

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 7. juni 2007
Kontor: Sundhedspolitisk kt.
J.nr.: 2007-12100-310
Sagsbeh.: HBR
Fil-navn: patientsikkerhed/SUU 513 erfaringer

**Besvarelse af spørgsmål nr. 513 (Alm. del), som Folke-
tingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og
sundhedsministeren den 11. maj 2007**

Spørgsmål 513:

"Der ønskes en redegørelse for rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser, herunder hvilke erfaringer man har gjort sig på nuværende tidspunkt om omfanget af utilsigtede hændelser fordelt på de tre hændelseskategorier og systemets forebyggelsespotentiale. Har ministeren på baggrund af den nuværende viden gjort sig nogle overvejelser om kommende ændringer af rapporteringssystemet eller andre tiltag til styrkelse af patientsikkerheden og forebyggelse af utilsigtede hændelser?"

Svar:

Lov om patientsikkerhed trådte i kraft 1. januar 2004. Reglerne om patientsikkerhed blev med virkning fra 1. januar 2007 videreført som kapitel 61 i sundhedsloven. Det overordnede mål med at indføre et nationalt rapporteringssystem for utilsigtede hændelser var at forbedre patientsikkerheden gennem indsamling, analyse og formidling af viden om utilsigtede hændelse.

Det er efter reglerne om patientsikkerhed obligatorisk for sundhedspersoner at rapportere de utilsigtede hændelser, der sker i sygehusvæsenet, og som de selv har været involveret i, som de observerer hos andre eller som de i kraft af deres erhverv bliver opmærksomme på. Sundhedspersonerne rapporterer til regionen (primær rapportering), som analyserer og anonymiserer hændelserne, hvorefter de indsendes til Sundhedsstyrelsen (sekundær rapportering).

Da systemet blev implementeret skulle utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinering, operative invasive hændelser samt andre alvorlige hændelser rapporteres. Efter ønske fra de tidligere amtskommuner blev disse hændelseskategorier ophævet i september 2006. Fra denne dato skal alle utilsigtede hændelser rapporteres.

Før indsendelse til Sundhedsstyrelsen kategoriseres hændelserne i regionen i 9 forskellige kategorier, herunder medicinering og operative invasive hændelser.

Nedenfor er vist antallet af rapporter i den primære og den sekundære rapportering fra 2004-2006:

År	Primær rapportering	Sekundær rapportering
2004	5740	5073
2005	11.401	9096
2006	15.556	12.370

Det bemærkes, at det er aftalt med regionerne, at regionerne har 90 dage til at færdiggøre deres analyser. Dette forklarer forskellen på antallet af rapporterede hændelser til regionerne og antallet af rapporter indsendt til Sundhedsstyrelsen.

Som det fremgår af tabellen har antallet af rapporter i såvel den primære som den sekundære rapportering gennem de godt 3 år, systemet har eksisteret, været stærkt stigende. Fordelingen af rapporterne på de tidligere obligatoriske hændelseskategorier har været nogenlunde konstant gennem de 3 år, således at 35-40 % omhandlede hændelser i forbindelse med medicinering, 6-12 % omhandlede operative invasive hændelser og resten kom i kategorien andre hændelser.

Rapporteringssystemet er ikke et statistisk register, og stigningen er ikke et udtryk for, at antallet af hændelser stiger, men sandsynligvis et udtryk for at sundhedspersonerne er blevet mere bevidste om og mener, at det er nyttigt at rapportere utilsigtede hændelser.

Lokalt i regionerne har resultaterne af analyserne af hændelserne givet anledning til gennemgang og forbedring af adskillige arbejdsprocesser og implementering af nye lokale instrukser til forbedring af patientsikkerhed. Centralt i Sundhedsstyrelsen er der på baggrund af rapporterne om utilsigtede hændelser udarbejdet udredninger om selvmord, medicinhandling, operative invasive indgreb samt blod og vævsprøver. Udredninger indeholder anbefalinger til regionerne om forebyggelse af lignende hændelser.

Endvidere er der udsendt vejledninger fra Sundhedsstyrelsen med baggrund i rapporterne om utilsigtede hændelser (vejledning af 30. juni 2006 til sikring mod forvekslinger ved kirurgiske indgreb ("De fem trin"), vejledning af 30. juni 2006 om ordination og håndtering af lægemidler samt vejledning af 22. februar 2007 om epikriser ved udskrivelse fra sygehus). Der er med baggrund i de rapporterede utilsigtede hændelser også udsendt mange OBS meddelelser med orientering til regionerne om aktuelle patientsikkerhedsproblemstillinger.

Patientsikkerhedsordningen blev – i overensstemmelse med forudsætningerne i forarbejderne til patientsikkerhedsloven – evalueret af Rambøll i sommeren 2006. Evalueringen, som blev offentliggjort i september 2006, viste, at patientsikkerhedsordningen i overvejende grad fungerer godt på sygehusene, i regionerne og i Sundhedsstyrelsen i forhold til opgaverne omkring modtagelse af rapporter og vejledning af sundhedsvæsenet. I evalueringen blev det fremhævet, at reglerne har sat fokus på patientsikkerhed

og dermed også skærpet sundhedspersonernes fokus i praksis. Reglerne om patientsikkerhed er således i sig selv en faktor, der virker fremmende for arbejdet med patientsikkerhed.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet arbejder aktuelt med at konkretisere en model for udbredelsen af patientsikkerhedsordningen til den primære sundhedssektor. Disse overvejelser vedrører en udvidelse til såvel det kommunale sundhedsvæsen som til apotekerne og praksissektoren, herunder bl.a. alment praktiserende læger og privatpraktiserende speciallæger.

Jeg kan tilføje, at regeringen i forbindelse med første temamøde om kvalitetsreformen "Frit valg, brugerinddragelse og personligt ansvar" også har foreslået, at patienter og pårørende skal kunne indberette fejl og utilsigtede hændelser til patientsikkerhedsordningen. Heraf fremgår det ligeledes, at systemet skal udbredes til den primære sundhedssektor.

Jeg forventer at fremsætte lovforslag på området i næste folketingsår med henblik på ikrafttræden i 2008.