



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Dansk Patientsikkerhedsdatabase

Årsberetning 2017

Juni 2018

Kolofon

Dansk Patientsikkerhedsdatabase – årsberetning 2017

Udgivet af:

Styrelsen for Patientsikkerhed

Islands Brygge 67

2300 København S

Telefon: 7222 7400

E-post: stps@stps.dk

ISBN (digital): 978-87-93651-26-5

Udgivelsesår: 2018

Indhold

1	Forord	4
1.1	Læringsindsatser	5
1.1.1	Indsats for bedre epikriser	5
1.1.2	Aftaler om undervisningsmateriale til Københavns Professionshøjskole	5
1.1.3	Risikosituationslægemidler	5
1.1.4	Sikker medicinering af ældre med demens	6
1.2	Rapporteringsordningen	6
1.2.1	Samlerapportering – evaluering af pilotprojekt	7
1.2.2	Dansk Patientsikkerhedsdatabase – DPSD	8
1.2.3	Møder med regionerne om rapporteringspligt	8
1.2.4	Aktindsigtsanmodninger	9
1.3	Øvrige kommunikations-, formidlings- og presseaktiviteter på baggrund af viden fra DPSD9	
2	Styrelsens arbejde med rapporter om utilsigtede hændelser	11
2.1	Samarbejde med Lægemiddelstyrelsen m.fl.	11
2.2	Partnerskaber og forskerservice	11
2.3	Patientsikkerhedsrapporten – bidrag fra sundhedsvæsenet 2017	12
3	Råd og udvalg	13
3.1	Fagligt Forum	13
3.2	Driftsgruppen	13
3.3	Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet	14
4	Internationalt samarbejde	15
4.1	The International Medication Safety Network	15
4.2	The WHO Global Patient Safety Challenge – ‘Medication without Harm’	15
4.3	Patientsikkerhed i Slovenien	16
4.4	Samarbejde med Storbritannien	16
4.5	Besøg fra Polen	16
4.6	Besøg fra Sverige	17
4.7	DPSD-opstartsprojekt på Færøerne	17
5	Udvikling i rapporter	18
5.1	Rapporter til DPSD	18
5.2	Rapporter fra patienter og pårørende	19
5.3	Fordeling af rapporter på hospitaler, andet regionalt, private og kommuner	20
5.4	Graden af alvorlighed	23

5.5	Utilsigtede hændelser i patientovergange	24
6	Bilag	25
	Bilag 1 Kommunikation og formidling 2017 – OBS-meddelelser, nyheder, artikler og andre typer af publikationer	25
	Bilag 2 Foredrag og undervisning 2017	27
	Bilag 3 Partnerskab, samarbejder og forskerservice 2017	29

1 Forord

Utilsigtede hændelser rapporteret til Dansk Patientsikkerhedsdatabase er en vigtig kilde til viden om, hvor i sundhedsvæsenet, der kan opstå risiko for patientsikkerheden. Rapporteringsordningen giver dermed også værdifuld viden til patientsikkerhedsarbejdet både lokalt og på nationalt niveau.

Årsberetningen for Dansk Patientsikkerhedsdatabase viser en lille stigende tendens i antallet af rapporterede hændelser i 2017. Det vidner om, at de sundhedsprofessionelle tager deres rapporteringspligt alvorligt, og at der er et stærkt fokus på at arbejde med patientsikkerhed i både regioner og kommuner.

Årsberetningen viser desuden, at et stigende antal patienter har fået øjnene op for muligheden for at rapportere en utilsigtet hændelse og derved yde et vigtigt bidrag til arbejdet med patientsikkerhed.

Styrelsens læringsindsats, som sker på baggrund af data fra mange kilder, har et stort fokus på at inddrage interessenter fra hele sundhedsvæsenet. Den viden, der opnås herigennem, formidler styrelsen til de klinikere, der kan bringe den i anvendelse, eller til de typer af behandlingssteder, vi ved har høj sandsynlighed for at løbe ind i risikoområdet, så læringen kan viderebringes og anvendes bedst muligt til gavn for patientsikkerheden.

Styrelsen styrkede i 2017 dialogen og samarbejdet med regioner og kommuner. Det, oplever vi, har givet øget synergi i arbejdet med at styrke patientsikkerheden. Igennem Fagligt Forum, som har til opgave at bistå Styrelsen for Patientsikkerhed med faglig sparring omkring læringsaktiviteter, får vi information om, hvilke indsatser der foregår derude, og input til, hvordan det statslige niveau bedst faciliterer og supplerer, hvor det enkelte behandlingssted, den enkelte kommune eller region ikke kan komme videre på egen hånd, men hvor en stærk central partner kan være med til at rydde vejen frem. Fagligt Forum har repræsentanter for regioner, kommuner, almen praksis, praktiserende speciallæger, patienter, private sygehuse, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed. Et af de emner, som er født ud af det lokale arbejde med UTH'er, men som får en national overbygning, er epikriseområdet. Her lagde vi i 2017 et stort arbejde bag linjerne, og effekterne vil drypvist blive synlige for klinikerne i løbet af 2018 og 2019, hvor bl.a. epikriseskabelonen vil ændre sig, og hvor en ny vejledning vil bidrage til et øget fokus på at afmontere risici forbundet med denne type patientovergang.

I 2017 fortsatte styrelsen også arbejdet med at udvikle rapporteringsordningens tekniske platform, DPSD, for at øge stabiliteten og brugervenlighed. I den proces hører og inddrager vi brugerne mest muligt. Det skete blandt andet, da styrelsen i marts måned havde de canadiske udviklere på besøg. Udviklerne fik mulighed for tæt dialog med brugere af rapporteringsordningen fra hele landet. Brugerrepræsentanterne – de sundhedsprofessionelle – gav et værdifuldt input til udviklerne om, hvordan vi arbejder med patientsikkerhed i Danmark, og hvordan dette skal reflekteres i udviklingen af systemet.

Anne-Marie Vangsted
Direktør
Styrelsen for Patientsikkerhed

1.1 Læringsindsatser

Styrelsens arbejde med læringsindsatser sker på baggrund af data fra mange kilder, og med et stort fokus på at inddrage interessenter. Dette arbejde omfatter en række projekter og samarbejder med relevante parter i sundhedsvæsenet, faglige organisationer, patientforeninger, uddannelsesinstitutioner mv. I de følgende afsnit er en række af disse projekter og samarbejder beskrevet.

1.1.1 Indsats for bedre epikriser

Styrelsen for Patientsikkerhed fortsatte i 2017 arbejdet for bedre og mere patientsikre epikriser, som blev indledt i 2016. I 2017 arbejdede styrelsen fortsat på at afdække så mange problemstillinger og kliniske perspektiver på epikriser som muligt, med henblik på at fremtidens epikriser giver et bedre grundlag for et sammenhængende patientforløb. Styrelsens afdækning af problemområder spillede direkte ind i den overenskomstaftale, som blev indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og PLO 14. september 2017. I aftalen blev Styrelsen for Patientsikkerhed udpeget som formand for en gruppe, der skal arbejde videre med en styrket opfølgning i patientovergange. Dette placerer styrelsen centralt i et arbejde, der kræver bidrag fra og koordinering af mange forskellige aktører. De første konkrete forbedringer forventes at træde i kraft i 2. halvår 2018.

1.1.2 Aftaler om undervisningsmateriale til Københavns Professionshøjskole

Syv grupper af lægemidler er af Styrelsen for Patientsikkerhed i samarbejde med Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet (DRUM) udpeget som nogle, der kræver ekstra opmærksomhed. Disse grupper er skyld i en stor andel af de alvorlige fejl, der bliver begået med medicin. Viden om de syv lægemiddelgrupper er derfor en vigtig forudsætning for at forebygge fejl. På den baggrund indledte Styrelsen for Patientsikkerhed i 2017 et samarbejde med sygeplejerskeuddannelsen på Københavns Professionshøjskole. Styrelsen bidrager til farmakologiundervisningen med konkrete cases baseret på hændelser indsendt til DPSD i et forsøg på at gøre undervisningen mere praksisnær.

