

NOTAT

Til: **Forretningsudvalget**

Opgang B
Telefon 3866 6000
Direkte 3866 6045
Mail planogudvikling@regionh.dk

Journal nr.: 14001617
Ref.: nbre/rsa

Dato: 20. marts 2014

Aktivitet og ventetid i enstrenget og visiteret akutsystem i januar og februar måneder 2014

I det følgende gives en status for aktivitet og ventetid i enstrenget og visiteret akutsystem i januar og februar måneder 2014.

Indledningsvist præsenteres aktivitet og ventetid for Akuttelefonen 1813, hjemmebesøg og akut ambulante besøg på akutmodtagelser og akutklinikker.

Herefter sammenholdes den faktiske aktivitet med den forudsatte aktivitet i enstrenget og visiteret akutsystem.

Endelig gives en status for antal utilsigtede hændelser i Akuttelefonen 1813 funktionen.

Akuttelefonen 1813

Region Hovedstaden har godkendt et servicemål om, at 90 pct. af opkaldene skal være besvaret inden for 3 minutter og alle opkald skal være besvaret inden for 10 minutter.

Med henblik på at realisere dette mål, er der vedtaget en handleplan om at 90 pct. af opkaldene primo februar 2014 skal være besvaret inden for 10 minutter.

Andelen af patienter nået inden for 10 min. var i februar måned i alt 80 pct.

Opkald og ventetid

Dato	Antal	Median	90 pct. percentil	98 pct. Percentil	Maksimal ventetid	Andel nået inden for 3 min.	Andel nået inden for 10 min.
Januar	72.042	00:06:50	00:23:50	00:38:50	01:17:08	33 %	64 %
Februar	76.086	00:03:46	00:14:52	00:30:33	00:48:49	46 %	80 %

Ovenstående tabel viser, at der i februar 2014 er håndteret 76.082 opkald til Akuttelefonen 1813, hvilket er en stigning på 4.000 opkald i forhold til januar 2014. Dette til trods for, at februar er 3 dage kortere end januar.

Efterfølgende opgørelser medio marts 2014 til regionsrådet viser, at den mediane ventetid er faldet til mellem 2 og 3 minutter, og at 90 pct. percentilen ligger mellem 8 minutter og 11 minutter.

Denne opgørelse er imidlertid ikke medtaget i nærværende status, da det kun har været muligt at samkøre data for Akuttelefonen 1813 med data for akutmodtagelser og akutklinikker for januar og februar måneder 2014.

Opgørelsen for marts måned 2014 vil indgå i den næste status til forretningsudvalget for aktivitet og servicemål i enstrenget og visiteret akutsystem.

Ventetid til samtale med læge

Nedenstående tabel viser antal opkald og ventetid til samtale med læge i januar og februar måneder 2014.

