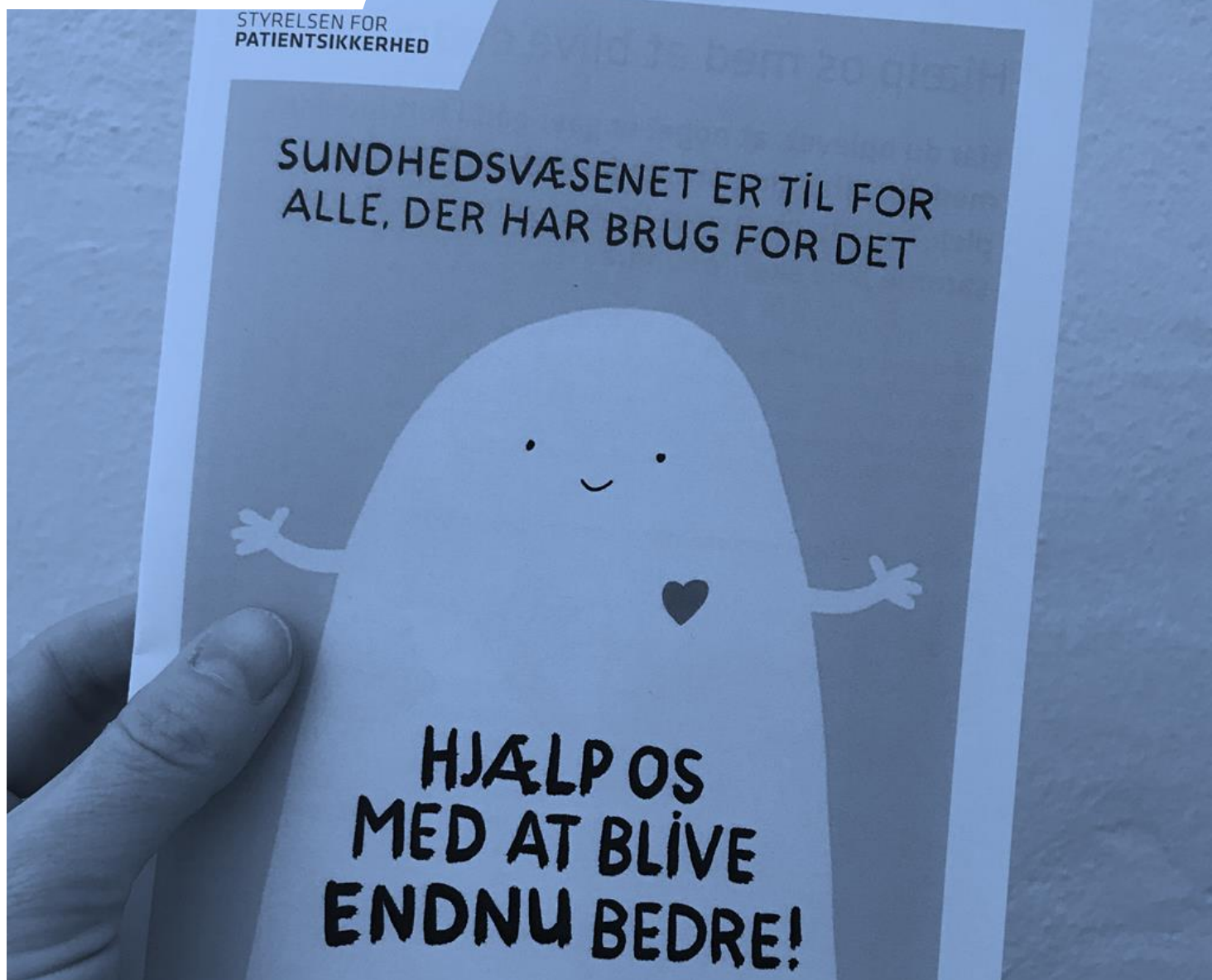




STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED



Dansk Patientsikkerhedsdatabase

Årsberetning 2018

April 2019



Kolofon

Dansk Patientsikkerhedsdatabase Årsberetning 2018

Udgivet af:

Styrelsen for Patientsikkerhed

Islands Brygge 67

2300 København S

Telefon: 72 28 66 00

E-post: stps@stps.dk

Udgivelsesår: 2019

Version: Nr. 1.0.

Versionsdato: April 2019

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

Indhold

1	Forord	4
2	Læringsindsatser	5
2.1	Revideret vejledning om epikriser	5
2.2	Forbedringer af Dansk Patientsikkerhedsdatabase	5
2.3	Fokus på patienter og pårørende	6
2.4	Utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsenet	6
2.5	Case-materiale om risikosituationslægemidler til sygeplejerskeuddannelsen	7
2.6	Sikker medicinering af ældre med demenssygdom	7
2.7	Kampagne om methotrexat i samarbejde med Apoterkerforeningen	8
2.8	Temadag om patientovergange	9
2.9	Konferencer og andre arrangementer	9
2.10	Medicin uden skade	10
2.11	Dialogmøde med forskningsmiljøet	11
3	Styrelsens arbejde med rapporter om utilsigtede hændelser	12
3.1	Samarbejde med Lægemiddelstyrelsen m.fl.	12
3.2	Patientsikkerhedsrapporten – bidrag fra sundhedsvæsenet 2018	12
4	Råd og udvalg	14
4.1	Fagligt Forum for Patientsikkerhed	14
4.2	Driftsgruppen	15
4.3	Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet	15
5	Internationalt samarbejde	16
5.1	The International Medication Safety Network	16
5.2	Patientsikkerhed i Slovenien	16
5.3	Rapportering af utilsigtede hændelser på Færøerne	16
5.4	WHO Global Ministerial Summit	16
5.5	EPSO og Care Quality Commission	17
6	Udvikling i rapporteringer	18
1.1	Rapporteringer til DPSD	18
1.2	Fordeling af utilsigtede hændelser på hospitaler, andet regional, kommuner samt privathospitaler og hospice	20
1.3	Graden af alvorlighed	23
1.4	Utilsigtede hændelser i patientovergange	24

1.5	Utilsigtede hændelser rapporteret af patienter og pårørende	26
7	Bilag	30
	Bilag 1 Kommunikation og formidling 2018 – OBS-meddelelser, nyheder, artikler og andre typer af publikationer	30
	Bilag 2 Foredrag og undervisning 2018	31
	Bilag 3 Partnerskaber, samarbejder og forskerservice 2018	33

1 Forord

I 2018 blev næsten 200.000 rapporter om utilsigtede hændelser afsluttet i Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Hver gang en utilsigtet hændelse bliver rapporteret, er der én eller flere personer, der har reageret på noget, som ikke skulle være sket, eller som kunne være gået galt i det danske sundhedsvæsen. Det er et tegn på en stærk patientsikkerhedskultur, når så mange reflekterer over de fejl, der sker og gør sig overvejelser om, hvordan de kan forebygges. Det er et af de centrale formål med rapporteringsordningen, og vi ved, at der sker vigtig læring lokalt på sygehusene, på plejecentrene, på de private behandlingssteder og i andre dele af sundhedsvæsenet i forbindelse med opfølgningen på utilsigtede hændelser.

Mens rapporteringsordningen bruges af et stort antal sundhedspersoner, er det meget få hændelser, der rapporteres af patienter og pårørende. Muligheden for at rapportere en utilsigtet hændelse som patient eller pårørende har eksisteret siden 2011. I 2018 udgjorde disse imidlertid kun 1,75 pct. af det samlede antal afsluttede rapporter.

Når vi ser på de utilsigtede hændelser, der rapporteres af patienter og pårørende, står det klart, at patienternes oplevelse af deres eget forløb kan bidrage med andre perspektiver end sundhedspersonernes, ikke mindst fordi patienterne og deres pårørende oplever hele det samlede forløb, i modsætning til sundhedspersoner, der typisk er involveret i enkelte dele af et behandlingsforløb. Samtidig ved vi, at mange patienter lægger vægt på, at sundhedspersonalet lærer af deres fejl, så det samme ikke skal ske for den næste patient.

Derfor har vi i 2018 sat fokus på rapporteringsordningen for patienter og pårørende. Vi har forenklet og forbedret den onlineformular, man skal bruge til at rapportere en utilsigtet hændelse som patient eller pårørende, så det er blevet lettere at indsende en beskrivelse af, hvad der er gået galt. Samtidig har vi i samarbejde med de fem regioner lanceret en kampagne rettet mod patienter og pårørende for at gøre opmærksom på, at de ved at rapportere utilsigtede hændelser kan hjælpe sundhedsvæsenet med at blive endnu bedre.

Vi håber, at et styrket fokus på patientperspektivet vil give endnu bedre muligheder for at lære af utilsigtede hændelser og for at videreudvikle patientsikkerhedskulturen til glæde for både patienter, pårørende og sundhedspersoner.