De cases, som Styrelsen for Patientsikkerhed leverer til Københavns Professionshøjskole, vil i takt med, at de overleveres til professionshøjskolen, blive tilgængelige på styrelsens hjemmeside, så andre uddannelsesinstitutioner også kan få gavn af dem. Derudover vil Styrelsen for Patientsikkerhed i 2018 gå i dialog med de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser. Formålet er at afdække om et egentligt undervisningsmateriale baseret på viden om risikosituationslægemidler, udtaget af utilsigtede hændelser rapporteret til Dansk Patientsikkerhedsdatabase, kunne være relevant i farmakologiundervisningen af fx SOSU-assistenten og bioanalytikere.

1.1.3 Risikosituationslægemidler

Hvert år udsender Styrelsen for Patientsikkerhed en national liste over risikosituationslægemidler. Listen udarbejdes i samarbejde med Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet (DRUM), 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 www.stps.dk.

Med baggrund i listen over risikosituationslægemidler har Styrelsen for Patientsikkerhed i samarbejde med Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet (DRUM) udpeget grupper af lægemidler, som kræver ekstra opmærksomhed, da disse er skyld i en meget stor andel af de alvorlige fejl, der bliver begået med medicin. Styrelsen har udarbejdet huskelister og en pjece med forslag til sikkerhedsforanstaltninger, som kan tjene til generel inspiration og støtte i det daglige arbejde med patientsikkerhed på behandlingssteder og i plejeeenheder. Huskelister og pjece kan findes på styrelsens hjemmeside www.stps.dk. Styrelsen forsøger desuden at formidle viden om denne vigtige gruppe af lægemidler, blandt andet gennem udarbejdelse af læringsmateriale og artikler i fagblade.

Pro.medicin.dk og Styrelsen for Patientsikkerhed samarbejder om listen over risikosituationslægemidler, så advarsler om typiske alvorlige fejl, pro.medicin.dk har på nogle lægemidler, svarer til de lægemidler, som er med på den nationale liste.

1.1.4 Sikker medicinering af ældre med demens

Den nationale demenshandlingsplan 2025 blev lanceret i januar 2017 og har til formål at forbedre forholdene for personer med demens i Danmark. Handlingsplanen indeholder i alt 23 initiativer. Styrelsen for Patientsikkerhed bidrager til initiativ 5, der handler om at nedbringe forbruget af antipsykotika til personer med demens.

I november 2017 blev der afholdt to workshops, hvor læger og myndighedspersoner var inviteret. På workshoppen blev deltagerne informeret om indholdet af relevante vejledninger og deltog i dialog- og case-baseret undervisning med fokus på korrekt medicinering af ældre med demens.



I forbindelse med de to workshops modtog Styrelsen for Patientsikkerhed flere input fra lægerne til, hvordan styrelsen fremover kan understøtte en sikker medicinering af ældre med demens.

Styrelsen for Patientsikkerhed arbejder i 2018 videre på flere læringstiltag, blandt andet udvikling af læringsmateriale om antipsykotisk medicin til plejehjems personale.

1.2 Rapporteringsordningen

Siden 1. januar 2004 har sundhedspersoner på offentlige sygehuse haft pligt til at rapportere utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Rapporteringsordningen blev udvidet i september 2010, så den også omfatter praksissektoren, apotekersektoren, det præhospitale område og den

kommunale sundhedssektor. Patienter og pårørende har kunnet rapportere på frivillig basis siden 1. september 2011.

Rapporteringsordningen er fortrolig og ikke-sanktionerende. Det betyder bl.a., at viden om rapportøren kun må gives videre til få udvalgte personer, som arbejder med patientsikkerhed i den region, kommune eller lignende, hvor hændelsen er blevet rapporteret, og at hændelserne anonymiseres, inden de afsluttes og sendes til Styrelsen for Patientsikkerhed. Formålet er at skabe tillid til ordningen og tilskynde, at hændelser bliver rapporteret, så der drages læring af forebyggelige fejl. Styrelsen arbejder løbende på at udvikle rapporteringsordningen, herunder den tekniske platform. Læs mere om dette arbejde i de følgende afsnit.

1.2.1 Samlerapportering – evaluering af pilotprojekt

Pilotprojektet "Samlerapportering" blev igangsat af Styrelsen for Patientsikkerhed 1. november 2016 og afsluttet 30. april 2017. Samlerapportering er en ny metode, hvor udvalgte utilsigtede hændelser registreres med nogle få kryds på et papirskema, for derefter at blive rapporteret ind til Dansk Patientsikkerhedsdatabase på en let og overskuelig måde. Utilsigtede hændelser, hvor patienten ikke havde fået den planlagte medicin eller var faldet, repræsenterede over halvdelen af rapporterede hændelser fra kommunerne. Disse hændelser indgik i pilotprojektet, hvis hændelserne ikke havde medført skade eller mild skade.



Pilotprojektets formål var at undersøge, om samlerapportering kan være en metode, som gør det nemmere for sundhedsfagligt personale i kommunerne at rapportere utilsigtede hændelser, frigive tid til patientsikkerhedsarbejdet, skabe kortere læringsloops og give et bedre fælles overblik over fejl hos personalet.

Evalueringen af pilotprojektet bestod af tre delelementer:

1. baselinemåling og afsluttende måling af data i DPSD
2. baseline- og afsluttende spørgeskemaundersøgelse til henholdsvis medarbejdere og projektledere
3. afsluttende gruppe- og plenuminterviews med projektledere fra de 10 kommuner i pilotprojektet.

Evalueringen viser, at samlerapportering sparer tid og øger synligheden af og bevidstheden om utilsigtede hændelser. Medarbejderne kan ud fra registreringsskemaet danne sig et hurtigt overblik, så forebyggende tiltag kan påbegyndes hurtigt. Det er tydeligt at se, at samlerapportering får medarbejderne til at rapportere mange flere utilsigtede hændelser. I pilotperioden har de ti deltagende kommuner rapporteret op til 300 % flere utilsigtede hændelser.

Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at en national implementering af samlerapporteringsmetoden vil kunne løfte patientsikkerhedskulturen i det kommunale sundhedsvæsen.

[Link til Evalueringsrapporten på styrelsens hjemmeside](#)

1.2.2 Dansk Patientsikkerhedsdatabase – DPSD

Driftsnyheder

Da der sker en del forbedringer i DPSD, som vi gerne vil have, at brugerne kender til, har styrelsen oprettet en side, hvor man kan læse driftsnyheder om Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). Her kan man finde informationer om opdateringer og nye funktioner til DPSD.

[Link til side med driftsnyheder på styrelsens hjemmeside](#)

Nyt rapportcenter

Som planlagt blev der udviklet og implementeret et nyt og hurtigere rapportmodul til DPSD. Det nye rapportmodul er et led i den langsigtede plan om at opdatere systemet, og udviklingsarbejdet følger tidsplanen. Yderligere detaljer om det nye rapportcenter kan læses på driftsnyhederne

<https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/laering/rapporteringsordningen-for-utilsigtede-haendelser/sagsbehandlersupport/driftsnyheder/dpsd-faar-nyt-rapportcenter/>



Dialog mellem brugere af DPSD og de canadiske udviklere – marts 2017

DPSD videovejledninger

Der er udviklet videovejledninger til DPSD, hvor alle centrale funktioner beskrives. Vejledningerne tager udgangspunkt i de mest brugte funktioner i DPSD, og videoerne er blevet testet med sundhedsprofessionelle og rettet til, før de blev udgivet. Videoerne var et stort ønske fra DPSD-driftsgruppen, og arbejdet lå færdigt 8. november 2017. Videoerne går i dybden med eksempler i DPSD, der omhandler fx sagsbehandling og opsætning af rapporter. Alle videovejledninger kan findes på <https://vimeo.com/dpsd/albums>.

Indskærpelse af faktuel skade

Styrelsen blev gjort opmærksom på, at alvorlighedsregistreringen på hændelser ikke altid stemte overens med beskrivelsen af konsekvensen. Årsagen kunne bl.a. være, at teksten på rapporteringsformularen ikke tydeliggjorde, at alvorligheden skal registreres som den reelle skade på patienten. Den gamle beskrivelse var "Hvor alvorlig var hændelsen?" og den nye er "Alvorlighed – hvad var den reelle skade på patienten?"