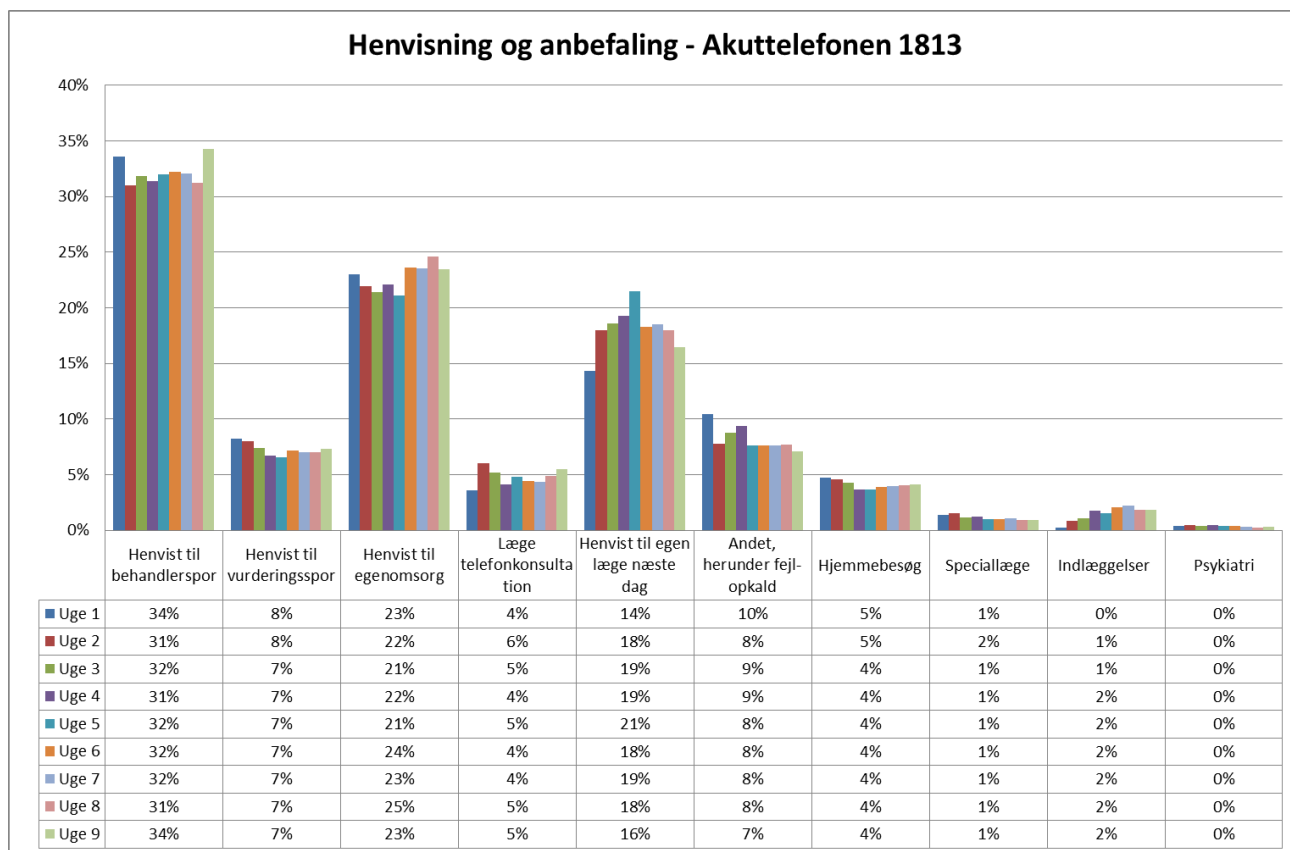
Opgørelsen af antal opkald til læge er inklusive opkald fra praktiserende læger, kommuner, og apoteker (bagom opkald). Dette svarer til ca. 20 pct. af opkaldene.

Dato	Antal	Median	90 pct. percentil	98 pct. percentil	Maksimal Ventetid	Andel nået inden for 3 min.	Andel nået inden for 10 min.
Januar	16.965	00:07:29	00:29:11	00:55:47	01:47:01	31 %	59 %
Februar	22.593	00:06:55	00:23:18	00:36:58	01:29:32	36 %	59 %

Det skal præciseres, at der ikke er ventetid ved behov for akut lægelig vurdering.

Henvisning og anbefalinger

Nedenstående figur viser fordelingen af henvisninger og anbefalinger i hovedkategorier.



Generelt ses at henvisningsmønstrene er relativt stabile. Størstedelen af patienterne (ca. 40 pct.) henvises til akutmodtagelser og akutklinikker til enten behandler- eller vurderingsspor.

Behandlingssporet er for patienter med mindre skader og akut almen medicinsk behandling, mens patienter henvises til vurderingsspor, hvis personalet på Akuttelefonen1813 skønner, at der er behov for en hurtig vurdering af behandlingsbehov uden om køfunktionen.

Hjemmebesøg og indlæggelser

Nedenfor ses en opgørelse af ventetid til hjemmebesøg.

Ventetid til hjemmebesøg, opdelt på måned

Måned	Antal kørsler	Gennemsnit	Median	75% Percentil	90% Percentil
Januar	2452	01:53:03	01:17:47	02:34:24	04:18:17
Februar	2089	02:19:02	01:41:22	03:16:02	05:12:06

Det fremgår af oversigten, at median ventetiden til hjemmebesøg i januar var 1 time og 17 minutter, mens den i februar steg til 1 time og 41 minutter.