Anne-Marie Vangsted

Direktør, Styrelsen for Patientsikkerhed

2 Læringsindsatser

2.1 Revideret vejledning om epikriser

Indsatsen vedrørende forbedring af epikriser har været i gang siden 2016 i Styrelsen for Patientsikkerhed. I 2018 nåede projektet en stor milepæl: offentliggørelsen af en væsentligt revideret vejledning på området. Den reviderede vejledning er udarbejdet, så den spiller sammen med de tekniske løsninger, sygehuslæger og praktiserende læger vil møde i den kliniske hverdag. Dette er koordineret i en følgegruppe bestående af Styrelsen for Patientsikkerhed (formand), PLO, Danske Regioner, Sundheds- og Ældreministeriet, KL og Sundhedsdatastyrelsen. En væsentlig del af den nye vejledning er, at udskrivende eller afsluttende læge skal markere, hvis der anbefales opfølgning hos egen læge. Det skal endvidere beskrives, hvilken opfølgning der anbefales. En anden del af den koordinerede indsats er, at der også er taget hensyn til gul- og rødmarkerede epikriser, som er aftalt i overenskomsten mellem PLO og Danske Regioner. Disse markeringer bruges til, at sygehuslægen kan varsle egen læge om sårbare patienter og patienter, der har brug for en akut opsøgende indsats. Den samlede løsning skal bidrage til øget patientsikkerhed ved sektorovergange og vil især give praktiserende læger et bedre overblik. Vejledningen får virkning 1. juli 2019 og vil blive fulgt op af en implementeringsindsats.

2.2 Forbedringer af Dansk Patientsikkerhedsdatabase

I 2018 er der foretaget en række forbedringer af Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD), som har fokuseret på bedre brugervenlighed i systemet. En af de større forbedringer er, at det er blevet nemmere at lave dataudtræk i DPSD. Proceduren for at opsætte en søgning i databasen har fået et nyt layout og nye fleksible funktioner, så det er blevet nemmere at lave dataudtræk til fx. måneds- eller årsopgørelser. Samtidig er der flere steder i DPSD implementeret genvejstaster, fx navigation via piletaster, så brugerens antal klik med musen reduceres. Man kan nu også åbne sager ved ét enkelt klik, og DPSD husker den sidste rapportkategori, brugeren har valgt.

Det er også blevet muligt at tilføje yderligere kommentarer, når man sender et resumé fra DPSD som en e-mail. Det har længe været et stort ønske fra brugerne, da der ofte er behov for at sende supplerende besked til modtageren af en sag.

Der er desuden foretaget ændringer i DPSD-klassifikationen. Når man rapporterer en utilsigtet hændelse af typen "Medicinering herunder væsker" er det nu muligt at vælge underkategorien "Interaktion". Rapporterer man en utilsigtet hændelse under "Terapeuter og kiropraktorer", er det nu muligt at vælge hændelsestypen "Infektioner".

2.3 Fokus på patienter og pårørende

I efteråret 2018 lancerede Styrelsen for Patientsikkerhed i samarbejde med de fem regioner en kampagne for at gøre patienter og pårørende opmærksom på muligheden for at rapportere utilsigtede hændelser.

Kampagnen består af en kort, animeret film, der bliver vist på informationsskærme i venteværelser landet over samt en pjeces og en plakat til venteværelserne med information om, hvordan man som patient eller pårørende rapporterer en utilsigtet hændelse. Filmen kan rekvireres til brug på informationsskærme ved henvendelse til Styrelsen for Patientsikkerhed, og pjeces og plakat til selvprint kan downloades på www.stps.dk/uth.



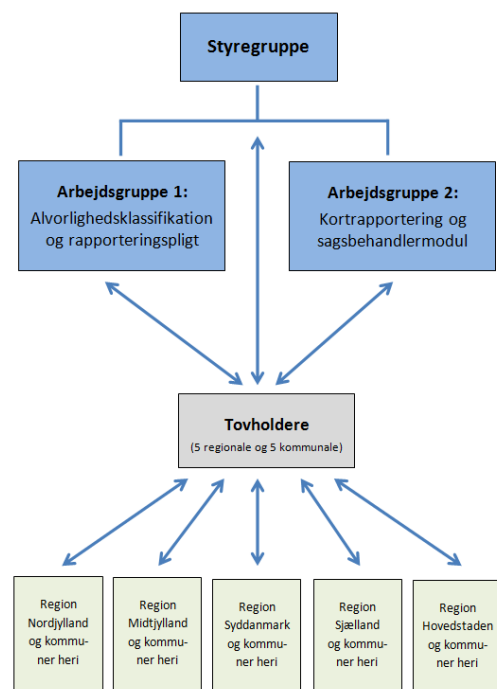
Nyt og forbedret rapporteringsskema

I forbindelse med kampagnen rettet mod patienter og pårørende blev rapporteringsskemaerne for patienter og pårørende lagt sammen til et enkelt skema. Med henblik på at gøre det nemmere for patienter og pårørende at rapportere utilsigtede hændelser, blev rapporteringsskemaet forsimplet ved at fjerne flere fritekst-felter, og hjælpeteksterne til skemaet blev revideret med inddragelse af interessenter og brugerrepræsentanter.

2.4 Utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsenet

Projekt "Utilsigtede hændelser og læring i sundhedsvæsenet" udspringer af det serviceeftersyn af rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser, der blev gennemført i 2014. Her var en af anbefalingerne fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (nu Sundheds- og Ældreministeriet) at undersøge, om rapporteringen af utilsigtede hændelser kan forbedres, så der bliver en bedre balance mellem og afvejning af de ressourcer, der anvendes til rapportering, i forhold til hvilken læring og patientsikkerhed der kommer ud af rapporteringen.

Styrelsen for Patientsikkerhed og regionerne har gennem længere tid været i dialog om, hvordan denne undersøgelse skal foregå. På en workshop i maj 2018 blev den videre proces afklaret. Der er et ønske om, at der bliver ens rapporteringspligt i hele sundhedsvæsenet, hvorfor kommunerne også er en del af projektet. På den baggrund har Styrelsen for Patientsikkerhed udarbejdet procesplan og projektstruktur. I projektet er der nedsat en styregruppe og to arbejdsgrupper, og der er udpeget tovholdere i kommuner og regioner.



Arbejdsgruppe 1 skal gennemgå og revidere alvorlighedsklassifikationen samt udarbejde forslag til et pilotprojekt, hvor en revideret alvorlighedsklassifikation og rapporteringspligt afprøves sammen med en ny rapporteringsform, kortrapportering, hvor rapportøren skal udfylde en mindre del af rapporteringsformularen. Indholdet i en kortrapporteringsformular udarbejdes af arbejdsgruppe 2.

Projektet løber fra marts 2019, og evalueringerne fra projektet vil indgå i arbejdet med en revision af bekendtgørelse og vejledning, som forventes afsluttet ultimo 2020.

2.5 Case-materiale om risikosituationslægemidler til sygeplejerskeuddannelsen

I maj 2018 offentliggjorde Styrelsen for Patientsikkerhed et case-materiale om risikosituationslægemidler. Materialet er udviklet til undervisningen i farmakologi på sygeplejerskeuddannelsen og indeholder cases baseret på utilsigtede hændelser, der vedrører syv lægemiddeltypen, som kræver særlig opmærksomhed. De syv lægemidler er involveret i en stor del af de utilsigtede hændelser, der opstår på grund af medicineringsfejl, og som har alvorlige konsekvenser for patienterne. Der er tale om meget anvendte lægemidler, som ordineres til mange patienter, men som ikke desto mindre kan volde stor skade, hvis de anvendes forkert. Bedre håndtering af disse syv lægemiddelgrupper indebærer et meget stort potentiale for at forbedre patientsikkerheden.

Casene beskriver typiske situationer, hvor forkert håndtering af lægemidlerne kan forårsage skade på patienterne, og hensigten er, at de skal anvendes som oplæg til refleksion og dialog i undervisningen. Casene er udvalgt og bearbejdet til undervisningsbrug i samarbejde med Københavns Professionshøjskole og er frit tilgængelige på styrelsens [hjemmeside](#).

2.6 Sikker medicinering af ældre med demenssygdom

Den nationale demenshandlingsplan 2025 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.

Læringsmateriale til plejepersonale

I løbet af 2018 har Styrelsen for Patientsikkerhed udarbejdet undervisningsmateriale til plejepersonale om demens og antipsykotisk medicin. Undervisningsmaterialet er målrettet til plejepersonale på plejehjem og plejecentre og har fokus på at give opdateret viden om demens og antipsykotisk medicin. Materialet er udarbejdet som en guide, fasttilknyttede læger på plejecentre og andre lægefaglige konsulenter kan benytte til sundhedsfaglig rådgivning af plejepersonale. Undervisningsmaterialet kan downloades fra styrelsens hjemmeside og er desuden uddelt på USB-sticks.



Film til læger

”Begræns forbruget af antipsykotisk medicin til mennesker med demens”. Det er budskabet i en film, som Styrelsen for Patientsikkerhed har udarbejdet for at øge lægers opmærksomhed på at reducere brugen af antipsykotisk medicin. Læger har en central rolle i at få nedbragt forbruget af antipsykotisk medicin til personer med demens. Særligt ved overgange skal man være opmærksom på overdragelse af ansvar for opfølgning og ophør med antipsykotisk medicin. Filmen har også fokus på, at pårørende og plejepersonale skal inddrages i behandlingsplanen.



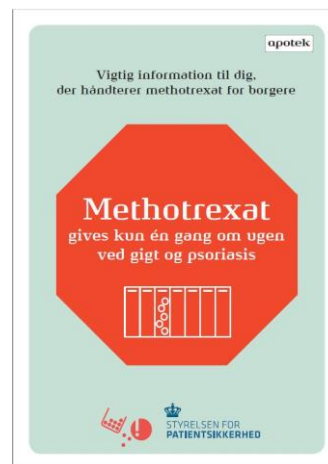
Gå-hjem-møder

Styrelsen for Patientsikkerhed har afholdt to gå-hjem-møder om demens og antipsykotisk medicin i Region Nordjylland og Region Sjælland. Læger og myndighedspersoner var inviteret. Møderne blev arrangeret i samarbejde med lokale repræsentanter og indeholdt dialog- og case-baseret undervisning og oplæg med fokus på korrekt medicinering af ældre med demens. Møderækken fortsætter i 2019, hvor der er planlagt møder i de tre øvrige regioner.