1.2.3 Møder med regionerne om rapporteringspligt

I foråret tog Styrelsen for Patientsikkerhed en rundtur til de fem regioner for at drøfte rapporteringspligtens niveau med klinikere, risikomanagere og ledere på kvalitets- og forbedringsområdet. Baggrunden for besøget var en anbefaling i serviceeftersynet af rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser om at undersøge balancen mellem rapportering og den læring, der kommer ud af rappor-

teringen. Formålet var desuden at se på, om der var behov for en ændring af rapporteringspligten. I efteråret 2017 briefede Styrelsen for Patientsikkerhed kredsen af sundhedsdirektører i regi af Danske Regioner om resultatet fra besøgene og behovet for en nærmere afklaring. Her var der opbakning til at arbejde videre med kortlægning og afprøvning af nye rapporteringsformer og niveauer for rapporteringspligtens omfang. Dette arbejde er fortsat i gang mellem de fem regioner og Styrelsen for Patientsikkerhed.

1.2.4 Aktindsigtsanmodninger

Styrelsen for Patientsikkerhed modtager årligt et stort antal aktindsigtsanmodninger i forhold til Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Der er i lovgivningen om rapporteringssystemet fastsat en særlig tavshedspligtsbestemmelse, der er af betydning for vurderingen af disse aktindsigtsanmodninger. Det er således et krav i rapporteringssystemet, at oplysninger om enkeltpersoner er fortrolige.

Styrelsen informerer derfor i forbindelse med dialogen med journalisterne om, hvad data kan og særligt ikke kan bruges til, og samtidig hvad der er teknisk muligt i systemet.

For at imødekomme nogle af de juridiske udfordringer, som kommuner og regioner erfaringsmæssigt støder på, samarbejdede styrelsen i 2017 med kammeradvokaten om at udarbejde en guide til disse myndigheder.

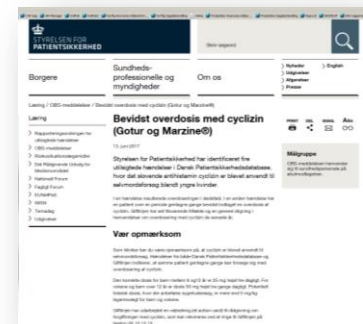
1.3 Øvrige kommunikations-, formidlings- og presseaktiviteter på baggrund af viden fra DPSD

En af Styrelsen for Patientsikkerheds opgaver er at formidle viden om patientsikkerhed og rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser til forskellige målgrupper. Formidlingen foregår ad mange forskellige kanaler og i forskellige formater - herunder:

- OBS-meddelelser (se eksempel til højre)
- Faglige nyheder
- Nyhedsbrev
- Hjemmeside
- Pjecer, faktaark, flyers

Styrelsens formidling affødte i løbet af 2017 en række artikler og notitser i forskellige fagblade og nyhedsbreve - fx FOA Bladet, Kommunal Sundhed, Dagens Medicin, Ugeskrift for Læger, Sygeplejersken, m.fl. I denne rapport's bilag 1 findes en samlet oversigt over disse artikler og andre publikationer i 2017.

Styrelsen deltog i 2017 i en række events for såvel den brede offentlighed som for udvalgte grupper af sundhedsprofessionelle. Til eksempel kan nævnes styrelsens stand ved Folkemødet på Bornholm i juni 2017 og i november en stand ved Lægedage i Bella Center. Ved begge lejligheder blev der formidlet viden relateret til DPSD.



I 2017 holdt styrelsen også en række oplæg relateret til Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Oplæggene handlede primært om:

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

I bilag 2 findes en oversigt over de foredrag og den undervisning, styrelsens medarbejdere har deltaget i i 2017.

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 2017 leverede styrelsen blandt andet materiale til en analyse af formodet misbrug blandt patienter med spiseforstyrrelser af laksantia, hændelser om overfølsomhedsreaktioner ved brug af jerndextraner og bivirkninger på sundhedspersonale, der har administreret Qutenza.

Styrelsen leverede desuden materiale til en tværgående analyse af indberettede formodede bivirkninger og rapporterede utilsigtede hændelser af interaktioner mellem Marevan og Brentan oral-gel. Samarbejdet afstedkom i februar 2017 en ændring til Interaktionsdatabasen, som er omtalt i *Nyt om bivirkninger*, februar 2017.

Som supplement til Lægemiddelstyrelsens fokus på biologiske og biosimilære lægemidler har Styrelsen for Patientsikkerhed en løbende overvågning i DPSD af utilsigtede hændelser med disse produkter. På den baggrund blev viden fra rapporteringssystemet formidlet i *Bivirkningsindberetninger om og forbrug af udvalgte biologiske lægemidler*, oktober 2017.

I 2017 blev styrelsen opmærksom på bevidst misbrug af Cyclizin (i forbindelse med selvmord), som blev bekræftet af Giftlinjen. Lægemiddelstyrelsen besluttede med baggrund i indberetninger af bivirkninger at ændre udleveringsgruppe for produkterne Marzine og Gotur fra 1. januar 2018.

Styrelsen bidrog i 2017 til Lægemiddelstyrelsens løbende overvågning af sederende antihistaminer.

En række medicineringsfejl og utilsigtede hændelser rapporteret til Lægemiddelstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed gav i 2017 anledning til nye forholdsregler for epilepsi-midlet Pro-Epanutin. De nye forholdsregler blev beskrevet i *Nyt fra Lægemiddelstyrelsen*, september 2017.

Styrelsen videregav udover bivirkninger også anden information til Lægemiddelstyrelsen, fx problemstillinger omkring emballage og forvekslinger af lægemidler. I 2017 har styrelsen fx leveret materiale til Lægemiddelstyrelsen om forvekslinger mellem Janumet og Januvia samt om brugervenlighed af inhalatorer.

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 og samtidig sikrer, at anonymiteten ikke er kompromiteret. Ved forskerservice laves dataudtræk af Styrelsen for Patientsikkerhed, mens selve analysen

foretages af forskere. Af hensyn til beskyttelsen af data skal analyserne af utilsigtede hændelser foregå i Styrelsen for Patientsikkerheds lokaler.

Nedenfor er nævnt et par eksempler på, hvordan dette samarbejde foregår, og hvad outputtet kan være. En komplet liste over styrelsens aktiviteter i forbindelse med partnerskaber og forskerservice i 2017 kan findes i Bilag 3.

Eksempel 1:

I forbindelse med sin ph.d.-afhandling undersøgte Rikke Mie Rishøj medicinrelaterede utilsigtede hændelser, der er rapporteret til DPSD fra januar 2010 til december 2014, og som omhandler børn i alderen 0-17 år.

I denne periode blev der i alt rapporteret 2.071 utilsigtede hændelser på hospitaler, hvor der på den ene eller anden måde var sket fejl i forbindelse med den medicin, der blev givet til børn. Af disse hændelser kunne 23,5 % kategoriseres som skadelige. 11,7 % af skaderne var milde, 10,5 % var moderate og 1,3 % var alvorlige. Ingen af fejlene var fatale.

I gennemgangen af sagerne viste det sig, at fejlene ofte var sket i forbindelse med behandling af helt små børn – mere end en tredjedel af medicineringsfejlene skete i behandlingen af børn under et år.

Læs mere om undersøgelsen i [European Journal of Pediatrics](#).

Eksempel 2:

På anmodning fra Styrelsen for Patientsikkerhed analyserede Jakob Henriksen, reservelæge på Aarhus Universitetshospital, sammen med tre kolleger alle rapporterede moderate, alvorlige og dødelige hændelser med non-vitamin K orale antikoagulantia frem til 8. juli 2014 samt alle rapporterede moderate, alvorlige og dødelige hændelser med warfarin fra 1. januar 2014 til 8. juli 2014.

Resultaterne viste, at hændelser med alvorlige og dødelige udfald hyppigst skete i forbindelse med sektorovergang som fx indlæggelse, udskrivelse eller i forbindelse med, at patienten blev opereret. De alvorlige og dødelige udfald skyldtes enten for lav dosis (inkl. helt manglende behandling) eller for høj dosis (inkl. kombinationsbehandling). De alvorlige og dødelige hændelser skete med baggrund i ordination af lægemidlerne og kun i meget begrænset omfang i forbindelse med administration og dispensering af lægemidlerne.

Læs mere om undersøgelsen i [Pharmacology Research & Perspectives](#).

2.3 Patientsikkerhedsrapporten – bidrag fra sundhedsvæsenet 2017

Regioner, kommuner og privathospitaler skal jf. *Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v.* sende oplysninger om analyser, opfølgningsplaner 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 2017*. Den er tænkt som et elektronisk opslagsværk, hvor det er muligt for sundhedspersoner at søge viden og inspiration til indsatsområder og forbedringsinitiativer. Rapporten publiceres i juni 2018.