Hvis ventetiderne har været meget lange, har Den præhospitale virksomhed kontaktet borgere dels for at sikre, at der ikke var sket en forværring, og dels for at vurdere om der var alternativer, herunder besøg på akutmodtagelser og akutklinikker.

Antal indlæggelser efter hjemmebesøg fordelt på måneder fremgår af nedenstående tabel.

Indlæggelser efter hjemmebesøg 2014

	Hjemmebesøg	Heraf indlagt	Andel
Januar	2.452	449	18 pct.
Februar	2.089	323	15 pct.

Til sammenligning kan oplyses, at en undersøgelse af kontakt- og sygdomsmønstret i lægevagten i 2013 i Region Midtjylland viser, at andelen af hjemmebesøg, der afsluttes med henvisning til indlæggelse er 9,4 pct. (Forskningsenheden for Almen Praksis, Århus Universitet 2012)

Tallet er ikke opgjort for den tidligere lægevagt i Region Hovedstaden.

Ventetid til behandling på akutmodtagelser og akutklinikker

I det følgende præsenteres ventetid til behandling på akutmodtagelser og akutklinikker.

Sundhedsfaglig tids- og servicemål

Der er nationalt fastsat sundhedsfaglige tidsmål for ventetid fra triage til behandling for patienter, der er triageret: rød, orange, gul og grøn.

Triage

Formålet med anvendelse af triage er at sikre, at de patienter, der har de mest alvorlige tilstande, behandles først.

Patienter kan triageres til følgende kategorier på baggrund af fysiologiske kriterier eller kontaktårsag:

Røde forløb - Patienten har et øjeblikkeligt eller akut behandlingsbehov (fysiologiske kriterier anvendes til en yderligere prioritering af behandlingsbehov); fx trafikuheld, ulykker, hjertestop. Ofte alarm patienter via 112.

Orange forløb - Patienten er ustabil og kritisk syg og skal have direkte stabiliserende behandling; fx blodforgiftning og kritisk forhøjet blodsukker.

Gule forløb - Patienten er syg, men har ikke et umiddelbart behandlingsbehov, fx håndledsbrud og patienter med ikke velbehandlet diabetes.

Grønne forløb - Patientens tilstand og symptom kræver ikke umiddelbar behandling, fx forstoppelse, feber, tilbagevendende svimmelhed.

Blå forløb - Patienten har en begrænset skade eller et begrænset symptom. Patienten føler sig i øvrigt frisk og kan sidde i venteværelse. Fx skadepatienter med splint i finger og forstuvninger. Patienter i blå kategori kan behandles og afsluttes af behandlersygeplejersker.

For de stabile patienter med mindre alvorlig sygdom og skader (de såkaldte blå patienter) er der i Region Hovedstaden fastsat servicemål om, at halvdelen af alle patienter, der er triageret blå skal have igangsat behandling inden for en time, og 95 pct. af patienterne indenfor 4 timer.

Ved etablering af enstrengt og visiteret akutsystem er etableret et såkaldt behandlerspor, som er beregnet til patienter med mindre skader og akut almen medicinsk sygdom i vagttid (hovedparten af de tidligere lægevagtpatienter).

Patienter henvist til behandlersporet er – i lighed med de nuværende blå patienter - blandt andet karakteriseret ved, at de kan tåle at vente uden at deres skade forværres.

Anvendes servicemålet for de tidligere blå patienter henvist til behandlersporet ses, at servicemålet er opfyldt i såvel januar som februar måneder 2014 - jf. nedenstående tabel.