2.7 Kampagne om methotrexat i samarbejde med Apotekerforeningen

På baggrund af en række alvorlige og dødelige utilsigtede hændelser med lægemidlet methotrexat lancerede Styrelsen for Patientsikkerhed og Apotekerforeningen i samarbejde en kampagne rettet særligt mod det personale, der doserer methotrexat til borgere på plejecentre og i hjemmesygeplejen. Methotrexat i tabletform skal typisk indtages én gang ugentligt. Hvis det indtages dagligt, kan det i yderste konsekvens være dødeligt. Til kampagnen blev der produceret et postkort og en plakat med advarsel om den atypiske dosering af lægemidlet og risikoen for overdosering.

Hver gang et apotek får en bestilling på methotrexat til dosering i plejesektoren, kan apoteket vedlægge et kort med en advarsel til plejepersonalet. Plakaten med samme budskab kan hænges op, hvor personalet håndterer borgeres medicin, fx i medicinrum på plejecentre.



2.8 Temadag om patientovergange

I maj 2018 afholdt Styrelsen for Patientsikkerhed en national temadag om overgange i patientforløb. Målet med temadagen var at bidrage til øget kendskab og videndeling om, hvordan man kan arbejde med sikre patientovergange. Ca. 180 sundhedspersoner lyttede til i alt otte oplæg, som præsenterede lokale projekter fra hele landet med fokus på mere patientsikre overgange. Der var også indlagt tid til plenumdiskussioner. Deltagerne repræsenterede både kommuner, regioner, sygehuse og andre af sundhedsvæsenets organisationer og institutioner, og dagen bød på en lang række eksempler på godt samarbejde internt og på tværs af fx kommune, hospital og almen praksis.



2.9 Konferencer og andre arrangementer

Styrelsen for Patientsikkerhed ønsker at gå i dialog med forskellige sundhedsfaglige grupper og at informere om nye regler og vejledninger, aktuelle læringsaktiviteter og andre initiativer, der kan styrke patientsikkerheden i sundhedsvæsenet.

Derfor var styrelsen i 2018 repræsenteret på en række nationale faglige konferencer. På Tandlægenes Årskursus/SCANDEFA i april 2018 og på KL Ældrekonference i september 2018 deltog styrelsen med informationsstande. På Lægedage i november 2018 underviste medarbejdere fra styrelsen i journalføring, og på styrelsens stand blev der bl.a. informeret om den kommende, reviderede epikrise-vejledning, der skal styrke patientsikkerheden i forbindelse med overdragelse af relevant information fra sygehus til patientens egen læge ved udskrivelse.

Folkemøde på Bornholm

Styrelsen for Patientsikkerhed deltog i juni 2018 ved Folkemødet på Bornholm. Her var styrelsen bl.a. vært for et arrangement om patientovergange, og styrelsens direktør Anne-Marie Vangsted deltog i en række debatter om patientsikkerhed.



2.10 Medicin uden skade

I marts 2018 lancerede Danmark det nationale program Medicin uden skade, som er en del af WHO's globale patientsikkerhedsinitiativ Medication Without Harm.

Det nationale program ledes af Styrelsen for Patientsikkerhed og Dansk Selskab for Patientsikkerhed og har opbakning fra nøgleaktører i det danske sundhedsvæsen. Formålet er en samlet dansk indsats for at reducere antallet af alvorlige, forebyggelige medicinrelaterede skader og dermed bidrage til WHO's globale målsætning.

Medicin uden skade har i 2018 interviewet organisationer og eksperter, der har viden om og erfaring med medicinering samt viden om de fejl og skader, der kan opstå som følge af medicinering. Desuden er der foretaget en kortlægning af igangværende og afsluttede nationale projekter inden for de tre indsatsområder: polyfarmaci, overgange og højrisikosituationer.

Indsatser

For hvert af de tre indsatsområder er det hensigten, at der skal igangsættes indsatser. Indsatser skal forstås i bred forstand og kan omfatte alt fra implementeringsprojekter til formulering af handleplaner.

På baggrund af kortlægningen er der udarbejdet et driverdiagram over mulige indsatser for Medicin uden skade.

De fem drivere er:

- aktive partnerskaber med borgere/patienter og pårørende
- patientsikker medicingennemgang og medicin håndtering
- forebyggelse af unødvendig polyfarmaci
- patientsikre overgange via teknologiske og innovative løsninger
- fremme af ledelse og kommunikation med henblik på øget medicinsikkerhed.

Kommunikationsindsats

For at øge kendskabet til Medicin uden skade var programmet repræsenteret på Folkemødet 2018, og der er afholdt oplæg i en række forskellige fora. Der er nedsat en kommunikationsgruppe med deltagelse af medarbejdere fra både Styrelsen for Patientsikkerhed og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Hjemmesiden www.medicinudenskade.dk er lanceret, og der er udarbejdet en kommunikationsplan.



Definition og måling af effekt

Der er nedsat en ekspertgruppe, som i første omgang har udarbejdet en dansk definition af "alvorlige, forbyggelige medicinrelaterede skader" og desuden arbejder på anbefalinger til, hvordan effekten kan måles.

2.11 Dialogmøde med forskningsmiljøet

Styrelsen for Patientsikkerhed inviterede 22. marts interesserede forskere til dialogmøde med temaet: Hvordan kan rapporteringsordningen for utilsigtede hændelser udvikles, så data i højere grad kan udnyttes?

Styrelsen opfordrede forskerne til at bidrage med egne erfaringer med forskning i data fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase eller tilsvarende forskning.

Derudover orienterede Styrelsen for Patientsikkerhed om igangværende udviklingsprojekter og om ønsker til og behov for forskning inden for rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser, som kan anvendes i det videre arbejde med udvikling af rapporteringsordningen.

3 Styrelsens arbejde med rapporter om utilsigtede hændelser

3.1 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 eller forvekslinger af lægemidler og andre lægemiddelrelaterede problemer, som resulterer i medicineringsfejl.

I 2018 leverede styrelsen blandt andet materiale til en analyse omkring tramadol, forveksling af oxycodonhydrochlorid-dispenseringsformer, medicineringsfejl i forbindelse med brug af colchicine og problemstillinger ved substitution af amphotericin B.

Som supplement til Lægemiddelstyrelsens fokus på biologiske og biosimilære lægemidler har Styrelsen for Patientsikkerhed en løbende overvågning i DPSD af utilsigtede hændelser, hvor disse produkter indgår. På den baggrund blev viden fra rapporteringssystemet formidlet i *Bivirkningsindberetninger om og forbrug af udvalgte biologiske lægemidler*, marts 2018.

Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA) påbegyndte i 2018 en undersøgelse af problematikken, hvor methotrexat i tabletform fejlagtigt doseres dagligt i stedet for én gang ugentligt. Styrelsen supplerede Lægemiddelstyrelsen med årsager til forvekslingen og forslag til tiltag baseret på erfaringer fra utilsigtede hændelser.

Styrelsen for Patientsikkerhed erfarede i 2018 via utilsigtede hændelser og henvendelser, at der er risiko for doseringsfejl ved ordination af Xarelto® Startpakke. Risikoen skyldes, at ikke alle medicinmoduler kan håndtere, at der pga. de to forskellige styrker af tabletter i samme pakning kræves to forskellige doseringer i en ordinationsperiode. Efterfølgende gik Styrelsen for Patientsikkerhed, Lægemiddelstyrelsen, FMK og MedCom sammen for at se på problemstillingerne. I november udsendte Styrelsen for Patientsikkerhed en OBS-meddelelse om problematikken.

3.2 Patientsikkerhedsrapporten – bidrag fra sundhedsvæsenet 2018

Ifølge Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet skal regioner, kommuner og privathospitaler m.v. sende oplysninger om analyser, opfølgingsplaner og handleplaner på baggrund af rapporterede utilsigtede hændelser, når Styrelsen for Patientsikkerhed anmoder om det.

I januar 2019 bad Styrelsen for Patientsikkerhed regioner, kommuner og privathospitaler indsende beskrivelser af afsluttede og igangværende forbedringsprojekter inden for følgende kategorier: risikosituationslægemidler, patientovergange og korrekt håndtering af rapporterede utilsigtede

hændelser. Derudover havde de mulighed for at beskrive forbedringsprojekter med andre temaer end de tre førnævnte.

De indhentede oplysninger publiceres i *Patientsikkerhedsrapporten – bidrag fra sundhedsvæsenet 2018*. Rapporten er tænkt som et elektronisk opslagsværk, hvor det er muligt for sundhedspersoner at søge viden og inspiration til indsatsområder og forbedringsinitiativer. Rapporten forventes offentliggjort maj 2019.

4 Råd og udvalg

4.1 Fagligt Forum for Patientsikkerhed

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

Opgaver og funktioner:

- sparring til Styrelsen for Patientsikkerhed på det faglige niveau
- faglig sparring til Styrelsen for Patientsikkerheds publikationer
- drøftelser af faglige resultater, fx læringsaktiviteter
- forslag til emner, der bør belyses på nationalt niveau
- udveksling og drøftelse af aktuelle emner på lokalt, nationalt og internationalt niveau.

