

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato:

Kontor: 1.s.kt.

J.nr.: 2005-1537-54

Sagsbeh.: cav

Fil-navn: Alm. del-spm. 36

Besvarelse af spørgsmål nr. 36 (Alm. del), som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 17. oktober 2005

Spørgsmål 36:

"I det omfang en patient har været udsat for en ulykke i forbindelse med behandling inden for det offentlige sygehusvæsen, f.eks. hvor den pågældende er faldet ud af en bærelift og er kommet til skade, bedes ministeren oplyse, hvordan man definerer sådanne ulykker. Hvilke forpligtelser er der til undersøgelse af årsager til sådanne ulykker og forebyggelse af, at lignende ulykker sker m.v. som en parallel til arbejdsmiljølovgivningens regler i forbindelse med ulykker for ansatte."

Svar:

Ulykker, som patienter kommer ud for i forbindelse med behandling inden for det offentlige sygehusvæsen, betegnes forskelligt alt efter hvilken lovgivning, der regulerer de forskellige konsekvenser af ulykken. For eksempel tales der inden for patientforsikringsretten om et "ulykkestilfælde", jf. patientforsikringsloven § 3, stk. 2. (Vedrørende adgangen til erstatning fra patientforsikringsordningen henvises til min besvarelse af spm. 37 (alm. del)).

Inden for de senere år er samlebetegnelsen "utilsigtet hændelse" dog nok blevet den mest almindelige betegnelse. Definitionen på en utilsigtet hændelse findes i § 2, stk. 1, i lov nr. 429 af 10. juni 2003 om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet. Bestemmelsen siger, at "Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der er en følge af behandling eller ophold på sygehus, og som ikke skyldes patientens sygdom, og som samtidig enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller på grund af andre omstændigheder ikke indtraf. Utilsigtede hændelser omfatter både på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl."

Efter patientsikkerhedsloven, som trådte i kraft den 1. januar 2004, skal sundhedspersoner, der bliver opmærksom på en utilsigtet hændelse i forbindelse med en patients behandling eller ophold på sygehus rapportere hændelsen til en patientsikkerhedsenhed i den pågældende amtskommune.

Amtskommunen analyserer hændelsen med henblik på at finde ud af for det første hvilke systemsvigt, som var årsag til, at hændelsen opstod, og for det andet, hvordan det kan forebygges, at lignende hændelser sker igen. Konklusionerne fra analysen munder ud i umiddelbare lokale, generelle tiltag, som for eksempel ændrede retningslinier, arbejdsgange eller organi-

sering på den enkelte afdeling, sygehuset eller flere sygehuse i amtskommunen samt i en vidererapportering til Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen samler konklusionerne på de rapporter fra hele landet, som styrelsen modtager. Styrelsen udsender nyhedsbreve om udvalgte hændelser og risikoområder samt en årsrapport om patientsikkerhedsordningen. Herudover samler styrelsen op på tilbagevendende tendenser i større temarapporter om specifikke områder, ligesom styrelsen har mulighed for at reagere med omgående advarsler og indgreb, hvis patientsikkerhedsordningen afslører særligt farlige risikoområder.

Sundhedspersonalet har taget godt imod ordningen. Patientsikkerhedsdatabasen modtog ca. dobbelt så mange rapporter som forventet i sit første leveår: Hele 5700 rapporter – og tallet for 2005 tyder på at blive endnu højere. Systemet får således et stadig større grundlag at uddrage læring af, så meningsløse gentagelser af hændelserne kan forebygges.

Jeg kan i øvrigt oplyse, at Sundhedsstyrelsen primo november 2005 forventer at kunne udsende en temarapport om medicinhåndtering med forslag til konkrete initiativer til forebyggelse af fejl og utilsigtede hændelser på området. Temarapporten er udarbejdet på baggrund af ca. 1800 rapporter fra patientsikkerhedssystemet i 2004.

Ved siden af patientsikkerhedsordningen findes fortsat det almindelige klage- og tilsynssystem, som undersøger, hvorvidt de involverede sundhedspersoners faglige virksomhed i forbindelse med ulykken levede op til almindelig, anerkendt faglig standard. Afgørelser herom træffes af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Nævnet offentliggør hver måned 20 anonymiserede afgørelser til brug for læring og kvalitetsforbedringer i sundhedsvæsenet.

Endelig skal det for en god ordens skyld bemærkes, at såfremt en patients fald fra en bærelift eller lignende skyldes en teknisk fejl ved selve liften, skal hændelsen ikke rapporteres til patientsikkerhedssystemet. Hændelsen skal i stedet rapporteres til Lægemiddelstyrelsen, som fører kontrol med medicinsk udstyr.