Overholdelse af servicemål på akutmodtagelser og akutklinikker

Hospital	% Ventet under 1 time		% Ventet under 4 timer	
	jan-14	feb-14	jan-14	feb-14
Bispebjerg	77	73	100	100
Hvidovre	67	54	99	97
Amager	80	73	100	100
Frederiksberg	71	65	100	100
Gentofte	83	77	100	100
Glostrup	89	89	100	100
Herlev	63	51	99	98
Hillerød	83	74	100	99
Frederikssund	89	79	100	100
Helsingør	95	87	100	100
Bornholm	86	78	98	100

Tidsmål for ventetid fra triage til behandling

	Tidsmål
Rød	0 Minutter
Orange	15 Minutter
Gul	60 minutter
Grøn	180 minutter
Blå	240 minutter

Ventetid opgjort på triagefarver

Nedenstående tabeller viser den mediane ventetid opgjort på triagefarver i januar og februar måneder 2014.

Der mangler grundet nye registreringsprocedurer triagefarver for enkelte af de triage-rede patienter i vurderingsspoet.

Den mediane ventetid fordelt på triagefarver - januar 2014

Ventetid	Rød	Orange	Gul	Grøn	Blå	Mangler triagering
Hvidovre	0	4	13	21	32	22
Glostrup	0	0	0	0	9	1
Amager	0	15	22	24	18	14
Herlev	0	10	24	21	22	23
Gentofte	0	0	2	4	12	7
Bispebjerg	0	5	19	34	33	12
Frederiksberg	0	1	3	16	35	19
Hillerød	1	3	7	13	19	16
Frederikssund	2	3	3	8	15	2
Helsingør	.	2	.	.	.	20
Bornholm	2	9	11	14	21	30
Region H total	0	4	8	15	24	17

Den mediane ventetid fordelt på triagefarver – februar 2014

Ventetid	Rød	Orange	Gul	Grøn	Blå	Mangler triagering
Hvidovre	0	5	20	22	40	21
Glostrup	0	0	0	0	10	11
Amager	0	15	20	22	40	21
Herlev	0	11	24	21	22	13
Gentofte	0	1	2	4	15	3
Bispebjerg	0	3	9	17	24	9
Frederiksberg	.	4	4	8	36	6
Hillerød	1	4	6	6	18	16
Frederikssund	2	2	2	4	15	2
Helsingør	.	0	.	.	.	8
Bornholm	0	22	16	8	25	17
Region H total	0	4	6	12	24	13

Medianventetid ved ankomst og fra henvisning fra Akuttelefonen 1813

Ventetid for telefonvisiterede patienter registreres først som påbegyndt ved ankomst til akutmodtagelse eller akutklinik – jf. fakta boks om fælles regional definition af ventetid.

Ventetiden i nedenstående tabel er imidlertid supplerende opgjort både som ventetid fra henvisning fra Akuttelefonen 1813 til behandlingsstart og som ventetid fra ankomst til behandling er igangsat.

Ventetiden fra henvisning fra Akuttelefonen 1813 indeholder således såvel eventuel ventetid hjemme som transporttid til hospitalet.

Opgørelsen tager ikke højde for ankomst til behandlersporet i forhold til det oplyste fremmødetidspunkt, som patienterne har fået anvist af Akuttelefonen 1813.

Nedenfor ses den mediane ventetid for patienter i behandlersporet efter ankomst og fra henvisning fra Akuttelefonen 1813 – dvs. den tid, der er gået fra patienten er henvist fra Akuttelefonen 1813 og til patienten er i behandling inkl. transport.

Definition af ventetid

Ventetiden defineres som perioden fra ankomst til behandling er igangsat.

Ankomst

Ankomst er det tidspunkt, hvor patienten registreres i akutmodtagelsen, uanset om det er selvtransporterende eller ambulanceindbragte.

For telefonvisiterede patienter er det stadig ankomsttidspunktet i akutmodtagelsen, der registreres, selvom patienterne ved telefonvisitation får angivet et tidspunkt at møde i akutfunktionen.

Behandlingsstart

”Behandlingsstart” defineres som start på såvel udredning og undersøgelse som egentlig behandling så længe den handling, der bestemmer den videre sundhedsfaglige udredning, undersøgelse eller behandling, som fører til plan for udredning, iværksættes.

Ovenstående definitioner er vedtaget i regi af Danske Regioner.