Fagligt forum er sammensat af repræsentanter for:

- regionerne
- kommunerne
- Kommunernes Landsforening
- almen praksis
- praktiserende speciallæger
- patientrepræsentant udpeget af Danske Patienter
- patientrepræsentant udpeget af Danske Handicaporganisationer
- private sygehuse
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed
- Styrelsen for Patientsikkerhed.

I 2018 blev der afholdt tre møder i Fagligt Forum. På møderne har drøftelserne blandt andet omhandlet lokale patientsikkerhedstiltag og vidensdeling, læringskultur, henvisninger og visitation af patienter, FMK, utilsigtede hændelser fra patienter og pårørende, sengeheste og patienters fald fra seng og medicineringsproblematikker.

Det ene møde blev kombineret med en vidensdelingsdag, hvor kommunale og regionale patientsikkerhedsprojekter blev præsenteret og drøftet. Til vidensdelingsdagen kunne Fagligt Forums medlemmer invitere to deltagere med hver.

4.2 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 2018 blev der afholdt fire møder i driftsgruppen, hvor timeout, ændringsønsker og den nye release bl.a. blev drøftet. Der har især været fokus på at gennemgå og prioritere eksisterende ændringsønsker for at sikre enighed om fremtidig udvikling af DPSD.

4.3 Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet

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

Der blev i 2018 afholdt to møder i udvalget. Blandt emnerne var:

- medicinpriser
- sprøjter uden labels
- ordination af morfin
- komplekse doseringer
- methotrexat.

Det Rådgivende Udvalg for Medicinområdet er sammensat af repræsentanter fra Amgros, Apotekerforeningen, Region Hovedstaden, Danske Regioner, Dansk Lægemiddelinformation, Giftlinjen, Københavns Universitet, Syddansk Universitet, Aarhus Universitet, Kommunernes Landsforening, Lægemiddelindustriforeningen, Pharmakon, Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed.

5 Internationalt samarbejde

5.1 The International Medication Safety Network

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

5.2 Patientsikkerhed i Slovenien

Styrelsen for Patientsikkerhed yder konsulentbistand til implementeringen af et nationalt system til rapportering og læring af utilsigtede hændelser i Slovenien i et projekt finansieret af et legat fra EU's reformstøttekontor. I 2018 har der foregået et arbejde med at formulere en lovgivning ud fra de danske principper, forberede udbud af en teknisk platform for rapporteringen og ikke mindst at tage de første skridt mod en nationalt homogen patientsikkerhedskultur. Projektet løber til og med udgangen af 2019.

5.3 Rapportering af utilsigtede hændelser på Færøerne

I 2018 trådte sundhedsloven i kraft på Færøerne, som blandt andet gør rapportering af utilsigtede hændelser lovpligtig. Der var et ønske om at undersøge, om DPSD kan indføres som rapporteringssystem på Færøerne. Derfor har Styrelsen for Patientsikkerhed undersøgt og afdækket mulighederne og udfordringerne i anvendelsen af DPSD på Færøerne.

I september måned tog tre medarbejdere fra styrelsen til Torshavn for at undervise de færøske risikomanagere i brugen af DPSD og læring af utilsigtede hændelser. Der blev også holdt informationsmøde for ledelsen på Landssygehuset i Torshavn.

Der foregår i øjeblikket et arbejde med at afklare, om Færøerne ønsker at hjemtage landslægefunktionen og dermed også systemet til rapportering af utilsigtede hændelser.

5.4 WHO Global Ministerial Summit

D. 13.-14. april 2018 var 500 repræsentanter for sundhedsministerier i 44 lande fra hele verden samt centrale internationale organisationer samlet i Tokyo for at deltage i 3rd Global Ministerial Summit on Patient Safety. Fra Danmark deltog Styrelsen for Patientsikkerhed sammen med den danske sundhedsminister Ellen Trane Nørby, den danske ambassadør i Japan og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. På mødet blev en patientsikkerhedsdeklaration tiltrådt af de deltagende lande. Deklarationen styrker muligheden for at arbejde med en række problemstillinger på tværs af nationale skel. De konkrete områder, som Tokyo-deklarationen skal sikre global politisk opbakning til, er bl.a. patientsikkerhedskultur, investering i patientsikkerhed, og hvordan man kan regulere sundheds-it, så patienternes sikkerhed ikke sættes over styr.

5.5 EPSO og Care Quality Commission

EPSO er en sammenslutning af europæiske tilsynsmyndigheder inden for det sundheds- og socialfaglige felt. En del af samarbejdet mellem deltagerlandene er organiseret i arbejdsgrupper, og i 2018 har den engelske Care Quality Commission (CQC) ledet en arbejdsgruppe med fokus på forebyggelse af utilsigtede hændelser på baggrund af et projekt, der er mundet ud i en række anbefalinger til forebyggelse af såkaldte *never events*. Styrelsen for Patientsikkerhed har i regi af denne arbejdsgruppe præsenteret resultaterne af et samarbejde mellem danske myndigheder, apoteker og lægemiddelproducenter, som har elimineret en tidligere hyppig årsag til forvekslinger af en bestemt type blodfortyndende lægemidler. Denne case er medtaget i CQC's rapport om Never Events, *Opening the Door to Change*, som eksempel på, hvordan man gennem samarbejde og dialog kan forebygge alvorlige og dødelige utilsigtede hændelser.



6 Udvikling i rapporteringer

Denne del af årsberetningen indeholder opgørelser fra DPSD om udviklinger og mønstre i utilsigtede hændelser fra 2018.

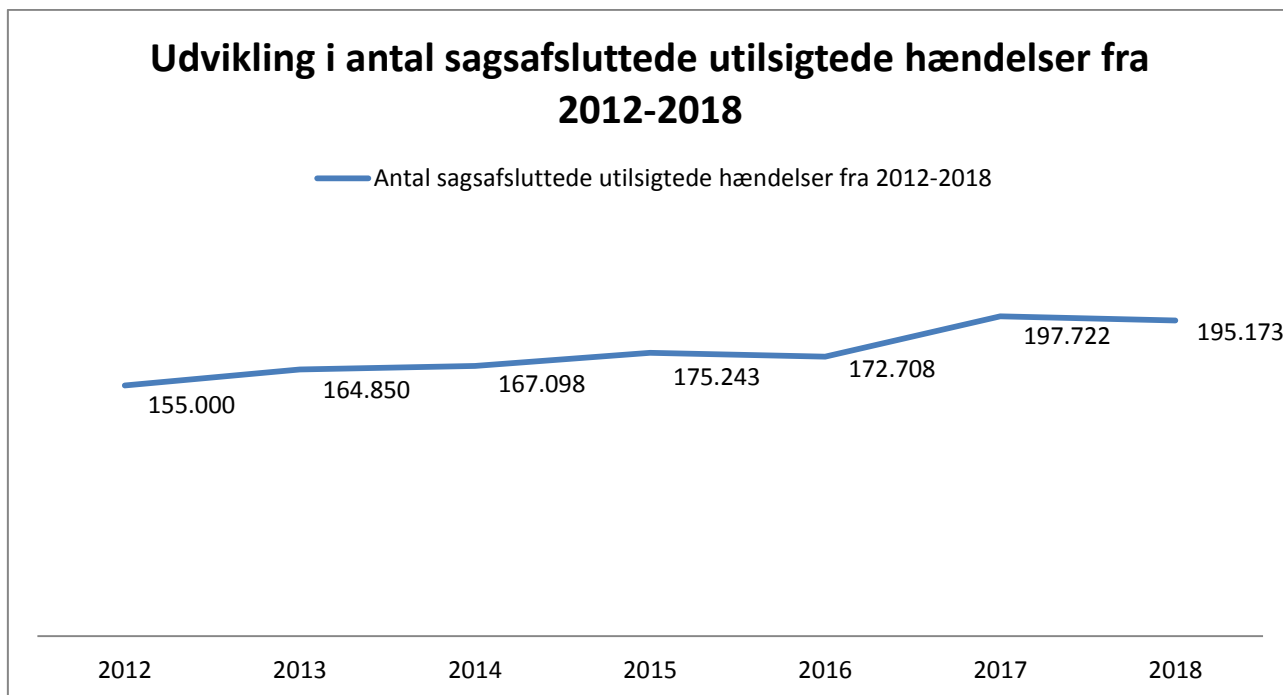
Data fra DPSD kan ikke anvendes til statistiske analyser, da antallet af rapporterede hændelser kan påvirkes af en række faktorer, fx periodevise fokusområder i sundhedsvæsenet. Ønsker man at klarlægge, om en patientsikkerhedsmæssig problemstilling er håndteret eller ej, vil det kræve en nærmere undersøgelse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

Styrelsen for Patientsikkerhed påpeger, at der i denne årsberetning er opgjort data for utilsigtede hændelser, der er sagsafsluttet i 2018, mens data i årsberetningen for 2017 blev opgjort på utilsigtede hændelser, der blev rapporteret i 2017. Den ændrede metode betyder, at data i denne årsberetning ikke kan sammenlignes med årsberetningen for 2017. Vi har valgt at opgøre data efter sagsafslutningsår, da sagsbehandlerne har 90 dage til at sagsbehandle utilsigtede hændelser, og Styrelsen for Patientsikkerhed ikke har adgang til at læse de utilsigtede hændelser, før de er anonymiserede og afsluttede. Dette medfører, at hændelser som er rapporteret i 2018 ikke nødvendigvis er sagsafsluttet, i 2018.

