel 3. Definitionerne bag alvorlighedsklassifikationen af utilsigtede hændelser.

Figur 5 viser den procentvise fordeling af alvorlighedsklassifikationen sammenlignet på tværs af sektorer. Figur 5 viser, at langt de fleste hændelser klassificeres som *ingen skade* og *mild*. Kun en lille andel af hændelserne bliver klassificeret som *moderate*, *alvorlige* og *dødelige*. Af figuren fremgår det, at der inden for hospital, andet regionalt, kommune og privat kun er små ændringer fra 2015 til 2016.



Figur 5. Tallene er baseret på sager fra 2014, 2015 og 2016, som er sagsafsluttet og indsendt til Styrelsen for Patientsikkerhed.

5.5 Tværsektorielle hændelser

Siden rapporteringsordningen i 2010 blev udvidet, har det været muligt at analysere utilsigtede hændelser på tværs af sundhedssektorerne.

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

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

Hændelsessted	Involveret sted				
	Hospital	Andet regionalt	Kommune	Privat	I alt
Hospital	703	169	929	6	1807
Andet regionalt	93	110	162	1	366
Kommune	239	133	139	1	512
Privat	1	2	0	3	6
I alt	1036	414	1230	11	2691

Tabel 4. Tallene er baseret på sager fra 2016, som er markeret som tværsektorielle hændelser.

Tallene viser, hvordan tværsektorielle hændelser fordeler sig mellem lokationerne. Tabel 4 viser, at der i 2016 blev rapporteret 2691 utilsigtede hændelser markeret som tværsektorielle hændelser.

Mange hændelser bliver opdaget et andet sted end der, hvor de har fundet sted. Dette kan sagsbehandleren markere som *opdagelsessted*. Det ses i tabel 5 herunder, at 13.530 hændelser blev markeret som *opdagelsessted*. Disse hændelser er vigtige, fordi de utilsigtede hændelser først bliver opdaget af næste led i pleje- eller behandlingskæden. Hændelserne kan være usynlige for det sundhedsfaglige område, der er årsag til dem.

Hændelsessted	Opdagelsessted				
	Hospital	Andet regionalt	Kommune	Privat	I alt
Hospital	4773	837	2749	6	8365
Andet regionalt	1654	547	802	3	3006
Kommune	275	122	1720	3	2120
Privat	12	11	8	8	39
I alt	6714	1517	5279	20	13530

Tabel 5. Tallene er baseret på sager fra 2016, som er rapporteret et andet sted end hændelsesstedet.

Det ses i tabel 5, at sundhedspersoner på hospitaler har rapporteret 275 hændelser, hvor hændelsesstedet var en kommune. Omvendt har kommunerne rapporteret 2.749 hændelser, hvor hændelsesstedet var et hospital. Hospitaler har rapporteret 4.773 hændelser, som blev opdaget på en anden afdeling eller et andet hospital.