3 Råd og udvalg

3.1 Fagligt Forum

Det overordnede formål for Fagligt Forum er at bistå Styrelsen for Patientsikkerhed med faglig sparring omkring læringsaktiviteter.

Fagligt Forum er sammensat af repræsentanter for:

- regionerne
- kommunerne
- almen praksis
- praktiserende speciallæger
- patienter
- private sygehuse
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed
- Sundhedsstyrelsen
- Styrelsen for Patientsikkerhed.

I 2017 blev der afholdt tre møder i Fagligt Forum. Der har i 2017 været fokus på videndeling af relevante tiltag, problematikker og udveksling og drøftelse af aktuelle emner på lokalt, nationalt og internationalt niveau. Alle repræsentanter i Fagligt Forum bidrager til at kvalificere dette. Derudover drøftede Fagligt Forum blandt andet også rapporteringspligten, patientovergange, aktindsigt og tilsyn i et læringsperspektiv.

Fagligt Forum har i 2017 blandt andet bidraget til:

- en tjekliste for risikosituationer ved ombygning af sygehuse
- afdækning af problematikker og svar på anmodninger om aktindsigt af utilsigtede hændelser, som efterfølgende bliver afklaret hos Kammeradvokaten
- definition og formulering af tværsektorielle utilsigtede hændelser, så de fremover omfatter alle patientens overgange i sundhedsvæsenet, internt såvel som eksternt
- at undersøge om rapporteringspligten skal ændres for regionerne
- forbedringsprojekt "Bedre epikriser", som blev iværksat i 2016 og løber til og med 2019. Projektet foregår i tre spor: IT/teknik, lovgivning og kultur.

3.2 Driftsgruppen

Driftsgruppen er det tekniske forum for DPSD i regi af Styrelsen for Patientsikkerhed. I gruppen arbejdes der på tværs af kommuner og regioner på at udvikle og opdatere DPSD. I driftsgruppen sidder repræsentanter for regioner, kommuner og Sundhedsdatastyrelsen.

I 2017 blev der afholdt fire møder i driftsgruppen, hvor timeout, ændringsønsker og det nye rapport-center er blevet behandlet. Der blev desuden afholdt en workshop med besøg fra leverandørerne af DPSD fra Canada. Besøget resulterede i flere forbedringer i DPSD og har bidraget til en langsigtet plan for de kommende års udvikling.

3.3 Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet

Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet (DRUM) 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 2017 afholdt to møder i udvalget. Blandt emnerne var:

- off-label brug af lægemidler til børn og patientsikkerhed
- udbud af lægemidler og patientsikkerhed
- risikopatienter
- risikoscreening
- overdosering med opioider
- oxycodonhydrochlorid og forveksling af dispenseringsformer.

Som opfølgning på møderne har styrelsen udgivet artikler, afholdt dialogmøder med relevante aktører og faciliteret netværksaktiviteter. Styrelsen har desuden efterfølgende udsendt nye advarsler til risikosituationslægemiddellisten på baggrund af nye utilsigtede hændelser, offentliggjort OBS-meddelelser og udvalgt emner til kaffemøder med medicinalindustrien ud fra en gennemgang af rapporterede utilsigtede hændelser.

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.

Global Ministerial Summit on Patient Safety

Styrelsen for Patientsikkerhed var repræsenteret ved 2nd Global Ministerial Summit on Patient Safety i Bonn 29.-30. marts 2017. Mødets første dag bestod af seks parallelle workshops: økonomi og effektivitet, global patientsikkerhed: perspektiver fra lav- og mellemindkomst lande, patientsikkerhed og m-health/Big Data forebyggelse og bekæmpelse af smitsomme sygdomme, øget sikkerhed i diagnostik og behandling samt sikker medicinering.



Resultater fra disse workshops blev kondenseret til vigtige budskaber vedrørende patientsikkerhed til det ministermøde, som blev afholdt på andendagen. Her blev WHO's 'Global Patient Safety Challenge on Medication Safety' også lanceret.

4.2 The WHO Global Patient Safety Challenge – 'Medication without Harm'

'Medication without Harm' er den tredje verdensomspændende 'Patient Safety Challenge' som WHO har lanceret. De første to fokuserede på 'Clean Care is Safer Care' og 'Safe Surgery Saves Lives'. WHO's mål er at opnå udbredt engagement, og at WHO-medlemsstater og faglige organer rundt omkring i verden forpligter sig til at reducere medicinrelaterede skader. WHO's mål er globalt at reducere skaderne ved medicinering med 50 % over de næste fem år.

Styrelsen for Patientsikkerhed var repræsenteret ved lanceringen i Bonn og var endvidere repræsenteret ved WHO's Expert Consultation: Early global action to support implementation, Medication Without Harm Challenge, 11.-13. december 2017 i Geneve. Formålet med dette møde var at identificere globale forskningsprioriteter for projektet.

Medicin uden skade

Styrelsen for Patientsikkerhed har i samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed igangsat en samlet dansk indsats for at undgå medicinfejl – 'Medicin uden skade' - hvor ambitionen er at øge patientsikkerheden ved medicinering. Der er bred opbakning fra det samlede danske sundhedsvæsen til initiativet. Initiativet, som vil blive lanceret i starten af 2018, har til formål at nedbringe forekomsten af alvorlige medicinske skader i Danmark. Programmet 'Medicin uden skade' udspringer af WHO's globale initiativ Medication without Harm.



WHO har udpeget tre særlige indsatsområder, som også vil være omdrejningspunkter i det danske program:

- Polyfarmaci – når en patient får mange forskellige lægemidler i kombination, er det ofte vanskeligt at vide, hvad effekt og bivirkninger er, og hvordan lægemidlerne påvirker hinanden indbyrdes.
- Overgange – når en patient skifter mellem afdelinger og sektorer øger det risikoen for fejl i medicineringen.
- Risikosituationer – nogle lægemidler kan være mere risikable i bestemte situationer, fx insulin, morfin og blodfortyndende behandling.

4.3 Patientsikkerhed i Slovenien

Styrelsen for Patientsikkerhed indledte i 2017 et samarbejde med Slovenien, hvor Styrelsen for Patientsikkerhed yder konsulentbistand til implementeringen af et nationalt system til rapportering og læring af utilsigtede hændelser. Slovenien har fået EU-støtte til modernisering af deres nuværende rapporteringssystem. I den forbindelse blev der i maj afholdt en konference i Slovenien, hvor en række lande præsenterede deres erfaringer med rapporteringssystemer for utilsigtede hændelser og deres perspektiv på patientsikkerhed. Efter denne konference ønskede Slovenien at fortsætte moderniseringen af deres system med støtte og konsulentbistand fra Danmark. Ved udgangen af 2017 modtog Styrelsen for Patientsikkerhed et legat fra EU's reformstøttekontor, og samarbejdet med Slovenien trådte officielt i kraft 1/1 2018.

4.4 Samarbejde med Storbritannien

Storbritannien er et af de få lande, som vi i Danmark kan sammenligne os med, når det drejer sig om et læringssystem centreret omkring rapportering af forebyggelige fejl. Storbritannien har ligesom Danmark et 'førstegenerationssystem' (implementeret i 2003), og ligesom i Danmark har man fokus på, hvordan man kan blive ved med at videreudvikle sin rapporteringsordning, så man får bedre datakvalitet og mere læring ud af rapporteringen. I 2016 udgav Imperial College London en omfattende rapport om det nationale rapporteringssystem, NRLS, med en klar rød tråd for systemets udviklingspotentialer. Med danske øjne var det påfaldende, hvor mange fælles udfordringer og forslag til løsninger vi deler med Storbritannien, og derfor indledte Styrelsen for Patientsikkerhed mod udgangen af 2017 et uofficielt partnerskab med Imperial College, hvor begge parter informerer om fremdriften i arbejdet med at modernisere rapporteringsordningerne.



4.5 Besøg fra Polen

På årets første hverdag gæstede en polsk delegation Styrelsen for Patientsikkerhed for at høre nærmere om den danske rapporteringsordning for utilsigtede hændelser. Baggrunden for besøget var, at Polen forbereder implementering af en lignende rapporteringsordning i det polske hospitalsvæsen. Der er over 1.000 offentlige hospitaler i Polen.