1.1 Rapporteringer til DPSD

I 2018 blev der sagsafsluttet 195.173 utilsigtede hændelser¹. Det totale antal utilsigtede hændelser er inklusiv samlerapporteringer, som udgør 16.953 af de 195.173 utilsigtede hændelser, som blev sagsafsluttet i 2018. 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 2012.

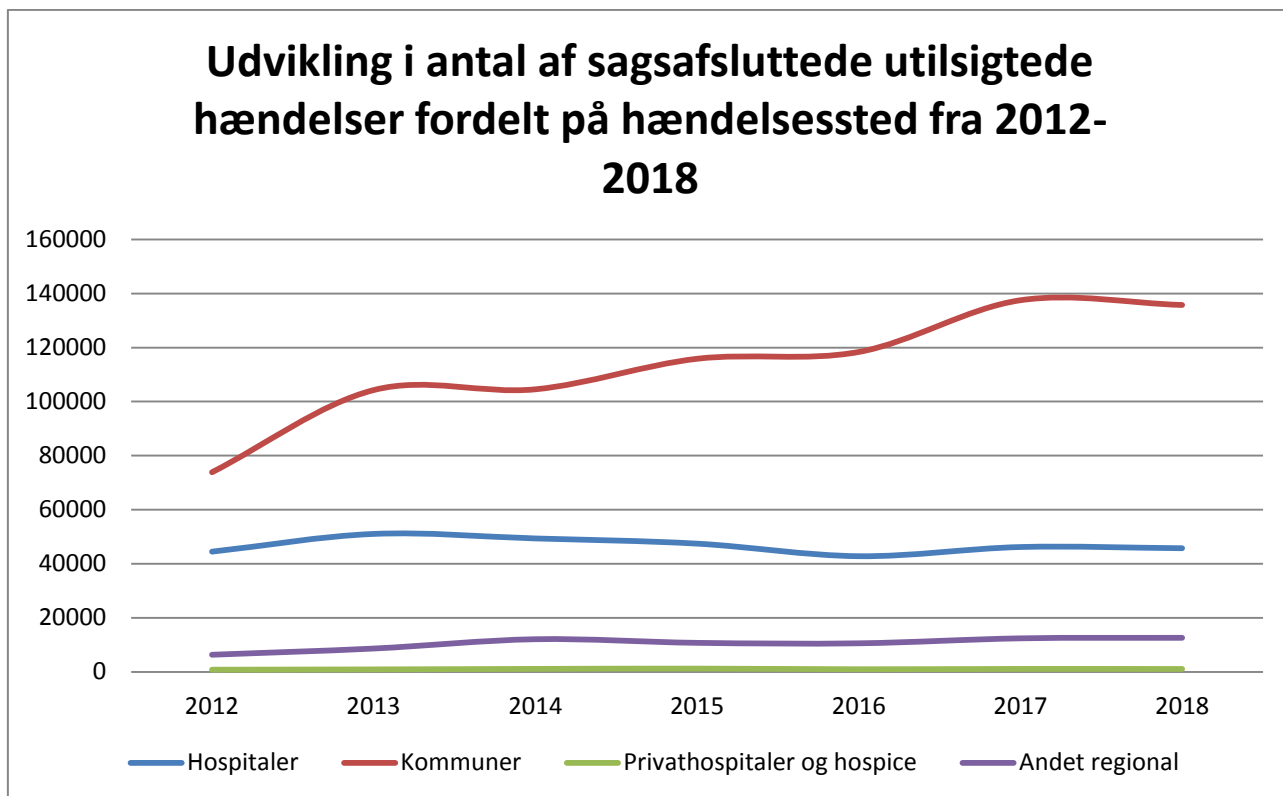
¹ En del af de afsluttede sager i 2018 er rapporteret i 2017 eller tidligere. Omvendt er en del af sagerne rapporteret i 2018 ikke afsluttede ved årets udgang.



Figur 1. Den samlede udvikling i antal sagsafsluttede utilsigtede hændelser i perioden 2012 til 2018

I 2018 blev der sagsafsluttet 2.549 færre utilsigtede hændelser end i 2017.

Figur 2 viser den årlige udvikling af sagsafsluttede utilsigtede hændelser siden 2012 fordelt på følgende hændelsessteder: hospitaler, andet regional (fx almen praksis), kommuner, samt privathospitaler og hospice. Antallet af sagsafsluttede utilsigtede hændelser har været stabilt fra 2017 til 2018.



Figur 2. Udviklingen i antal sagsafsluttede utilsigtede hændelser i perioden 2012 til 2018 fordelt på hospitaler, kommuner, privathospitaler og hospice samt andet regional som hændelsessted.

1.2 Fordeling af sagsafsluttede utilsigtede hændelser på hospitaler, andet regional, kommuner samt privathospitaler og hospice

I dette afsnit er tabeller og figurer inddelt i henholdsvis:

- hospitaler
- andet regional
- privathospital og hospice
- kommuner.

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

Hændelsessted	Omfatter
Hospitaler	<ul style="list-style-type: none"> • offentlige sygehuse
Andet regional	<ul style="list-style-type: none"> • apoteker • praktiserende jordemødre • praktiserende læger (almen praksis) • speciallæger • præhospital og ambulancer • psykologer • regionale botilbud • tandlæger og tandplejere • terapeuter og kiropraktorer • vagtlægeordningen
Privathospitaler og hospice	<ul style="list-style-type: none"> • privathospitaler • hospice
Kommuner	<ul style="list-style-type: none"> • den kommunale tandpleje • forebyggelsescentre • hjemmeplejen • hjemmesygeplejen • kommunelæger • misbrugsbehandling • plejeboliger • sociale botilbud • sundheds- og sygeplejecentre • sundhedsplejersker • øvrige tilbud til borgere med handicap • træning • andet

Tabel 1. Oversigt over inddeling af sundhedsvæsenet.

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

I tabellen er de områder, der udgør over 10 procent af det samlede antal utilsigtede hændelser markeret med gult. Ved sammenligning med 2017 er det de samme områder, der er udfordringer for og fokus på.

DPSD-klassifikation	Hospital		Andet regional		Kommune		Privat	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ambulancer, akutbiler, helikoptere mv.	0	0	72	0,57	0	0	0	0
Anden utilsigtet hændelse	2845	6,22	594	4,71	5102	4,29	39	3,68
Behandling og pleje	6538	14,29	396	3,14	4500	3,79	52	4,90
Blod og blodprodukter	311	0,68	0	0,00	12	0,01	1	0,09
Gasser og luft	150	0,33	4	0,03	80	0,07	4	0,38
Henvisninger, ind-/udskrivelse og medicinlister	4149	9,07	397	3,15	928	0,78	71	6,69
Infektioner	429	0,94	48	0,38	2637	2,22	8	0,75
IT, telefoni, infrastruktur, bygninger mv.	878	1,92	154	1,22	312	0,26	7	0,66
Kirurgisk behandling herunder ECT, anæstesi mv.	797	1,74	50	0,40	17	0,01	19	1,79
Medicinering, herunder væsker	11.713	25,60	6002	47,62	78.945	66,45	336	31,67
Medicinsk udstyr, hjælpemidler, røntgen mv.	1339	2,93	146	1,16	552	0,46	10	0,94
Overlevering af information, ansvar, dokumentation	5821	12,72	611	4,85	2589	2,18	98	9,24
Patientidentifikation	1354	2,96	590	4,68	0	0	36	3,39
Patientuheld herunder bl.a. fald og brandskader	1636	3,58	734	5,82	22.537	18,97	252	23,75
Præhospital behandling	0	0	104	0,83	0	0,00	0	0,00
Prøver, undersøgelser og prøvesvar	6318	13,81	2002	15,88	165	0,14	94	8,86
Selvskade og selvmord	381	0,83	36	0,29	153	0,13	1	0,09
Sundhedfaglig visitation, telefonkonsultation	1067	2,33	571	4,53	0	0	18	1,70
Teknisk disponering	0	0	85	0,67	0	0	0	0
Ikke udfyldt	26	0,06	9	0,06	273	0,23	15	1,41
Total	45.752	100	12.605	100	118.802	100	1061	100

Tabel 2. Antal sagsafsluttede utilsigtede hændelser i 2018 fordelt på DPSD-klassifikation og hændelsessted. De gule felter viser, hvor hændelsesklassifikationen udgør mindst 10 procent af det samlede antal utilsigtede hændelser i forhold til lokationen.

1.3 Graden af alvorlighed

Styrelsen for Patientsikkerhed har undersøgt, hvordan hændelserne fra 2018 blev klassificeret i forhold til alvorlighed. 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.