Ventetid i behandlersporet efter ankomst og efter henvisning fra Akuttelefonen 1813

	Ventetid (median i minutter) efter ankomst på hospitaler til behandling		Ventetid (median i minutter) fra henvisning fra 1813 til behandling	
	jan-14	feb-14	jan-14	feb-14
Hospital				
Bispebjerg	28	30	78	108
Hvidovre	38	51	102	135
Amager	22	33	70	96
Frederiksberg	35	39	87	120
Gentofte	15	27	68	85
Glostrup	15	17	68	90
Herlev	43	58	104	133
Hillerød	21	29	77	112
Frederikssund	18	26	56	75
Helsingør	11	17	48	69
Bornholm	23	28	56	63
Total	26	33	80	109

Den mediane ventetid for patienter i vurderingssporet er opgjort efter ankomst såvel som fra henvisning fra Akuttelefonen 1813 fremgår af nedenstående tabel.

Ventetid i vurderingssporet efter ankomst og efter henvisning fra Akuttelefonen 1813

	Ventetid (median i minutter) efter ankomst på hospital til behandling		Ventetid (median i minutter) efter henvisning fra 1813	
	jan-14	feb-14	jan-14	feb-14
Hospital				
Bispebjerg	13	8	68	53
Hvidovre	20	25	85	97
Amager	15	21	61	61
Frederiksberg	13	7	72	65
Gentofte	0	2	53	56
Glostrup	0	0	40	39
Herlev	16	16	76	73
Hillerød	12	11	63	68
Frederikssund	3	2	47	52
Helsingør	18	6	55	–
Bornholm	16	17	59	54
Total	11	9	67	66

Selvhenvendere

Hvis patienter henvender sig på akutmodtagelser og akutklinikker uden at ringe først, eller møder op på en anden akutmodtagelse eller akutklinik end de er henvist til af 1813, vil de fortsat blive modtaget, få foretaget en sundhedsfaglig vurdering af hastegraden af deres behandlingsbehov og få tilbudt behandling i henhold hertil.

Patienten vil blive oplyst om fordelene ved fremadrettet at ringe først. Dels at de ud fra en sundhedsfaglig vurdering vil blive tilbudt den rette behandling på det rette sted, dels at deres ventetid vil kunne starte ved visitation fra 1813 og dermed inden ankomst til akutmodtagelse eller akutklinik.

Det er estimeret at der efter etablering af enstrengt og visiteret akutsystem fortsat vil være 15-20 % selvhenvendere. Sidstnævnte er estimeret på baggrund af erfaringer for nuværende niveau i Region Sjælland.

Nedenstående tabel viser antal selvhenvendere på akutmodtagelser og akutklinikker i januar og februar måneder 2014.

Antal selvhenvendere

	Henvist fra 1813	Selvhenvender	Total	Andel af selvhenvender
Januar 2014	20.838	11.492	32.330	35,5
Februar 014	20.709	13.115	33.824	38,8

Det er forventeligt at andelen af selvhenvendere med tiden vil falde, da indførelsen af visiteret adgang fortsat er et nyt tiltag.

Akutte indlæggelser efter besøg i akutmodtagelser og akutklinikker

Nedenstående tabeller viser antal besøg på akutmodtagelser og akutklinikker, og andelen heraf, der indlægges.

Indlæggelser efter akut ambulant besøg - januar 2014

	Akut ambulante besøg		Heraf indlæggelser	
	Behandling	Vurdering	Behandling	Vurdering
	Antal		Andel	
Bispebjerg	3.790	1.481	2,4	14,2
Hvidovre	3.091	2.319	4,3	10,7
Amager	2.238	486	1,9	11,3
Frederiksberg	1.389	752	2,8	8,9
Gentofte	2.096	637	1,0	20,1
Glostrup	2.391	223	2,4	20,9
Herlev	3.181	1.356	4,0	12,8
Hillerød	2.719	1.338	5,7	15,5
Frederikssund	946	70	2,6	9,8
Helsingør	1.045	6	2,5	0,0
Bornholm	434	342	5,2	11,7
Total	23.320	9.010	3,3	13,6

