

**Rapport vedr. Sundhedsstyrelsens tilsyn med 1813 og  
tilsynsbesøg den 12. marts 2014 på 1813**

## Indledning

Sundhedsstyrelsen har siden oprettelsen af Akuttelefonen 1813, den 1. januar 2014, haft fokus på, om det nye tiltag kunne have betydning for patientsikkerheden.

Sundhedsstyrelsens rapport er baseret på tilsynsforløbet med Akuttelefonen 1813:

- I de første to uger af januar 2014 blev Sundhedsstyrelsen kontaktet af PLO Hovedstaden og flere alment praktiserende læger om en række forskellige problemer i epikriser fra Akuttelefonen 1813. Desuden var der massiv medieomtale af lang ventetid på at komme igennem på 1813.
- Den 13. januar 2014 holdt Sundhedsstyrelsen møde med repræsentanter fra akutberedskabet i Region Hovedstaden. Regionen oplyste, at der ville blive fulgt op på problemerne med ventetiden og epikriserne.
- I de følgende uger modtog Sundhedsstyrelsen fortsat henvendelser fra praktiserende læger om utilstrækkelige eller manglende epikriser. Desuden modtog styrelsen oplysninger fra praktiserende læger, hvor disse gav udtryk for, at nogle patienter var blevet fejlbehandlet af 1813. Sundhedsstyrelsen gik derfor i gang med at undersøge disse sager.
- Den 22. januar 2014 bad Sundhedsstyrelsen blandt andet Region Hovedstaden om at give nærmere oplysninger om epikriser, journalføring og organiseringen af 1813.
- Den 23. januar 2014 sendte Sundhedsstyrelsen et notat til Region Hovedstaden, hvor styrelsen præciserede reglerne for epikriser, både med hensyn til hvornår de skal sendes, og hvad de skal indeholde af oplysninger.
- Den 4. februar 2014 modtog Sundhedsstyrelsen svar fra Region Hovedstaden på brev af den 22. januar 2014. I brevet sendte Region Hovedstaden supplerende oplysninger, som Sundhedsstyrelsen vurderede fortsat var mangelfulde.
- Den 12. marts 2014 om formiddagen orienterede Sundhedsstyrelsen ledelsen på 1813 om, at der ville blive foretaget et tilsynsbesøg samme dag kl. 15.30.
- Den 12. marts 2014 kl. 15.30 blev tilsynsbesøget indledt.

## **Konklusion efter tilsynsbesøget**

Det elektroniske beslutningsstøtteværktøj, der angiver, hvorledes de sundhedsfaglige visitatorer (hovedsageligt sygeplejersker) skal handle ved visitering af patienter, er central for 1813s funktion. Sundhedsstyrelsens stikprøver i beslutningsstøtteværktøjet viste ikke uoverensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledninger.

Sundhedsstyrelsen konstaterede imidlertid, som et alvorligt problem, at de sundhedsfaglige visitatorers overordnede ansvar ikke var tilstrækkeligt præciseret. De fire interviewede medarbejdere var ikke alle bekendt med, hvordan deres arbejde var, afgrænset (faglige kompetence), og hvornår læge skulle kontaktes. De vidste således ikke, om de måtte fravige beslutningsstøtteværktøjet, eller hvor de skulle finde specifikke instrukser.

Ved interview af medarbejdere viste det sig desuden, at ikke alle systematisk anvendte beslutningsstøtteværktøjet, og at medarbejderne ikke alle var klar over, om de skulle bruge det.

Den manglende præcisering af de sundhedsfaglige visitatorers ansvars- og kompetenceområde i kombination med en manglende systematisk brug af beslutningsstøtteværktøjet, vurderer Sundhedsstyrelsen som en alvorlig risiko for patientsikkerheden, som regionen hurtigt skal rette op på.

Sundhedsstyrelsen konstaterede derudover alvorlige problemer med hensyn til journalens opbygning, journalføringen og journalens anvendelighed til at blive videregivet med henblik på behandlingsmæssig opfølgning (epikriser og til anden sundhedsydelse). Journalerne er indrettet, så det efter Sundhedsstyrelsens opfattelse er vanskeligt at få overblik over patienternes samlede henvendelser. Det er eksempelvis meget svært at se, om en patient har været i kontakt med 1813 flere gange samme dag. Rådgivning var generelt ikke journalført i de journaler, som Sundhedsstyrelsen har gennemgået. Endvidere fremgik det ikke entydigt og umiddelbart hvilken sundhedsperson, som var ansvarlig for journalnotatet eller den rådgivning eller behandling, som blev iværksat.