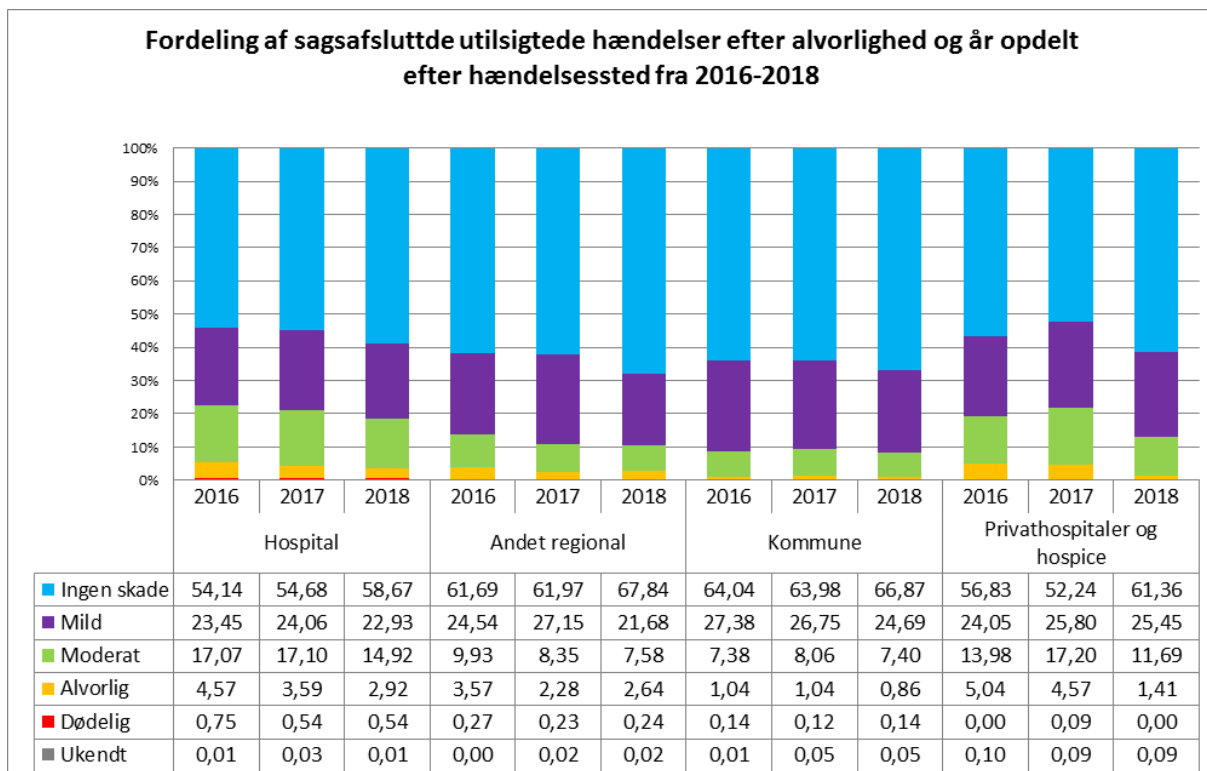
Hændelser, der bliver klassificeret med '*alvorlig*' eller '*dødelig*' konsekvens for patienten, er ofte enkeltstående hændelser. I tabel 3 ses definitionerne for alvorlighedsklassifikationen.

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 alvorlighedsklassifikationen af utilsigtede hændelser.

Figur 3 viser den procentvise fordeling af alvorlighedsklassifikationen på de forskellige lokationer. I figuren kan man se, at de fleste hændelser er alvorlighedsklassificeret som '*ingen skade*' og '*mild*'. Når en utilsigtet hændelse ikke har medført skade for patienten, kan det være, fordi det ikke var farligt, eller fordi det blev afværget og dermed var en "nær-hændelse", som potentielt kunne have medført skade for patienten. Læringen fra disse hændelser er vigtig for patientsikkerheden.

Selvom det er den mindste andel af hændelserne, som er klassificeret som '*moderate*', '*alvorlige*' og '*dødelige*', er læring fra hver eneste hændelse vigtig for at forebygge, at det sker igen.

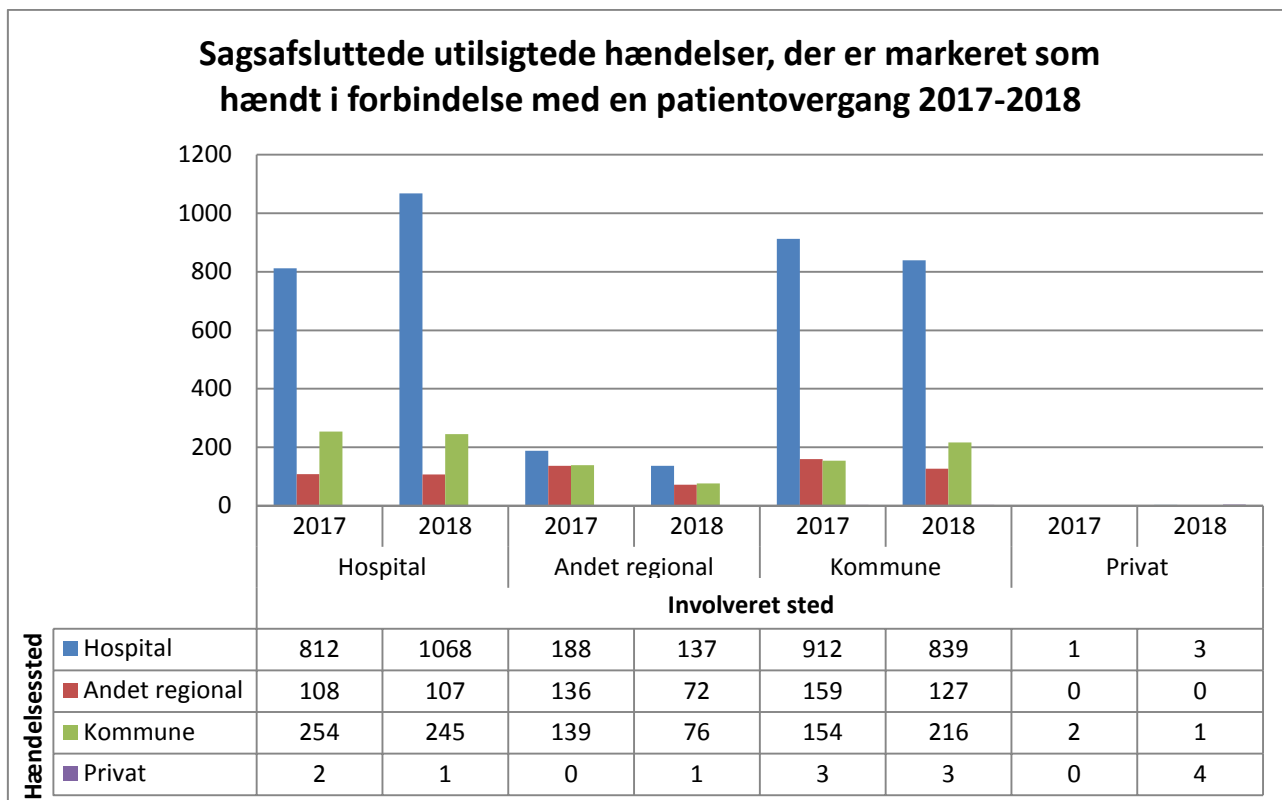


Figur 3. Tallene er baseret på utilsigtede hændelser fra 2016-2018, som er sagsafsluttet og indsendt til Styrelsen for Patientsikkerhed.

1.4 Utilsigtede hændelser i patientovergange

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

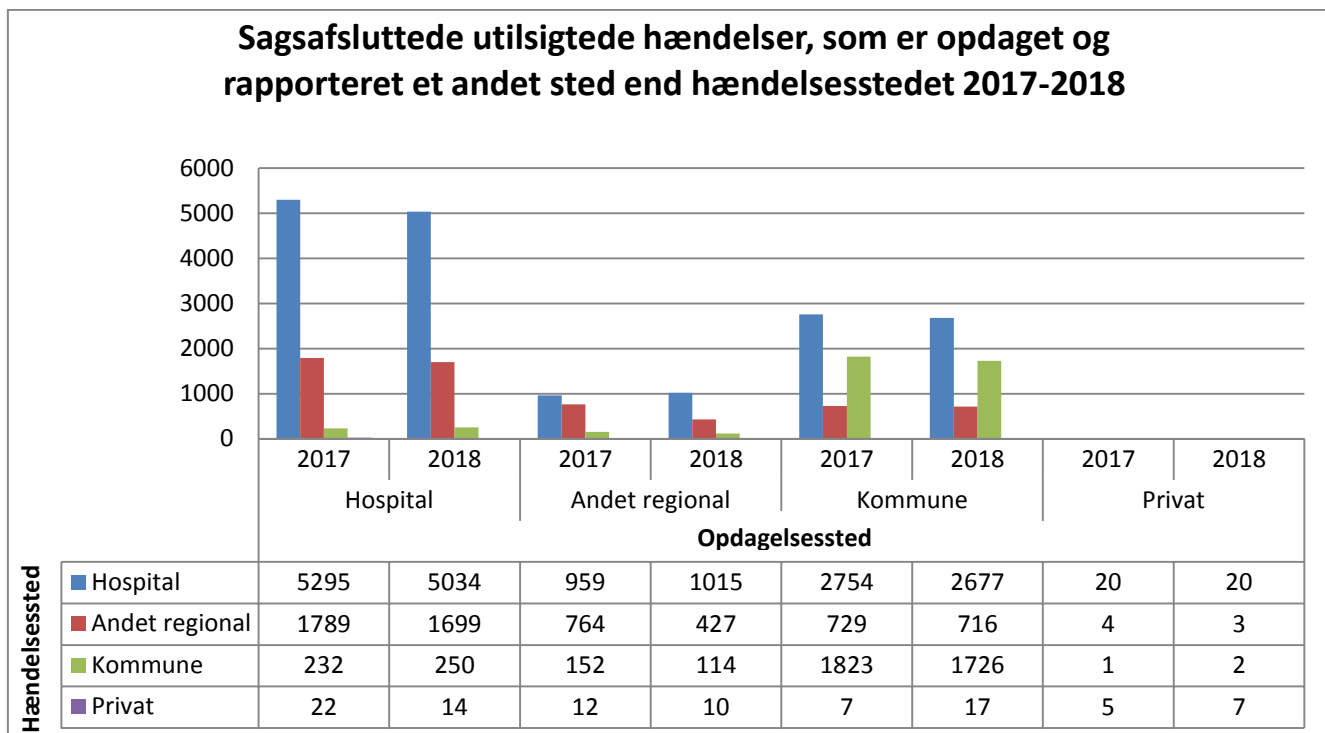
Utilsigtede hændelser i patientovergange omfatter utilsigtede hændelser, hvor sagsopfølgningen kræver involvering af både hændelsesstedet og det/de involverede sted(er) i opfølgningen på hændelsen. Det er den lokale sagsbehandler, som skal angive, at der er tale om en patientovergangshændelse. Dette kan samtidig betyde, at det ikke altid bliver registeret som en patientovergangshændelse, selvom det reelt har været tilfældet. Tallene vil derfor ikke afspejle, hvor mange patientovergangshændelser der har fundet sted.