Indlæggelser efter akut ambulant besøg - februar 2014

	Akut ambulante besøg		Heraf indlæggelse	
	Behandling	Vurdering	Behandling	Vurdering
	Antal		Andel	
Bispebjerg	4.114	1.248	2,9	12,5
Hvidovre	3.610	2.093	4,1	8,1
Amager	2.435	511	1,4	9,2
Frederiksberg	1.730	332	3,4	7,8
Gentofte	2.270	560	0,5	18,3
Glostrup	2.314	221	3,1	20,7
Herlev	3.787	1.326	6,5	11,6
Hillerød	2.989	1.241	6,6	14,2
Frederikssund	1.073	72	3,2	11,5
Helsingør	1.096	6	2,1	0,1
Bornholm	463	333	3,6	11,4
Total	25.881	7.943	3,9	12,1

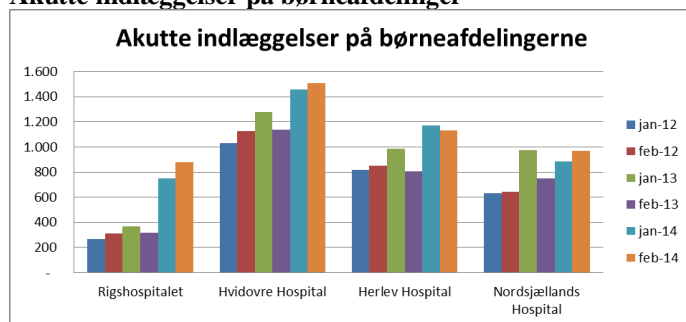
Administrationen er ikke bekendt med hvor mange af de tidligere lægevagtskonsultationer, der førte til indlæggelse, men tidligere undersøgelser af regionens akutmodtagelser og akutklinikker har vist, at ca. 18 pct. af skadestuebesøgene blev indlagt.

Andelen af patienter der bliver indlagt efter akut ambulant besøg på akutmodtagelser og akutklinikker er således ikke højere end tidligere.

Akutte indlæggelser på børneafdelingerne

Udviklingen i akutte indlæggelser på børneafdelingerne i januar og februar måneder i årene 2012 til 2014 fremgår af nedenstående figur.

Akutte indlæggelser på børneafdelinger



Der er som det fremgår af ovenstående figur sket en lille vækst i antallet af akutte indlæggelser på børneafdelingerne.

Nedenstående opgørelse over antal akutte indlæggelser af børn i tidsrummet 23 til 07 viser, at der i januar måned 2014 har været i alt 897 akutte indlæggelser i tidsrummet kl. 23-07.

Antal akutte indlæggelser om natten pr. indlæggelsestime, januar 2014

Hospital	Indlæggelsestime										pr. dag jan+feb=59
	23	0	1	2	3	4	5	6	7	I alt	
Bornholms Hospital	1	1		1					1	4	0,1
Gentofte Hospital								1		1	0,0
Glostrup Hospital								1		1	0,0
Herlev Hospital	54	38	22	17	15	17	13	10	14	200	3,4
Hospitalet i Nordsjælland	36	28	18	15	14	9	10	9	16	155	2,6
Hvidovre Hospital	109	59	41	33	23	24	19	13	43	364	6,2
Region Hovedstadens Psykiatri									1	1	0,0
Rigshospitalet	33	31	23	18	12	10	15	13	25	180	3,1
I alt	233	157	104	84	64	60	57	47	100	906	15,4

I februar måned 2014 har der været 765 indlæggelser om natten. Fordelingen på hospital og indlæggelsestime fremgår af nedenstående tabel.

Antal akutte indlæggelser om natten pr. indlæggelsestime, februar 2014

Hospital	Indlæggelsestime										pr. dag jan+feb=59
	23	0	1	2	3	4	5	6	7	I alt	
Bornholms Hospital	2	1		1						4	0,1
Gentofte Hospital						1				1	0,0
Herlev Hospital	40	26	24	16	9	10	7	7	12	151	2,6
Hospitalet i Nordsjælland	49	42	15	15	14	9	8	7	12	171	2,9
Hvidovre Hospital	69	45	40	20	15	23	15	11	21	259	4,4
Rigshospitalet	43	21	19	18	7	5	15	12	39	179	3,0
I alt	203	135	98	70	45	48	45	37	84	765	13,0

Langt det største antal indlæggelse har, som det fremgår af ovenstående tabeller, fundet sted mellem kl. 23.00 og 24.00, hvor specielt Hvidovre Hospital har haft mange indlæggelser i januar måned 2014.

