



Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M im@im.dk
W www.im.dk

Folketingets Sundhedsudvalg

Dato: 3. februar 2011
Enhed: Sygehuspolitik
Sagsbeh.: SUMJMY
Sags nr.: 1100943
Dok nr.: 432180

Folketingets Sundhedsudvalg har den 20. januar 2011 stillet følgende spørgsmål nr. 376 (Alm. del) til indenrigs- og sundhedsministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Liselott Blixt (DF).

Spørgsmål nr. 376:

"Vil ministeren sende en redegørelse om de mange indberetninger om uhenigtsmæssige hændelser med medicin. Redegørelsen bedes endvidere indeholde svar på følgende:

Hvor mange sygehuse har elektroniske medicinsystemer som CIS (critical information system)?

Hvilke fejl er det hovedsagelig der bliver indberettet, og hvad gøres der for at tage læring af disse fejl?

Hvornår vil Det Fælles Medicinkort være implementeret, både på sygehuse, hos praktiserende læger og i hjemmeplejen m.v.?

Vil ministeren lave en undersøgelse, der kan vise om det er pga. bedre registrering, at kurven ikke er knækket, eller om skyldes at der bliver lavet flere fejl?"

Svar:

Jeg har til besvarelse af spørgsmålene vedrørende indberetninger af utilsigtede hændelser indhentet oplysninger fra Patientombuddet, der nu driver Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Patientombuddet oplyser:

"Patientombuddet kan oplyse, at i alle årene siden 2004, hvor patientsikkerhedsordningen trådte i kraft, har omkring 1/3 af de rapporterede utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) omhandlet ordination og medicinhåndtering, som er nogle af de hyppigste ydelser i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed.

I 2010 blev der indsendt 10.365 rapporter til Sundhedsstyrelsen omhandlende utilsigtede hændelser i forbindelse med ordination og medicinhåndtering. Kun 1-2 % af hændelserne er rapporteret som alvorlige.

Rapporterne om medicinering fordeler sig bredt inden for områderne ordination, dosering, dokumentation og administration. Alle rapporterede alvorlige hændelser i forbindelse med medicinering er udførligt beskrevet i Årsrapporterne fra DPSD.

Formålet med patientsikkerhedsordningen er læring. Den største del af læringen sker lokalt i regioner, kommuner og på private sygehuse.

Central formidlingspligt

Patientombuddet har en lovbestemt central formidlingspligt. På baggrund af de rapporterede utilsigtede hændelser udsendes centralt fra Patientombuddet (tidligere Sundhedsstyrelsen) OBS meddelelser og Temarapporter til forbedring af patientsikkerheden. Emnerne til meddelelserne bliver identificeret på baggrund af hændelsernes faktuelle og potentielle alvorlighedsgrad. På medicinområdet er siden 2004 følgende publikationer udsendt:

- Temarapport fra 2005: 'Medicinering'
- Temarapport fra 2007: 'Risikomedicin - præparater, som er involveret i faktuelle og potentielle SAC 3 hændelser'
- Temarapport fra 2008: 'Patientidentifikation ved brug af identifikationsarmbånd'
- Temarapport 2010: 'Utilsigtede hændelser i kræftbehandlingen'
- OBS meddelelse fra 2007: 'Utilsigtede hændelser hos patienter i behandling med blodfortyndende medicin, som fik foretaget mindre invasive indgreb'
- OBS meddelelse fra 2008: 'Vær opmærksom på forvekslinger af infusions og skyllevæsker'
- OBS meddelelse fra 2009: 'Vær opmærksom på forveksling af lægemidler med de aktive stoffer mirtazapin og mianserin'
- OBS meddelelse fra 2010: 'Fokus på håndtering og anvendelse af smerteplastre'
- OBS meddelelse fra 2010: 'Infusion af magnesiumsulfat ved svangerskabsforgiftning'

Da DPSD blev supporteret fra Sundhedsstyrelsen blev nogle vejledninger, eller dele af disse, udarbejdet med baggrund i rapporteret utilsigtede hændelser. Fx

- Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler fra 2006
- Vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv. fra 2007
- Vejledning om mærkning af medicin på anæstesiaafdelinger fra 2007

Kontaktforum omkring utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinering.

Patientombuddet har endvidere et samarbejde med Lægemiddelstyrelsen (LMS) via et etableret kontaktforum. LMS ser anonymiserede data fra DPSD med henblik på at udarbejde forebyggende tiltag indenfor styrelsens område, dvs. specielt lægemidlers mærkning.

Stigning i antallet af rapporterede utilsigtede hændelser

Data fra DPSD kan ikke anvendes i statistisk øjemed. Det skønnes, at 15-20 % af de utilsigtede hændelser, der sker, rapporteres. Antallet af rapporteringer er øget år for år siden implementeringen af patientsikkerhedsordningen i 2004. Dette tages som udtryk for, at der er sket en kulturændring blandt sundhedspersoner, hvor man taler åbent om utilsigtede hændelser, samt at de rapporteringspligtige personer har en følelse af, at det forbedrer patientsikkerheden at rapportere. Stigningen i antallet af rapporterede hændelser kan således ikke et udtryk for, at der sker flere fejl."

Hvad angår det fælles medicinkort (FMK), kan jeg oplyse, at programmet for FMK er færdigudviklet og klar til ibrugtagning. Fokus er nu på implementering af FMK i regionerne – på sygehuse og blandt de praktiserende læger. Dette

følger blandt andet af økonomiaftalen for 2011 mellem Danske Regioner og regeringen, hvor det er aftalt, at FMK skal være tilgængelig i alle dele af sundhedsvæsenet inden udgangen af 2011.

Det er min forventning, blandt andet som følge af den nyligt indgåede overenskomst mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN), at implementeringen også vil ske som aftalt for de praktiserende læger og sygehusene.

Implementering af FMK-programmet i kommunerne – hjemme(syge)plejen – er endnu ikke påbegyndt.

Der spørges endvidere til, hvor mange sygehuse, der har elektroniske medicinsystemer som CIS (critical information system). CIS er et program, der er udviklet af et dansk firma til brug på intensivafdelinger. Jeg kan oplyse om, at 11 sygehuse, blandt andet Rigshospitalet og OUH, anvender det pågældende program på deres intensivafdelinger. Her anvendes det som elektronisk patientjournal og beslutningsstøttesystem, og dermed anvendes det bredere end elektronisk medicinsystem.

Med venlig hilsen

Bertel Haarder / Jesper Myrup