

NOTAT

Til: **Forretningsudvalget**
Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38666019
Mail csu@regionh.dk

Dato: 13. oktober 2014

Baggrundsnotat om rapportering af utilsigtede hændelser vedrørende akuttelefonen 1813

Rapporter om utilsigtede hændelser er væsentlige i et patientsikkerhedsmæssigt perspektiv, da formålet med rapportering af den utilsigtede hændelse er læring og forbedring af sundhedsvæsenet.

Nedenfor fremgår de rapporterede utilsigtede hændelser vedrørende akuttelefonen 1813. Desuden fremgår de rapporterede utilsigtede hændelser på regionens hospitaler og virksomheder, så det er muligt at sætte tallene i perspektiv i forhold til hinanden.

Tabel 1. Rapporterede utilsigtede hændelser i Region Hovedstaden
Hospitaler og virksomheder i 2014*
Antal rapporterede hændelser

Januar	2131
Februar	1722
Marts	1943
April	1611
Maj	1667
Juni	1574
Juli	1374
August	1305

Akuttelefonen 1813 i 2014*
Antal rapporterede hændelser

Januar	291
Februar	149
Marts	101
April	98
Maj	64
Juni	46
Juli	38
August	32

Alvorlighedsgrad afsluttede hændelser(1. januar – 15. juni 2014)**

Dødelige	50
Alvorlige	370
Moderat	1627
Mild	2415
Ingen skade	4234

Dødelige	8
Alvorlige	87
Moderat	118
Mild	105
Ingen skade	239

*)Antal hændelser er et dynamisk tal, idet Dansk Patientsikkerhedsdatabase er en levende database, da der fx i dag kan rapporteres om en hændelse, der skete i uge 1.

**) Kategorierne "Alvorlige" og "Moderate" indeholder hændelser, hvor disse er vurderet ud fra den potentielle skade (nærhændelse) og ikke ud fra den skade den utilsigtede hændelse faktisk har afstedkommet. Disse hændelser kan derfor have været mindre alvorlige end klassificeret.

Rapporterede utilsigtede hændelser vedrørende akuttelefonen 1813 er hændelser, hvor akuttelefonen 1813 havde en rolle. Det er vigtigt at bemærke, at der ikke behøver være en sammenhæng mellem den utilsigtede hændelse og udfaldet for patienten. Det kan derfor ikke på opgørelser som denne konkluderes om utilsigtede hændelser vedrørende akuttelefonen 1813 havde relation til udfaldet af patientforløbene.

Det er også vigtigt, at fastholde, at regionen med etableringen af det enstrengede visiterede akutsystem, og akuttelefonen 1813 har etableret et andet tilbud til borgerne end den tidligere lægevagt. Tilbuddet omfatter både den tidligere lægevagtskonsultationsopgaver, visitationen til akutmodtagelser og –klinikker samt telefonrådgivning.

Utilsigtede hændelser scores ud fra en alvorlighedsskala afhængigt af skadens varighed, grad af skade og behovet for øget behandling/pleje i hændelsen. Hvis der i forbindelse med behandling af en patient sker en fejl, vil dette være en utilsigtet hændelse. Hvis personen dør, vil hændelsen blive klassificeret som dødelig, idet det ikke kan udelukkes, at patienten havde haft bedre chance for overlevelse, hvis hændelsen ikke var sket. Dette betyder, at hændelsen kan være klassificeret som dødelig, selvom personen måske selv under de bedste omstændigheder ville dø alligevel. Forretningsudvalget er på forretningsudvalgs mødet den 1. april 2014 orienteret om tre af de utilsigtede hændelser, hvor patienten døde.

De rapporterede hændelser gennemgås og vurderes dagligt, og sagsbehandling og patientsikkerhedsanalyser af indkomne utilsigtede hændelser igangsættes løbende. I analyserne indgår tilgængelige data dvs. journaler og voicelogs, samt efter behov interviews fx med involveret sundhedsperson. Patientsikkerhedsanalyserne indgår i det løbende arbejde i Den Præhospitale Virksomhed for at forbedre patientsikkerheden. På baggrund af analyserne besluttet relevante forbedringstiltag mhp. at minimere risikoen for lignende hændelser fremover.

Det er væsentligt at være opmærksom på en række generelle betingelser for (eller begrænsninger i) tolkningen af tal for rapporterede utilsigtede hændelser fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase:

1. Antallet af rapporterede utilsigtede hændelser afspejler ikke den reelle forekomst af utilsigtede hændelser, men i højere grad hvorvidt der er etableret en moden rapporteringskultur. Antallet af utilsigtede hændelser øges altid ved fokus på et område, og kan således stige samtidigt med at der iværksættes en række effektive kvalitetsforbedringstiltag, der reducerer antallet af skader. Dette er fx set i forbindelse med regionens indsats mod tryksår, hvor antallet af utilsigtede hændelser vedrørende tryksår er steget betydeligt, samtidigt med at det via prævalensundersøgelser kan dokumenteres, at antallet af nye tryksår er faldet. Antallet af utilsigtede hændelser kan dermed ikke alene anvendes som mål for kvaliteten af indsatserne.
2. På samme måde kan man ikke sammenligne tal vedr. utilsigtede hændelser mellem regioner eller hospitaler, idet disse også vil afhænge af forskelle i rapporteringskultur, særlige lokale fokusområder og/eller forskelle i patientunder-

lag (f.eks. forskelle i særlige risiko grupper)– foruden selvfølgelig det reelle antal patienter der behandles i de enkelte enheder.

3. For de mest alvorlige hændelsestyper kan der yderligere være store forskelle mellem de enkelte enheder, i de i øvrigt små tal. Dette kan bl.a. skyldes flere ting. Kategorierne med skade indeholder derfor ofte hændelser, hvor disse er vurderet ud fra den potentielle skade (nærhændelse) og ikke ud fra den skade den utilsigtede hændelse faktisk har afstedkommet. Disse hændelser kan derfor have været mindre alvorlige end klassificeret. Derudover ses, at man i forskellige perioder foretager særlig audit af alle alvorlige patientforløb, og derfor ikke altid samtidigt indrapporterer dem som utilsigtede hændelser. Ligeledes ses, at hændelser til tider er rapporteret i mere end én rapport, dette gælder særligt for de alvorligste hændelser.
4. Med andre ord er data fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) ikke velegnede til kvantitative opgørelser, og kan ikke anvendes til at sammenligne kvantitative forhold mellem afdelinger, hospitaler eller regioner. Kvantitative opgørelser fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase kan dermed ikke anvendes til at monitorere, hvorledes sikkerheden for patienterne udvikler sig.