

NOTAT**Direkte** 38623614
Web www.regionh.dk

Dato: 27. februar 2014

Utilsigtede hændelser i 1813-funktionerne i januar 2014**Status på antal rapporterede utilsigtede hændelser i 1813**

Der er i januar 2014 registreret 273 utilsigtede hændelser vedr. 1813-funktionerne. Heraf har de 232 af rapporterne såvel hændelsesdato som rapporteringsdato i januar, mens de øvrige rapporteringer er sket efterfølgende. Det skal bemærkes at enkelte hændelser er beskrevet og rapporteret i mere end én rapport. Der er kommet indrapporteringer både fra personale på 1813, praktiserende læger, patienter/pårørende og fra hospitalssystemet. Antal registrerede hændelser justeres løbende, når yderligere rapporter indløber.

Tablet: Antal hændelser fordelt efter hændelsesdato

Hændelser/uge 1813	Fordelt efter Hændelsesdato*
Uge 1	63
Uge 2	83
Uge 3	59
Uge 4	40
Januar uge 5	28
I alt	273

*Antal hændelser fordelt på hændelsesdato er et dynamisk tal, idet DPSD er en levende database, da der fx i dag kan rapporteres om en hændelse, der skete i uge 1.

Rapporter om utilsigtede hændelser er væsentlige i et patientsikkerhedsmæssigt perspektiv, da formålet med rapportering af den utilsigtede hændelse er læring og forbedring af sundhedsvæsenet. Rapporter om utilsigtede hændelser er ikke klager, men et feedback-system, der skal være med til at forberede sundhedsvæsenet.

Antallet af rapporterede utilsigtede hændelser afspejler oftest ikke den reelle forekomst af utilsigtede hændelser, men i hvilken grad, der er etableret en rapporteringskultur, dvs en moden patientsikkerhedskultur. 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 anvendes som mål for kvaliteten af indsatserne.

Utilsigtede hændelser i 1813, hvor sygdomsforløbet var dødeligt

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.

I et sundhedsvæsen med et modent patientsikkerhedssystem understøttes, at der rapporteres om de alvorlige utilsigtede hændelser med henblik på læring. Det er derfor forventeligt, at der imellem de indrapporterede utilsigtede hændelser vil være forløb, hvor sygdomsforløbet er dødeligt. Målet med patientsikkerhedssystemet er at sikre læring deraf med henblik på at minimere patientsikkerhedsrisici.

Der er blandt de 273 registrerede rapporter om utilsigtede hændelser i januar, tre utilsigtede hændelser, hvor sygdomsforløbet var dødeligt, hvor det ikke kan udelukkes, at patienten måske ville kunne have haft bedre chance for overlevelse, hvis der ikke var sket en utilsigtet hændelse. De utilsigtede hændelser skete henholdsvis den 1. januar 2014 (idet patientens forløb dog startede med kontakt til Lægevagten den 31. december 2013), den 19. januar 2014 og den 25. januar 2014.

Der er gennemført og afsluttet patientsikkerhedsanalyser af forløbene. I analyserne af de to patientforløb var konklusionen, at det principielt ikke kan udelukkes, at ventetid på telefonisk kontakt til 1813 kan have været medvirkende til dødsfaldene. I den sidste analyse kan det principielt ikke udelukkes at ventetid på den kørende lægevagt kan have været medvirkende til dødsfaldet. Ventetid er et centralt indsatsområde i 1813.

Status for patientsikkerhedsanalyser i 1813

De rapporterede hændelser gennemgås og vurderes dagligt og sagsbehandling og patientsikkerhedsanalyser af indkomne utilsigtede hændelser igangsættes løbende. I vurderingen indgår blandt andet alvorlighedsgrad samt læringspotentialer i hændelsen. I analyserne indgår tilgængelige data dvs. journaler og voicelogs, samt efter behov interviews fx med involveret sundhedsperson.

Ifølge bekendtgørelsen (BEK nr. 1 af 03/01/2011) skal sagsbehandlingen af utilsigtede hændelser afsluttes senest 90 dage efter at rapporteringen er modtaget. Før sagsbehandlingen er afsluttet, kan der ikke i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) udarbejdes opgørelser af alvorlighedsgraden af de utilsigtede hændelser.

Alle de utilsigtede hændelser i januar 2014 er gennemgået og vurderet. Ud fra vurdering af alvorlighed og læringspotentialer er der gennemført og afsluttet sagsbehandling af 44 utilsigtede hændelser. De afsluttede utilsigtede hændelser inkluderer hændelser, der er analyseret separat, hændelser med samme type problemstilling, der er analyseret i en aggregeret analyse samt hændelser der afsluttes grundet andre omstændigheder, fx manglende data eller idet relevant handleplan allerede er under implementering.

I de afsluttede analyser af utilsigtede hændelser i januar 2014 findes, at problemstillingerne i hændelserne vedrører ventetid (til 1813-sygeplejerske, 1813-læge og kørende lægevagt), mangelfuld eller fejlagtig epikrise, forkert vurdering af behandlingsbehov (for højt eller for lavt) eller forkert visitation (fx til forkert akutmodtagelse eller akutklinik). I analyserne indgår følgende handlingsplaner.

Handlingsplaner i patientsikkerhedsanalyserne

Patientsikkerhedsanalyserne indgår i det løbende arbejde for at forbedre patientsikkerheden. På baggrund af analyserne besluttet relevante forbedringstiltag mhp. at minimere risikoen for lignende hændelser fremover (handlingsplaner). Implementering af forbedringstiltagene påhviler de relevante ledelser i Den Præhospitale Virksomhed.

Det skal understreges, at nedenstående oversigt over handlingsplanerne ikke er udtømmende og at handlingsplanerne i nogen udstrækning allerede er implementeret. Derudover skal bemærkes, at ventetid, som anført ovenfor, derudover er et centralt indsatsområde i 1813 samt at køkapaciteten i telefonsystemet er udvidet.

Handleplaner efter gennemførte analyser omfatter fx:

- Opdatering af IT-systemer, fx:
 - Reduktion af antal afbrudte samtaler
 - Teknologi, som opfanger de samtaler/telefonnumre som afbrydes fx efter omstilling fra sundhedsfaglige visitatorer (sygeplejersker) til læge, mhp. at der kan ringes tilbage til indringere.
 - Bedre kvaliteten af logning af samtaler hhv LogisCAD notater
 - Modifikation af journalsystemet LogisCAD, så hvert notat kan fastlægges ift. ID og tidspunkt
- Justeringer af beslutningsstøtteværktøjer (visitationsguide og relevante vejledninger/retningslinjer) inkl. sikre sammenhæng til Dansk Index for Akuthjælp
 - VIP-vejledning for ordination af antibiotika og morfi-ka/afhængighedsskabende medikamenter
 - Informationsskrivelser/nyhedsbreve vedr. fx visitation af børn og kvinder i fertil alder med abdominalsmerter.
- Ændring af arbejdsgange, fx sikring af at der afsendes epikrise til egen læge
- Læringssamtaler med involverede medarbejdere
- Undervisning af sundhedsfaglige visitatorer (sygeplejersker) i følgende emner
 - Patientsikkerhed
 - Spørgeteknik og beslutningstagning (systematik, åbne spørgsmål)
 - Dokumentation (notater og epikriser)
 - Symptomer ved udvalgte akutte tilstande
 - Disponering og omdisponering af ambulance