Regionen har derfor pr. 15. februar 2014 udvidet åbningstiden på alle akutmodtagelserne for børnesporene fra kl. 23.00 frem til kl. 24.00 på hverdage og fra kl. 08-24 i weekenden.

Udviklingen følges fortsat, og det er ved at blive undersøgt, om der kan tilbydes flere kørsler om natten, og/eller der er behov for at etablere et natåbent spor med dedikeret personale til vurdering af børn.

Forudsat og faktisk aktiviteten i enstrenget og visiteret akutsystem

Forudsætningerne for beregningen af den fremadrettede aktivitet på Akuttefonen 1813 og de enkelte akutmodtagelser og akutklinikker er nærmere beskrevet i rapporten Enstrenget og visiteret akutsystem - Retningslinjer og principper, August 2013 (<http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/278137A3-0623-4662-9678-5586FE45529A/0/FU13082013Bilag16.pdf>).

Den forudsatte aktivitet i enstrenget og visiteret akutsystem følges løbende med henblik på at undersøge, om der er behov for tilpasning.

I det følgende give status for de to første måneder med enstrenget og visiteret akutsystem.

Opkald til Akuttelefonen 1813

Nedenstående tabel viser den forudsatte og den faktiske aktivitet på Akuttelefonen 1813 for januar og februar måneder 2014.

Estimeret sæsonvariation og faktisk antal opkald til Akuttelefonen 1813

	Estimeret	Faktisk
Januar 2014	93.618	72.042
Februar 2014	96.043	76.086

Som det fremgår af ovenstående tabel, er antallet til opkald til Akuttelefonen 1813 i de to første måneder med enstrenget og visiteret akutsystem mindre en forudsat.

Antal hjemmebesøg

Nedenstående tabel viser det estimerede og det faktiske antal hjemmebesøg

Estimeret sæsonvariation og faktisk antal hjemmebesøg 2014

		Estimeret	Faktisk
Januar	I alt	7.118	2.452
	-heraf børn under 12 år	701	258
Februar	I alt	7.057	2.089
	-heraf børn under 12 år	695	258

Estimeringen af hjemmebesøg tager udgangspunkt i det antal hjemmebesøg, som den tidligere PLO-drevne lægevagt havde i januar og februar måneder 2012. Aktiviteten er forudsat uændret ved etablering af enstrenget og visiteret akutsystem.

Tallene viser, at der har været et færre antal hjemmebesøg end forudsat, og administrationen er ved at undersøge, om der kan tilbydes flere kørsler om natten.

Estimeret og faktisk aktivitet i akutmodtagelser og akutklinikker

Nedenstående tabel viser den estimerede og faktiske antal akut ambulante besøg i regionens akutmodtagelser og akutklinikker.

Estimeret og faktisk antal akut ambulante besøg 2014

		Estimeret	Faktisk
Januar	I alt	43.899	38.909
	-heraf børn under 12 år	10.907	8.938
Februar	I alt	44.377	40.263
	-heraf børn under 12 år	11.388	10.532

Opgørelser viser, at akutmodtagelser og akutklinikkerne i såvel januar som februar måned 2014 har håndteret færre akut ambulante besøg end forudsat. Dette gælder både totalt og særskilt for børn under 12 år. Der kan være forskel mellem hospitalerne.

Status for januar og februar 2014 - utilsigtede hændelser i 1813-funktionerne

Antal rapporterede utilsigtede hændelser i januar og februar

Der er pr 19. marts 2014 for januar og februar 2014 registreret 426 utilsigtede hændelser vedr. 1813-funktionerne. Heraf var de 284 rapporter med hændelsesdato i januar 2014 og 142 med hændelsesdato i februar.

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.

