



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

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

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 01-02-2018
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: SUMTK
Sagsnr.: 1708956
Dok. nr.: 497423

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 30. november 2017 stillet følgende spørgsmål nr. 251 (Alm. del) til sundhedsministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra ikkemedlem af udvalget Peter Kofod Poulsen (DF).

Spørgsmål nr. 251:

”Ministeren bedes oplyse, hvordan myndighederne evaluerer på uacceptable sager i ambulanceberedskabet med det formål at minimere eventuelle fejl og negative oplevelser for patienterne, f.eks. patienter fra Sønderjylland.”

Svar:

Til brug for min besvarelse af spørgsmålet har ministeriet anmodet Danske Regioner om bidrag.

Danske Regioner har oplyst følgende:

”Regionerne arbejder løbende med at udvikle kvaliteten af ambulanceberedskabet. Kvalitetsudviklingen sker med en lang række metoder, herunder evaluering og opfølgning på patientklager og patienterstatningssager, behandling af utilsigtede hændelser samt gennemførelse af journalaudit og patienttilfredshedsundersøgelser.

Når en region bliver bekendt med et uhensigtsmæssigt præhospitalt patientforløb, via en klage, en rapporteret utilsigtet hændelse eller ad anden vej, foretages en grundig gennemgang af hændelsesforløbet. Dette sker med henblik på at afklare årsager til eventuel fejlhåndtering af patienten samt for at uddrage læring af hændelsen for at undgå, at fejlen sker igen. Hvis der er tale om en fejl, som regionens eksterne ambulanceleverandør er ansvarlig for, inddrages ambulanceleverandøren i udredningen af forløbet, ligesom ambulanceleverandøren har et ansvar for at sikre, at der drages læring af forløbet i egen organisation.

Hvordan der evalueres og følges op afhænger af den konkrete sag. Overordnet er der forskel på, om det drejer sig om en sundhedsfaglig klage eller en serviceklage. Serviceklager behandles af regionen selv, hvorimod klager, der handler om sundhedsfaglige forhold, behandles i Styrelsen for Patientsikkerhed.

I forhold til den konkrete sag og patienter fra Sønderjylland generelt, henviser Danske Regioner til Region Syddanmark.”

Jeg kan henholde mig til Danske Regioners bidrag, idet jeg samtidigt henviser til den samtidige besvarelse af spørgsmål 250.

Jeg kan herudover oplyse, at det overordnede mål med at rapportere utilsigtede hændelser er at forbedre patientsikkerheden og understøtte en sikkerhedskultur i sundhedsvæsenet, hvor man lærer af de fejl, der bliver begået. Hensigten er, at viden om utilsigtede hændelser kan bruges til at undgå lignende situationer i fremtiden til gavn for den næste patient. Siden 1. januar 2004 har sundhedspersoner på offentlige

sygehuse haft pligt til at rapportere utilsigtede hændelser. Ordningen blev udvidet i september 2010, så den også omfatter praksissektoren, apotekersektoren, det præhospitalt 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.

Med venlig hilsen

Ellen Trane Nørby / Tove Kjeldsen