4.6 Besøg fra Sverige

Apoteksgruppen Kvalitet fra Sverige besøgte i september måned Styrelsen for Patientsikkerhed for at høre mere om DPSD, utilsigtede hændelser (UTH) i Danmark, og hvordan vi arbejder med UTH'er.

4.7 DPSD-opstartsprojekt på Færøerne

I 2017 gik udviklingsarbejdet med et DPSD-pilotprojekt på Færøerne i gang. Formålet er at afprøve en inkludering af Færøerne i DPSD og dermed i Danmarks officielle patientsikkerhedsarbejde.

Pilotprojektet inkluderer alle de offentlige SOR*-registrerede sygehuse på Færøerne (SOR = Sundhedsvæsenets organisationsregister hos Sundhedsdatastyrelsen). Færøerne vil få deres egen indgang til rapportering af utilsigtede hændelser, og de sundhedsprofessionelle på Færøerne vil kunne få adgang DPSD på samme måde som sundhedsprofessionelle i resten af Danmark.

Projektet er endnu ikke igangsat, da der mangler juridisk afklaring, men den tekniske udvikling er færdig.

5 Udvikling i rapporteringer

Denne del af årsberetningen indeholder opgørelser fra DPSD om udviklinger og mønstre i utilsigtede hændelser fra 2017.

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 indragelse af andre parametre eller anden information.

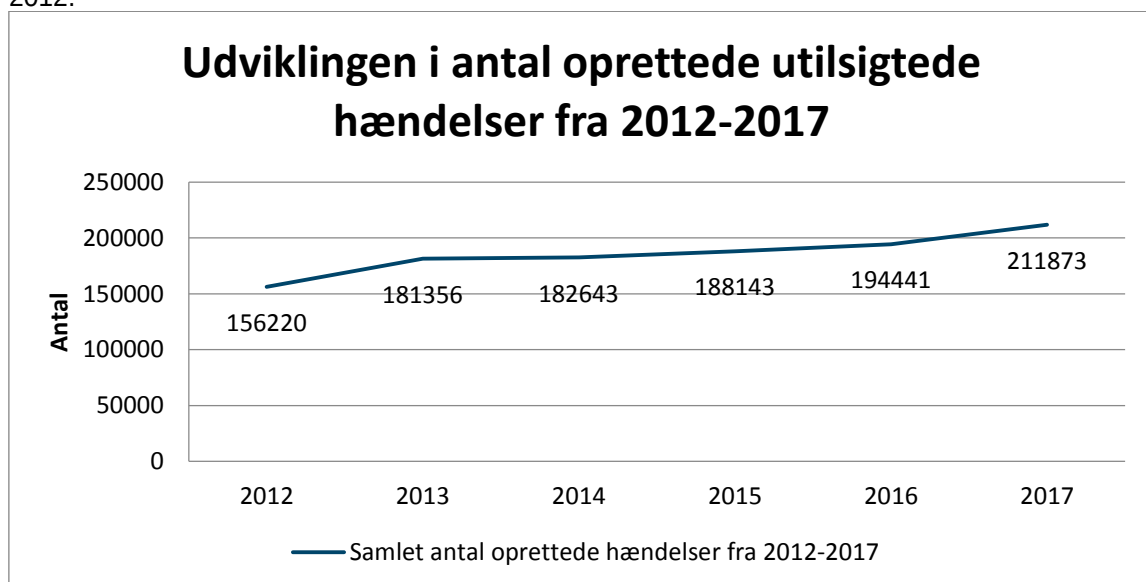
Ændring i opgørelsesmetode

Styrelsen for Patientsikkerhed ved gerne påpege, at der i denne årsberetning er opgjort data for rapporteringsår, mens tidligere årsberetninger har været opgjort for afslutningsår. Den ændrede metode for opgørelsen betyder, at man ikke kan sammenligne årsberetningerne for tidligere år med denne årsberetning. Den ændrede metode for dataopgørelserne betyder også, at det pga. tekniske forhold ikke har været muligt at foretage dataudtræk længere tilbage end 2012.

5.1 Rapporteringer til DPSD

I 2017 blev der rapporteret 211.873 utilsigtede hændelser til DPSD, og 197.722 hændelser blev sagsafsluttede.¹ Tilsvarende var der 194.441 hændelser, som blev rapporteret i 2016. Det totale hændelsesantal er inklusiv samlerapporteringer, som udgør 19.857 af de 211.873 utilsigtede hændelser, som blev rapportet i 2017. Samlerapporterne indgår udelukkende i opgørelserne, der ligger til grund for figur 1 og 2.

I figur 1 nedenfor er illustreret udviklingen i antallet af oprettede utilsigtede hændelser i DPSD siden 2012.

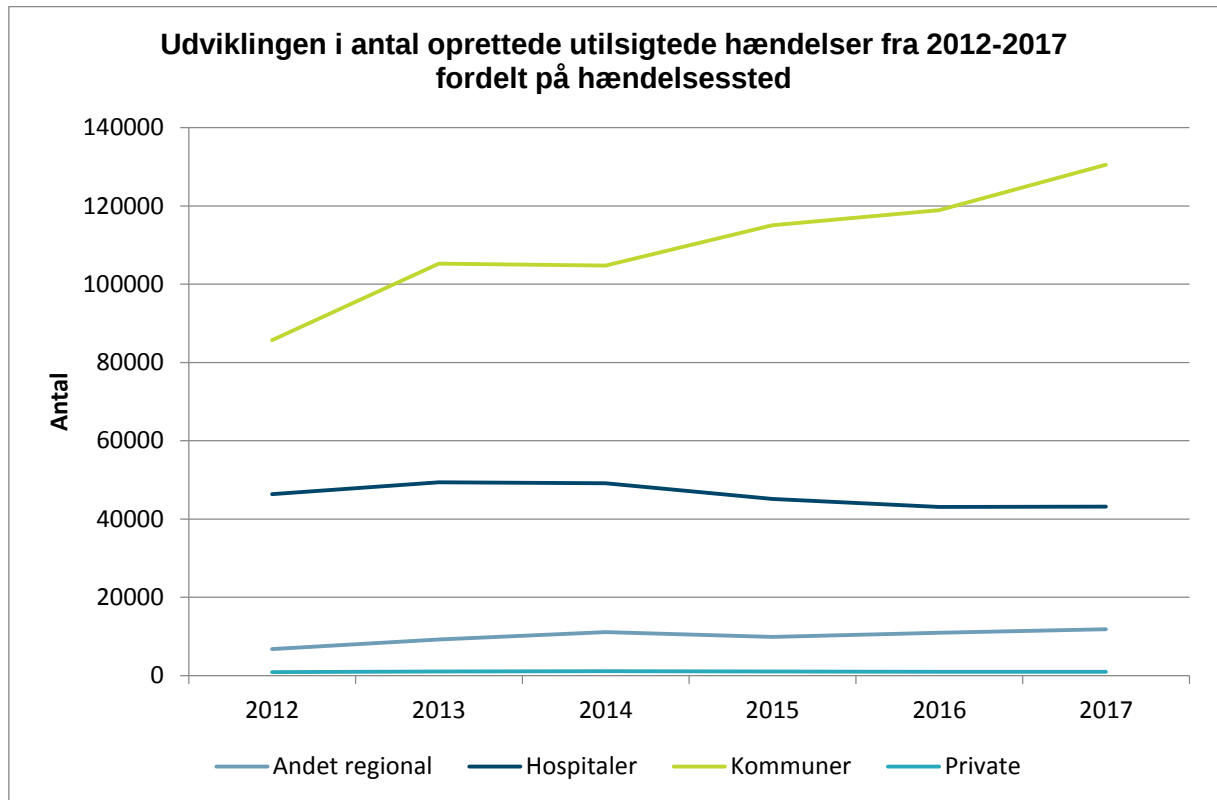


¹ En del af de afsluttede sager i 2017 er rapporteret i 2016 eller tidligere. Omvendt er en del af sagerne rapporteret i 2017 ikke afsluttede ved årets udgang.

Figur 1. Den samlede udvikling i antal oprettede utilsigtede hændelser i perioden 2012 til 2017

I 2017 blev der rapporteret 17.432 flere utilsigtede hændelser end i 2016. Stigningen skyldes primært en stigning i antallet af rapporterede utilsigtede hændelser på kommunalt niveau.