Tabel: Antal hændelser fordelt efter hændelsesdato – udtræk pr 19. marts 2014

Hændelser/uge 1813	Fordelt efter Hændelsesdato*
Januar 2014	284
Februar 2014	142
I alt	426

**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.

Blandt de rapporterede hændelser i januar og februar 2014 er der 5 hændelser, hvor sygdomsforløbet var dødeligt. Der er for alle 5 forløb gennemført og afsluttet patientsikkerhedsanalyser af om der er sket utilsigtede hændelser med betydning for udfaldet af patientforløbet med henblik på læring.

Blandt de 5 nævnte utilsigtede hændelser, er de 3 hændelser nævnt i statusnotatet for januar 2014. Disse 3 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. I analyserne af de tre patientforløb var konklusionen i statusnotatet for januar 2014, at det ikke kan udelukkes, at ventetid på telefonisk kontakt til 1813 kan have været medvirkende til to af dødsfaldene, samt at ventetid på den kørende lægevagt kan have været medvirkende til det ene dødsfald.

Den ene analyse af de 3 hændelser omtalt i statusnotatet for januar 2014 var afsluttet uden aflytning af voicelog, idet denne ikke kunne fremfindes. Dermed kunne det ikke udelukkes, at patienten måske ville kunne have haft bedre chance for overlevelse, hvis der ikke var sket en utilsigtet hændelse. Siden udarbejdelse af statusnotat for januar 2014 er voicelog for denne hændelse fremfundet. Ved analyse deraf kan det konkluderes, at ventetiden på 1813 ikke har været medvirkende årsag til dødsfaldet, hvorfor denne hændelse er omklassificeret.

De 2 nytilkomne hændelser med dødelig udgang skete henholdsvis den 27. januar og 11. februar, hvor hændelsen den 27. januar 2014 først efterfølgende er videre visiteret til 1813-funktionernes patientsikkerhedsorganisation. I analyserne af de to nytilkomne patientforløb er konklusionen, at det principielt ikke kan udelukkes, at brister i kommunikationen ved telefonisk kontakt til 1813 kan have været medvirkende til det ene dødsfald. For den sidste hændelse fandtes, at forløbet i 1813 ikke havde relation til udfaldet af patientforløbet.

Samlet er der således for januar og februar 2014 registreret 3 utilsigtede hændelser, hvor sygdomsforløbet var dødeligt. Det kan ikke konkluderes, at Akuttelefonen 1813 var skyld i borgernes død. Omvendt kan det heller ikke udelukkes, at patienten måske ville kunne have haft bedre chance for overlevelse, hvis der ikke var sket en utilsigtet hændelse.

Status for patientsikkerhedsanalyser i 1813

Alle de utilsigtede hændelser i januar og februar 2014 er gennemgået og vurderet. Ved udgangen af februar 2014 var sagsbehandling afsluttet for 97 utilsigtede hændelser, heraf var de 44 afsluttet i januar 2014.

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. 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.

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.

I de afsluttede analyser af utilsigtede hændelser i januar og februar 2014 er der identificeret en række overordnede problemstillinger, især vedr.:

1. Forskellig og til tider mangelfuld systematik for og teknik i gennemførelse af telefoninterview (Sundhedsfaglig visitator (sygeplejerske) og læger).
2. Forskellig og til tider mangelfuld systematik for og omfang af dokumentation.
3. Forskellig opfattelse af kerneopgaven (Sundhedsfaglig visitator): Visitation eller diagnostik/rådgivning.
4. Mangelfuld identifikation og visitation af patienter med alvorlige kliniske tilstande, fx meningitis og ekstrauterin graviditet.
5. Mangelfuld anvendelse af visitationsguide for 1813.
6. Mangelfuld rådgivning om lægemiddelbehandling og receptudstedelse.
7. Problemer med ventetid på opkald til eller intern omstilling i 1813.

Patientsikkerhedsanalyserne indgår i det løbende arbejde i Den Præhospitale Virksomhed for at forbedre patientsikkerheden. På baggrund af analyserne besluttes relevante forbedringstiltag mhp. at minimere risikoen for lignende hændelser fremover.