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

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

Mange hændelser bliver opdaget et andet sted end der, hvor de har fundet sted. Dette kan sagsbehandleren markere som '*opdagelsessted*'. I nedenstående figur 5 ses, at 13.731 sagsafsluttede hændelser blev markeret med andet *opdagelsessted* i 2018. Disse hændelser er vigtige, fordi de utilsigtede hændelser først bliver opdaget af næste led i pleje- eller behandlingskæden. Det sundhedsfaglige område, hvor hændelsen har fundet sted, kan derfor være uvidende om, at der er sket en utilsigtet hændelse.



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

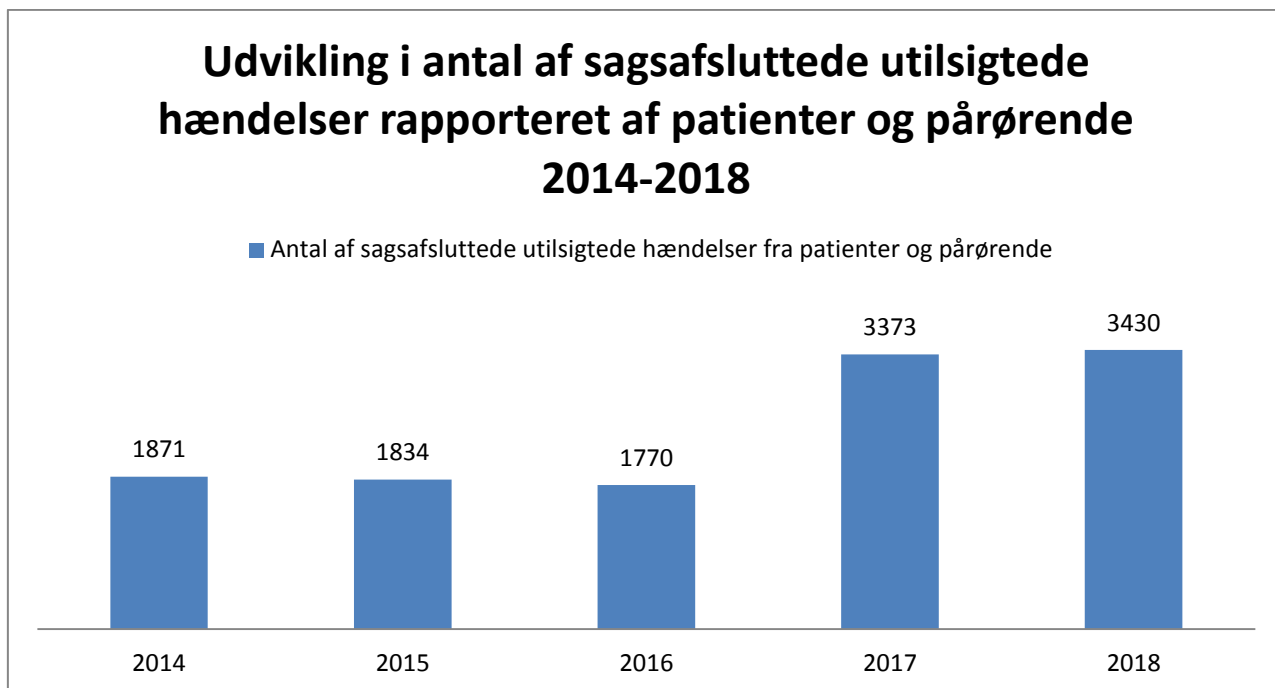
Det ses i 2018, at der er sagsafsluttet 250 hændelser, hvor hændelsesstedet var en kommune, men opdagelsesstedet var på et hospital. Omvendt er der sagsafsluttet 2.677 hændelser, hvor hændelsesstedet var et hospital, men opdagelsesstedet var i en kommune. Der er blevet sagsafsluttet 5.034 hændelser, hvor opdagelsesstedet var på ét hospital/én hospitalsafdeling, men som blev opdaget på en anden hospitalsafdeling eller et andet hospital.

1.5 Utilsigtede hændelser rapporteret af patienter og pårørende

I 2018 blev der sagsafsluttet 3430 utilsigtede hændelser rapporteret fra patienter og pårørende. Rapporteringer fra patienter og pårørende udgør 1,75 procent af alle utilsigtede hændelser, der er sagsafsluttet i 2018.

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

I figur 6 ses, at antallet af rapporteringer fra patienter og pårørende er steget markant fra 2016 til 2017 og har holdt niveauet i 2018. Det forventes, at effekten af kampagnen først kan ses i 2019, da der kan være utilsigtede hændelser, der er rapporteret i 2018, som ikke er afsluttet endnu.

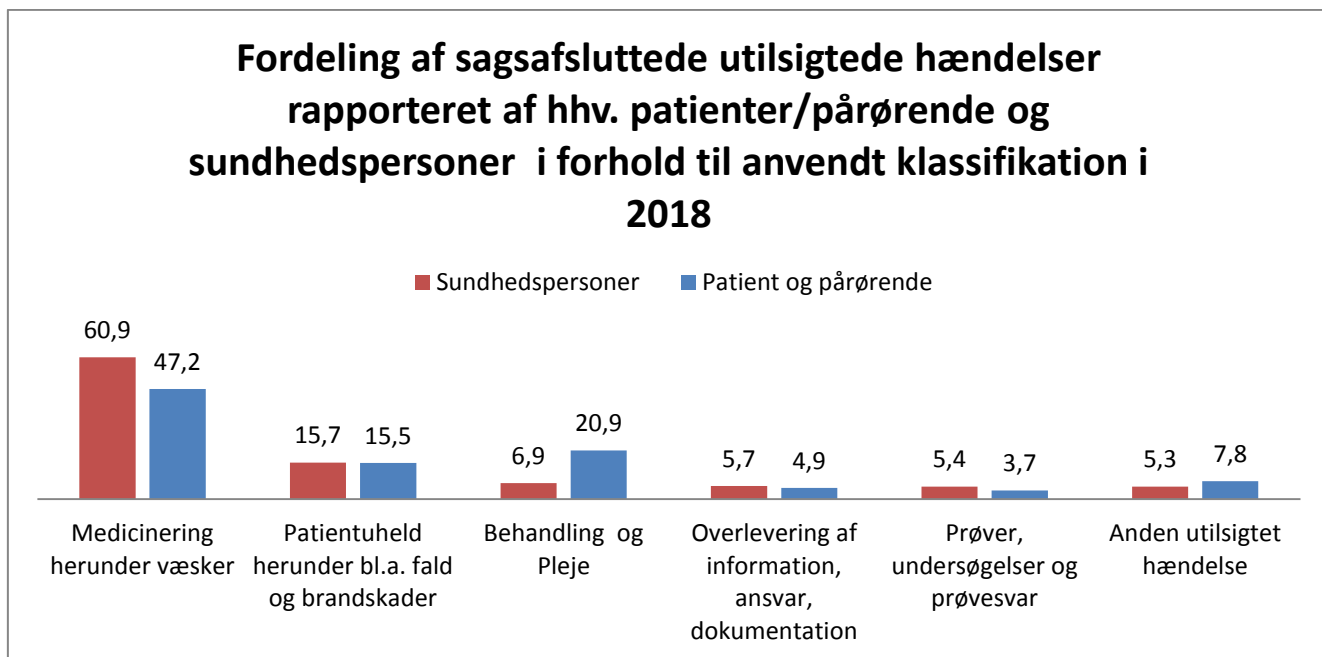


Figur 6. Antal af sagsafsluttede utilsigtede hændelser rapporteret af patienter og pårørende i perioden 2014-2018.

Mønstre i utilsigtede hændelser rapporteret af patienter og pårørende

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

Den næsthypigste anvendte klassifikation fra patienter/pårørende er 'Behandling og pleje', mens det for sundhedspersoner er 'Patientuheld, herunder bl.a. fald og brandskader'.