Figur 2 viser den årlige udvikling af oprettede utilsigtede hændelser siden 2012 fordelt på hospitaler, andet regionalt (fx almen praksis), kommuner og private som hændelsessted.

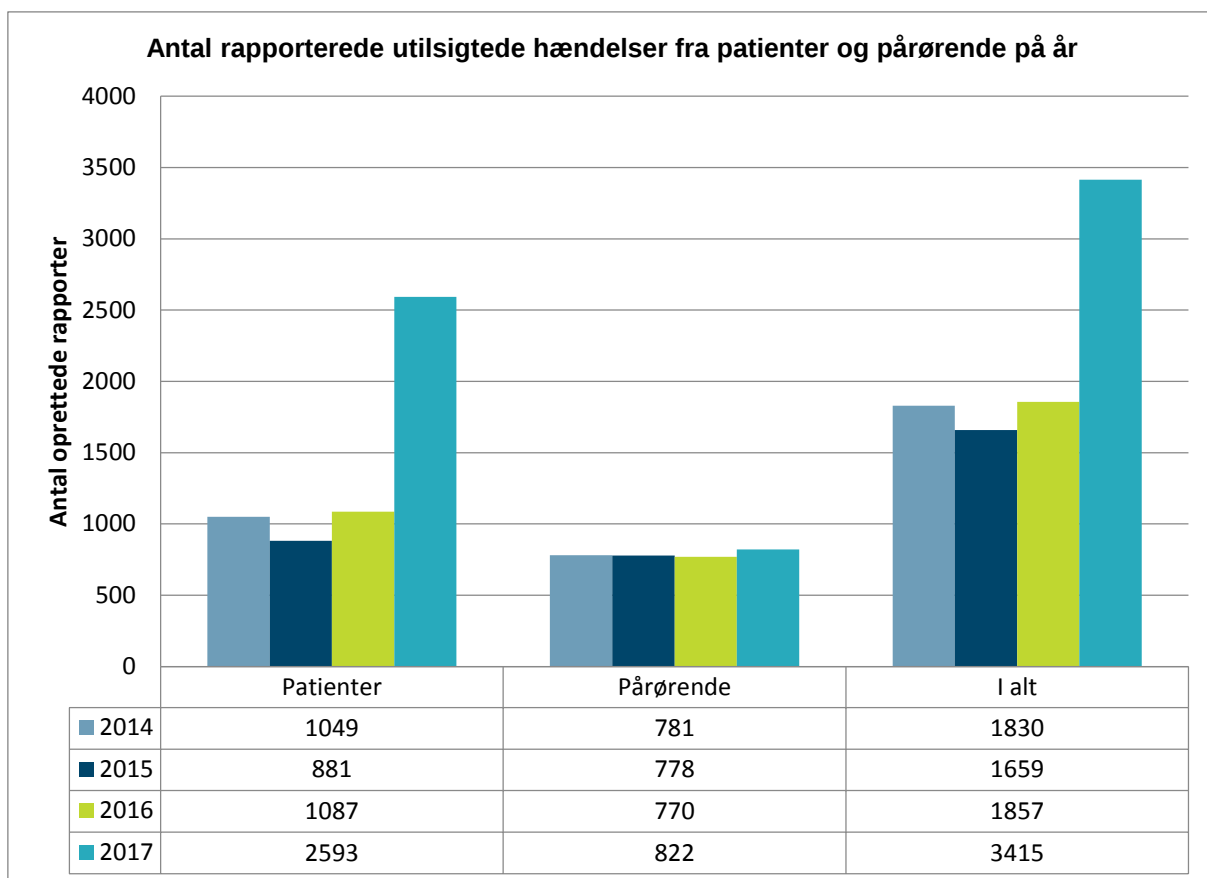
**Figur 2. Udviklingen i antal oprettede utilsigtede hændelser i perioden 2012 til 2017 fordelt på hospitaler, andet regionalt, kommuner og private som hændelsessted.**

5.2 Rapporteringer fra patienter og pårørende

I 2017 der rapporteret 3415 utilsigtede hændelser fra patienter og pårørende. Rapporteringer fra patienter og pårørende udgør 1,6 procent af alle utilsigtede hændelser, der er rapporteret i 2017.

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.

I figur 3 ses, at antallet af rapporter fra patienter er steget markant fra 2016 til 2017, mens antallet af rapporter fra pårørende er steget meget lidt sammenlignet med 2012. I alt er der en stigning i antal rapporterede hændelser fra patienter og pårørende.



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

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 på næste side.

	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 på næste side fremgår det, at der er forskel på fordelingen af hændelsestyperne for hospital, andet regionalt, kommuner og privat. For alle områder udgør *medicinering herunder væsker* den største andel af rapporterede utilsigtede hændelser.

DPSD-klassifikation	Hospital		Andet regionalt		Kommune		Privat	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ambulancer, akutbiler, helikoptere mv.	0	0	77	0,7	0	0,0	0	0,0
Anden utilsigtet hændelse	2700	6,3	450	3,8	4703	4,3	59	6,2
Behandling og pleje	5858	13,6	277	2,3	4305	3,9	48	5,1
Blod og blodprodukter	306	0,7	0	0,0	13	0,0	5	0,5
Gasser og luft	147	0,3	10	0,1	60	0,1	1	0,1
Henvisninger, ind-/udskrivelse og medicinlister	4091	9,5	484	4,1	834	0,8	37	3,9
Infektioner	315	0,7	32	0,3	2663	2,4	4	0,4
IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.	872	2,0	180	1,5	310	0,3	10	1,1
Kirurgisk behandling herunder ECT, anæstesi mv.	743	1,7	53	0,4	15	0,0	28	3,0
Medicinering, herunder væsker	10830	25,1	5588	47,2	72600	65,6	278	29,3
Medicinsk udstyr, hjælpemidler, røntgen mv.	1201	2,8	134	1,1	521	0,5	25	2,6
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	5451	12,6	603	5,1	2161	2,0	83	8,7
Patientidentifikation	1270	2,9	731	6,2	0	0,0	24	2,5
Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader	1712	4,0	460	3,9	22071	20,0	237	25,0
Præhospital behandling	0	0,0	89	0,8	0	0,0	0	0,0
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	6286	14,6	2060	17,4	180	0,2	99	10,4
Selvskade og selvmord	341	0,8	22	0,2	181	0,2	1	0,1
Sundhedfaglig visitation, telefonkonsultation	1026	2,4	513	4,3	0	0,0	10	1,1
Teknisk disponering	0	0,0	75	0,6	0	0,0	0	0,0
Total	43149	100,0	11838	100,0	110617	100,0	949	100,0

Tabel 2. Antal rapporterede utilsigtede hændelser i 2017, som er sagsafsluttede, fordelt på DPSD-klassifikation og lokation. De orange felter viser, hvor hændelsesklassifikationen udgør mindst 10 procent.

5.4 Graden af alvorlighed

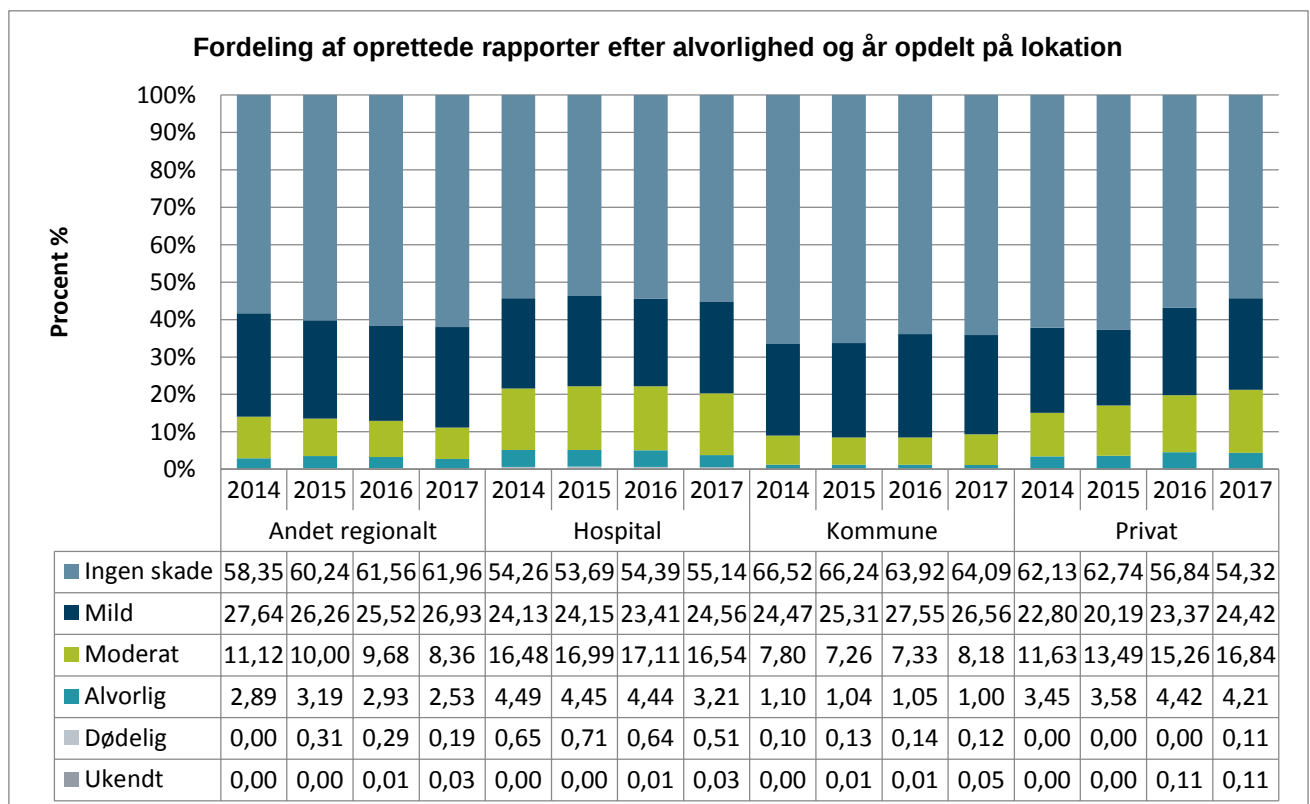
Styrelsen for Patientsikkerhed har undersøgt, hvordan hændelserne fra 2017 blev klassificerede i forhold til alvorligheden. Når en utilsigtet hændelse bliver rapporteret, skal rapportøren angive, hvor alvorlig hændelsen faktisk var for patienten. Når sagsbehandleren bagefter arbejder med sagen, kan denne justere alvorlighedsklassifikationen i hændelsen.

Hændelser, der bliver klassificeret med *alvorlig* eller *dødelig* konsekvens for patienten, er ofte enkeltstående hændelser. I tabel 3 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 alvorlighedsklassifikationerne af utilsigtede hændelser.

Figur 5 viser den procentvise fordeling af alvorlighedsklassifikationen på de forskellige lokationer. I figuren kan man se, at langt de fleste hændelser alvorlighedsklassificeres som *ingen skade* og *mild*. Kun en lille andel af hændelserne bliver klassificerede som *moderate*, *alvorlige* og *dødelige*. Det ses, at der inden for hospital, andet regionalt, kommune og privat kun er små ændringer fra 2016 til 2017.



Figur 4. Tallene er baseret på sager, som er oprettede i 2014, 2015, 2016 eller 2017 og indsendt til Styrelsen for Patientsikkerhed.

5.5 Utilsigtede hændelser i patientovergange

Siden rapporteringsordningen i 2010 blev udvidet, har det været muligt at analysere utilsigtede hændelser på tværs af sundhedsområderne (patientovergangshændelser)..

Utilsigtede hændelser i patientovergange 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 patientovergangshændelse.

Hændelsessted	Involveret sted				
	Hospital	Andet regionalt	Kommune	Privat	I alt
Hospital	761	186	888	2	1837
Andet regionalt	112	156	166	0	434
Kommune	267	150	150	2	569
Privat	3	0	3	0	6
I alt	1143	492	1207	4	2846

Tabel 4. Tallene er baseret på sager fra 2017, som er markeret som hændt i fbm. en patientovergang. Registreringer, hvor det involverede hændelsessted ikke er opgivet, frasorteres.

Tallene viser, hvordan patientovergangshændelser fordeler sig mellem lokationer. Tabel 4 viser, at der i 2017 blev rapporteret 2846 utilsigtede hændelser markeret som hændt i en patientovergang.

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 14.160 hændelser blev markeret med andet *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	5054	1020	2543	19	8636
Andet regionalt	1891	714	751	2	3358
Kommune	221	137	1762	1	2121
Privat	25	9	5	6	45
I alt	7191	1880	5061	28	14160

Tabel 5. Tallene er baseret på sager fra 2017, som er rapporteret et andet sted end hændelsesstedet.

Det ses i tabel 5, at sundhedspersoner på hospitaler har rapporteret 221 hændelser, hvor hændelsesstedet var en kommune. Omvendt har kommunerne rapporteret 2.543 hændelser, hvor hændelsesstedet var et hospital. Hospitaler har rapporteret 5.054 hændelser, som blev opdaget på en anden afdeling eller et andet hospital.

6 Bilag

Bilag 1 Kommunikation og formidling 2017 – OBS-meddelelser, nyheder, artikler og andre typer af publikationer

OBS-meddelelser publiceret på www.stps.dk:

- OBS-meddelelse: Vær opmærksom ved brug af Chlordiazepoxid i akut behandling af alkoholabstinens – 6. juni 2017
- OBS-meddelelse: Vær opmærksom på bevidst overdosis med cyclizin (Gotur og Marzine®) – 13. juni 2017
- OBS-meddelelse: Vær opmærksom på interaktionen mellem warfarin og miconazol-mundhulegel – 30. juni 2017
- OBS-meddelelse: Vær opmærksom på korrekt dosering af methotrexat på grund af daglig behandling i stedet for ugentlig – 7. september 2017
- OBS-meddelelse: Bupivacain må ikke gives intravaskulært – 12. september 2017
- OBS-meddelelse: Vær opmærksom på sammenklapning af lunger efter akupunktur – 2. oktober 2017.

Nyheder om DPSD og patientsikkerhedsrapporter på www.stps.dk:

- Mere simpel rapportering af utilsigtede hændelser på vej - 18. januar
- Medicin og fald står stadig for flest utilsigtede hændelser - 1. maj
- Patientsikkerhedskulturen er i rivende udvikling - 5. maj
- Nye videovejledninger til Dansk Patientsikkerheds-database - 9. november
- Rapporteringspligten for UTH skal undersøges for at styrke læringen - 18. december

Se alle nyheder om patientsikkerhed på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside

Nyhedsbrev fra Vidensformidling og Læring:

- Nyhedsbrev nr. 1, 2017

Pjecer, faktaark og andre typer af læringsprodukter:

- Tjekliste for patientsikker ombygning – "Tjekliste for risikoområder for patientsikkerheden ved ombygning på sygehuse" – 14. juli.
- Evalueringsrapport. "Samlerapportering - Evaluering af pilotprojekt i 10 kommuner" – 7. november.

Artikler i fagblade og fagmedier:

- Magasinet Pleje 20. januar 2017: "Flere utilsigtede hændelser med blodfortyndende medicin". Generelt om warfarin
- iPRAKSIS 1 februar 2017: "Vær opmærksom på risiko for forveksling mellem Gardasil® og MFR-vaccinen"

- Fagbladet FOA 21. marts 2017: "Håndteringen af blodfortyndende medicin giver fejl". Om Pradaxa; Glemte medicin og originalemballageproblemerne
- iPRAKSIS 2 maj 2017: "Mange faktorer påvirker den blodfortyndende effekt af warfarin"
- iPRAKSIS 2 maj 2017: "Lægemidler, du skal være ekstra opmærksom på". Artikel om risikosituationslægemiddellisten, og hvor almen praksis har risikoområder.
- Fagbladet FOA 16. maj 2017: artikel om samlerapportering "Pen og papir giver bedre overblik over fejl i ældreplejen",
- Fagbladet FOA nr. 5 2017; "Syv lægemidler skyld i flest fejl"
- Dagens Medicin 2. juni 2017: artikel om samlerapportering "UTH er til læring, ikke styring", .
- Magasinet Pleje 24. oktober 2017: "Der sker stadig alvorlige fejl med Methotrexat"
- Magasinet Pleje 27. oktober 2017: "Øger fokus på kompliceret medicin".
- Pro.medicin.dk 28. november 2017: "Dosispakket medicin og patientsikkerhed"

Abstracts i videnskabelige tidsskrifter og til konferencer:

- Scientific Tracks Abstracts: J Pat Care 2017, 3:3 (suppl): The Danish patient safety database and identification of high-risk medicines. World Congress on Patient Safety & Quality Healthcare September 07-09, 2017 London, UK. DOI: 10.4172/2573-4598-C1-002
- Abstract om samlerapportering til WHO-konference

Videnskabelige artikler skrevet på baggrund af data fra DPSD:

- Medication errors involving anticoagulants: Data from the Danish patient safety database. Jakob Nørgaard Henriksen et al. Pharma Res Per, 5(3), 2017, e00307, doi:10.1002/prp2.307
- Medication errors in pediatric inpatients: a study based on a national mandatory reporting system. Rishoej, R.M., Almarsdóttir, A.B., Christesen, H.T. et al. Eur J Pediatr (2017). <https://doi.org/10.1007/s00431-017-3023-8>

Bilag 2 Foredrag og undervisning 2017

Februar

- Foredrag hos Lægemiddelindustriforeningen (Lif).i Det regulatoriske udvalg om "DPSD" "UTH vs bivirkninger – lovgivningerne ", "medicinrelaterede utilsigtede hændelser" og "hvor-
dan vi sammen kan styrke patientsikkerheden". 1. februar

Marts

- Foredrag hos Lif i Lægemiddelovervågningsudvalget. Oplæg om "DPSD" "UTH vs bivirknin-
ger – lovgivningerne ", "medicinrelaterede utilsigtede hændelser" og "hvordan vi sammen kan
styrke patientsikkerheden". 2. marts.
- Oplæg på Københavns Universitet om patientsikkerhed og utilsigtede hændelser for farma-
ceutstuderende i praktik på apotek ved "Københavnerven". 10. marts.

April

- Undervisning på Metropol af hjemmesygeplejersker og sygeplejersker fra plejehjem i Køben-
havns Kommune i emnet Patientsikkerhed på diplommodulet: Klinisk farmaci og farmakotera-
pi – 18. april.
- Møde i det Tværsektorielle Risikomanager Netværk i Region Hovedstaden. Dialog om sam-
arbejdet mellem risikomanagers og Styrelsen for Patientsikkerhed - 24. april .
- Karriereoplæg for Studerende for kvalitet og patientsikkerhed (SKOP).

Maj

- Styrelsen for Patientsikkerhed deltog i en workshop om modernisering af det slovenske
sundhedsvæsens rapportering af utilsigtede hændelser. Styrelsen holdt to oplæg; ét om den
danske patientsikkerhedskultur og ét om lovgivningen på UTH-området i Danmark – 22. og
23. maj.
- STPS oplæg om risikosituationslægemidler og håndtering heraf på Sikker Psykiatri - 31. maj.

Juni

- Oplæg i Canada på user group konference om Danmarks arbejde med patientsikkerhed - 6.
juni
- Folkemødet 2017: Deltagelse i paneldebat om patientsikkerhed
- Oplæg i Dansk Selskab for Patientsikkerhed om Styrelsen for Patientsikkerheds arbejde med
læring og patientsikkerhed.

September

- Oplæg ved "European Partnership for Supervisory Organisations in Health Services and So-
cial Care" (EPSO) om det danske arbejde med læring og patientsikkerhed – 26. september.
- Præsentation ved Patient Safety and Quality Healthcare i London. "The Danish patient safety
database and identification of high-risk medicines" – 7. til 9. September.
- Præsentation af risikosituationslægemidlerne og samarbejdet med LMST for Lægemiddelsty-
relsens "Rådet for Lægemiddelovervågning": – 14. september.

- Patientsikkerhedsrådet for praksissektor og kommuner i Region Hovedstaden. Oplæg fra Styrelsen for Patientsikkerhed om patientsikkerhed i praksissektoren - 14. september.
- KL's Ældrekonference. Session om pilotprojektet "Samlerapportering" (sammen med Lea Sinding Mortensen, Risikomanager i Aalborg Kommune) - 25. september.
- Grundkursus i Patientsikkerhed. Region Midtjylland og Region Nordjylland. Loven på patientsikkerhedsområdet – 27. september.

Oktober

- Sundhed Danmark: Oplæg om Patientsikkerhed og utilsigtede hændelser hos Sundhed Danmark.

November

- Forelæsninger ved Aalborg Universitet (AAU) om patientsikkerhed
- Oplæg om UTH ved medicinsk behandling i forbindelse med sektorovergange ved årsmøde for sygeplejersker indenfor trombose & hæmostase - 8. november.
- Oplæg for kvalitetsmedarbejdere i Sundhed Danmark om patientsikkerhed og utilsigtede hændelser - 15. november.
- Undervisning på Københavns Universitet ved kurset Lægemiddelpolitik, økonomi og etik: Oplæg om Styrelsen for Patientsikkerhed og uth'er - 30. november.
- Karriereoplæg for Medicin med Industriel Specialisering ved AAU.
- Oplæg til studenterkonference på Christiansborg.
- Oplæg på netværkskonference for demensudredningsenheder.
- Workshop – "Korrekt og sikker medicinering af ældre med demens".
- Oplæg til temadag om antipsykotisk medicin til personer med demens, Sundhedsfagligt Råd for Demens, Region Hovedstaden
- Primærsektorkonference 2017 - Session: Samlerapportering – sådan skaber du læring af UTH'er.

Bilag 3 Partnerskab, samarbejder og forskerservice 2017

Partnerskaber og samarbejder:

- Dansk indsats i WHO's arbejde for medicinsikkerhed - Styrelsen for Patientsikkerhed og Dansk Selskab for Patientsikkerhed samarbejder om WHO's 3rd. Global Patient Safety Challenge: Medication without harm. Styrelsen for Patientsikkerhed og Dansk Selskab for Patientsikkerhed igangsætter samarbejde for at øge fokus på medicinsikkerhed i Danmark.
- Læringsenheden har besøg af Apoteksgruppen Kvalitet_Sverige 19/9 2017
- STPS inviteret til et møde med Institut for Sygepleje omkring implementering af Risikolægemiddellisten i uddannelsen d. 30/8: Efterfølgende - aftale om Undervisningscases til sygeplejeundervisningen (hændelser som relaterer til risikosituationslægemidlerne)

Forskerservice:

- Stud, pharm: Kamilla Rohardt Megerlig. Lægemiddelrelaterede utilsigtede hændelser ved sektorovertagelse – masterprojekt. Syddansk Universitet
- Lægemiddelstyrelsen (LMST): Afledt af bivirkningslisten fra dec 2016: anmodning om at søge i databasen og se om der er flere forvekslinger mellem Janumet og Januvia. LMST var interesseret i problemets omfang, da navnene ligner hinanden. Søgning 8. marts 2017.
- IKAS: Som inspiration til opdateringen af Akkrediteringsstandarder for apotekerne er der lavet et træk til med hændelsessted 'apotek' for 2016. 3. marts 2017
- Camilla Melholt, Medical Market Access, AAU, laver 9. semestersprojekt om Andet-kategorien i DPSD
- Styrelsen har gennemset hændelser omkring ekstraktion fra insulinpenne for The Pharmacovigilance and Risk Assessment Committee (PRAC) under EMA. Resultatet skulle anvendes i drøftelser om passende formulering af produktinformationer. 20. oktober 2017
- Jakob Nørgaard Henriksen, Lars Peter Nielsen, Annemarie Hellebek & Birgitte Klindt Poulsen: Medication errors involving anticoagulants: Data from the Danish patient safety database. Pharma Res Per, 5(3), 2017, e00307, doi:10.1002/prp2.307
- Apotekerforeningen: Pradaxa og emballageproblemer: Styrelsen har identificeret to hændelser, som kan bruges som månedens UTH på apoteket
- Boehringer Ingelheim Danmark A/S på besøg for at læse hændelser på Pradaxa – 23. maj 2017.
- DLI_mærkning af risikosituationslægemidler på pro.medicin.dk_Bornholm pilotprojekt. Møde 21. juni 2017
- Udtræk til Lægemiddelstyrelsen omkring sederende antihistaminer. 15. september 2017 (I forbindelse med overvågning af de sederende antihistaminer)
- Udtræk til Lægemiddelstyrelsen omkring Laktansiaet Bisacodyl; Dulcolax, Perilax og Toilax d. 25 oktober 2017 på grund af mistanke om misbrug blandt patienter med spiseforstyrrelser.