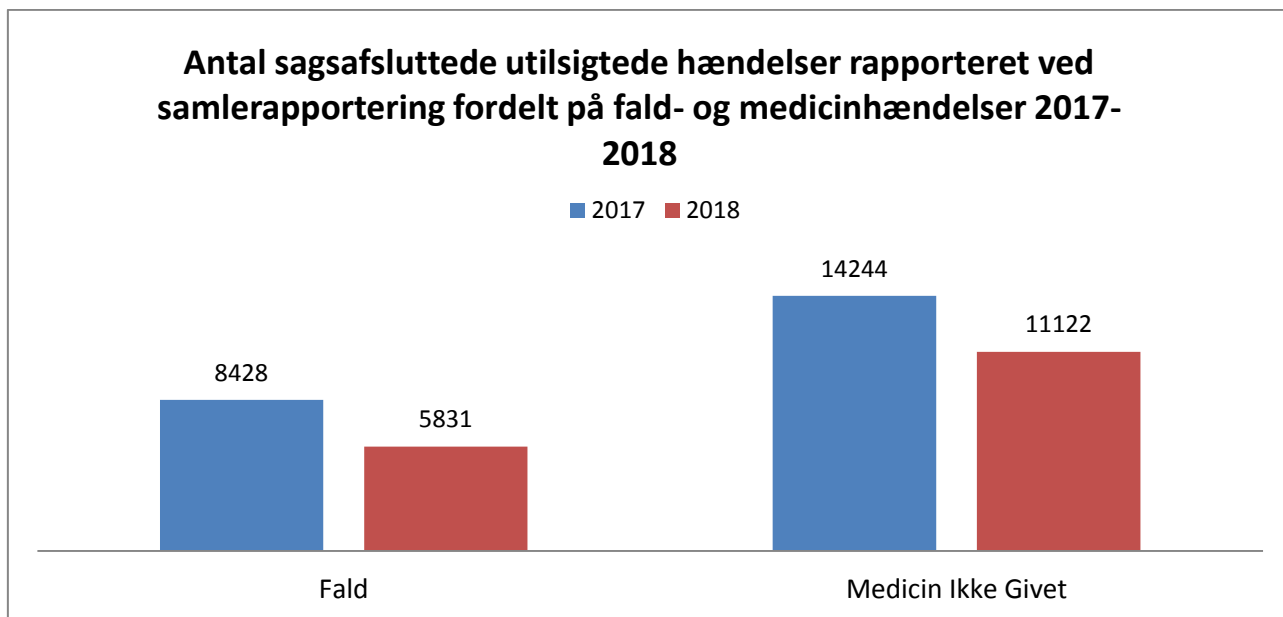


Figur 7. Fordeling af sagsafsluttede utilsigtede hændelser rapporteret af hhv. patienter/pårørende og sundhedspersoner i forhold til anvendt klassifikation i 2018. Tallene er angivet i procent.

1.6 Samlerapportering

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte i 2017 pilotprojektet 'Samlerapportering' i samarbejde med 10 kommuner. Formålet var at undersøge, om samlerapportering til DPSD kunne skabe kortere læringsloops og mere kvalitet i det lokale læringsarbejde, samtidig med at det blev lettere at rapportere utilsigtede hændelser. Det er besluttet, at samlerapportering skal udbredes til alle landets kommuner. I løbet af foråret 2019 inviterer Styrelsen for Patientsikkerhed de første kommuner til at implementere samlerapportering af utilsigtede hændelser i forbindelse med sundhedsfaglig behandling og pleje.

I figur 8 ses antallet af sagsafsluttede utilsigtede hændelser rapporteret ved samlerapportering i de 10 kommuner fordelt på fald- og medicinuhændelser for 2017 og 2018.



Figur 8. Antal sagsafsluttede utilsigtede hændelser rapporteret ved samlerapportering fordelt på fald- og medicin hændelser 2017 og 2018

7 Bilag

Bilag 1 Kommunikation og formidling 2018 – OBS-meddelelser, nyheder, artikler og andre typer af publikationer

Artikler i fagblade og fagmedier:

- Utilsigtede hændelser med orale antikoagulantia. Ugeskrift for Læger nr. 16/2018, 6. august
- High-risk Medications Identified from The Danish Patient Safety Database and the Challenge of Dissemination. Journal of Patient Safety and Risk Management, <https://doi.org/10.1177/2516043518815020>, 11. november

OBS-meddelelser:

- OBS-meddelelse: Vær opmærksom på risiko for fejldosering med Xarelto® Startpakke, 9. november

Nyheder på stps.dk:

- Sådan beskyttes oplysninger fra rapporterede utilsigtede hændelser, 23. januar
- Invitation til forskere: Dialogmøde om utilsigtede hændelser, 12. februar
- Øget rapportering styrker patientsikkerhedsarbejdet, 6. juni
- Orientering om sikre arbejdsgange omkring methotrexat, 12. juni
- Patientsikkerhedskulturen er stærk i hele landet, 23. juli
- Mere sikker ordination af blodfortyndende midler, 24. august
- Ny kampagne skal få patienter og pårørende til at rapportere utilsigtede hændelser, 1. november
- Ny kampagne skal forebygge fejl med methotrexat i plejesektoren, 7. december

Pjecer og andre typer af læringsprodukter:

- Pjece: Sikker håndtering af tandlægepatienter i antitrombotisk behandling, 8. februar
- Pjece: Hjælp os med at blive endnu bedre, 1. november
- Infokort: Ny epikrisevejledning 2019, 1. november

Bilag 2 Foredrag og undervisning 2018

Januar

- Dialogmøde med lægemiddelindustrien om UTH'er i insulinbehandlingen, 23. januar

April

- Patientsikkerhedskonference 2018 – præsentation på workshoppen 'Medicin uden skade' samt heldagsworkshop "Tilsyn og læring", 17. april
- Lægemiddelstyrelsen, Lægemiddelgodkendelse. Præsentation af DPSD og arbejdet med medicineringsfejl, 25. april

Maj

- IHI/BMJ - The International Forum on Quality and Safety in Healthcare, Amsterdam. Poster "Gathered reporting", 3.- 4. maj
- Tværsektorielle risikomanagernetværk Region Hovedstaden, oplæg om styrelsens arbejde med utilsigtede hændelser i patientovergange, 7. maj

Juni

- AK-sygeplejersker i Østdanmarks netværksmøde. "UTH ved sektorovergang: Fokus på antikoagulantia", 7. Juni
- Oplæg om tendenser ved rapporterede medicineringsfejl i DPSD til referencegruppe-møde i forbindelse med Medicin uden skade, 7. juni
- Global summit on drug product labelling and packaging safety. Silver Spring, USA, 19.-20. juni

August

- Temaeftermiddag om patientsikkerhed for lokale patientsikkerhedsansvarlige i Vejle Kommune. To oplæg: "Samlerapportering" og "Medicinering og utilsigtede hændelser", 27. august
- Møde med Gigtforeningen ang. methotrexat i samarbejde med Lægemiddelstyrelsen, 29. august

September

- Undervisning om utilsigtede hændelser med medicin med særligt fokus på psykofarmaka i forbindelse med kursus om rationel medicin håndtering for sygeplejersker i Region H, der arbejder med psykiatriske patienter, 12. september
- Grundkursus i Patientsikkerhed, Region Midtjylland og Region Nordjylland, oplæg om: "Patientsikkerhedsloven", 19. september
- Færøerne, "Brug af DPSD og læring af utilsigtede hændelser", 24.-25. september

- Oplæg om utilsigtede hændelser ift. børnevaccinationsprogrammet til SSI's vaccinedag, 25. september

Oktober

- Oplæg i EPSO-arbejdsgruppe om ændring af Innohep og Fragmin styrke-angivelser på baggrund af utilsigtede hændelser, 10. oktober
- Poster på Københavns Kommunes Kvalitetskonference om læringsaktiviteter i Styrelsen for Patientsikkerhed, 23. oktober

November

- Patientsikkerhedskonference for Primærsektor, heldagsworkshop om "Tilsyn og Læring", 1. november
- Oplæg om utilsigtede hændelser i medicinbehandlingen ved Type2dialog - kvalitetsudvikling og tilsyn på medicin i ældreplejen og psykiatrien, 23. november

Bilag 3 Partnerskaber, samarbejder og forskerservice 2018

- Søgning for Lægemiddelstyrelsen omkring substitution af amphotericin B (i DK Ambisone og Fungizone).
- Søgning for Lægemiddelstyrelsen omkring biologiske lægemidler 1. juli – 31. december 2017.
- Søgning for Lægemiddelstyrelsen omkring tramadol og afhængighed. Resulterer i større søgning som Lægemiddelstyrelsen selv gennemlæste.
- Leo Pharma – Gennemgang af Innohep-hændelser for 2017 for at se om intervention af navn og styrke har haft effekt.
- EMA undersøger problemstillingen med methotrexat og daglig/ugentlig forveksling. De beder om kerneårsagsanalyser og forslag til tiltag – alvorlige og dødelige hændelser undersøges først. Svar sendt til Lægemiddelstyrelsen d. 7. maj
- Bispebjerg Hospital – Overses eller går information af betydning for lægemidlers sikkerhedsprofil tabt som følge af bivirkninger, medicineringsfejl og forgiftninger indberettes til forskellige databaser?
- Henvendelse fra Lægemiddelstyrelsen som har modtaget en henvendelse fra den britiske læge-middelstyrelse MHRA, som bla. spørger til medication errors i forbindelse med brug af colchicine.
- Analyse af søgning på forveksling af oxycodonhydrochlorid dispense-ringsformer fra 2013-2018 til Lægemiddelstyrelsen.