Sundhedsstyrelsen finder på baggrund af en række modtagne indberetninger fortsat, at epikriser fra 1813 ikke er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning herom. Dette skal ses i sammenhæng med den mangelfulde journalføring.

## **Sundhedsstyrelsens krav til Akuttelefonen 1813 Hovedstaden efter tilsynsbesøget**

### ***Instrukser***

Ledelsen skal præcisere de sundhedsfaglige visitorers ansvarsområde. Hvis visitorerne ikke har kendskab til den ramme, som de skal handle indenfor og ikke præcist ved, hvornår behandling skal overgå til en læge, udgør det en alvorlig fare for patientsikkerheden. Det er ikke tilstrækkeligt at henvise til beslutningsstøtteværktøjet alene da det reelt overlader til den enkelte at vurdere, hvornår en læge skal involveres i behandlingen og Funktionsbeskrivelsen er ikke dækkende.

1. Sundhedsstyrelsen anmoder derfor om, at der bliver udarbejdet en instruks, der præcist beskriver de sundhedsfaglige visitorers kompetencer og ansvar, særligt brugen af beslutningsstøtteværktøjet. Det skal heri fremgå, hvornår de sundhedsfaglige visitatorer kan handle selvstændigt, og hvornår de skal henvise til læge. Det skal desuden fastlægges, om beslutningsstøtteværktøjet kan fraviges af de sundhedsfaglige visitatorer og i så fald i hvilket omfang og hvilken fremgangsmåde, som skal anvendes. Instruksen skal sendes til Sundhedsstyrelsen inden den 4. april 2014.

Ledelsen på Akuttelefonen 1813 skal sikre implementering af oplæringen af personalet og sikre, at alle medarbejdere har opnået de relevante kompetencer og følger instrukserne. Hvis ledelsen ikke sikrer, at alle sundhedsfaglige visitatorer har samme kompetencer og oplæring, er der risiko for visitationsfejl, der kan udgøre en fare for patientsikkerheden.

2. Sundhedsstyrelsen anmoder om, at Ledelsen på 1813 øjeblikkeligt iværksætter løbende systematisk kvalitetsopfølgning på personalets kompetencer og kvalitet af visitation, og senest den 25. april 2014 fremsender dokumentation og plan for dette.

### ***Journalen***

Ledelsen skal sikre, at der udarbejdes en skriftlig instruks for journalføring.

Sundhedsstyrelsen fandt journalføringen meget mangelfuld. Patientjournalen skal føres af hensyn til patientsikkerheden. Journalen danner grundlag for behandling af patienten, dokumenterer den udførte behandling, sikrer kontinuitet i behandlingen og sikrer information af patienten. Manglende journalføring kan være et udtryk for, at behandlingen ikke har været udført eller er udført forkert. Utilstrækkelig journalføring medfører desuden mangelfulde epikriser. Henvisning til beslutningsværktøj kan aldrig erstatte journalføring.

3. Sundhedsstyrelsen anmoder om, at ledelsen på 1813 udarbejder en instruks til medarbejderne om minimumskrav for journalføring. Instruksen skal sendes til Sundhedsstyrelsen inden den 4. april 2014.

Ledelsen skal sikre, at journalsystemet indrettes, så det giver mulighed for at opfylde lovgivningens krav til kontinuitet og overskuelighed for de sundhedspersoner, som anvender journalen. Manglende kontinuitet i journalføringen kan udgøre en væsentlig patientsikkerhedsrisiko, da det ikke umiddelbart fremgår, hvad de tidligere behandlere har vurderet og iværksat.

4. Sundhedsstyrelsen anmoder om, at ledelsen på Akuttelefonen 1813 inden den 4. april 2014 redegør over for Sundhedsstyrelsen, hvordan og hvornår dette, inden for kort tid, kan effektueres. Regionen skal desuden redegøre for, hvad der akut gøres for at sikre kontinuiteten i patientbehandlingen, indtil journalsystemet er blevet ændret.

### ***Epikriser***

For at sikre den bedst mulige patientsikkerhed herunder sammenhæng i behandlingen, bør alle relevante oplysninger om patienten videregives til de sundhedspersoner, som skal følge patienten efter afslutningen. Desuden er det et krav, at det fremgår af patientjournalen, hvilke oplysninger der blev videregivet om patient og til hvem.

5. Sundhedsstyrelsen skal anmode om, at ledelsen på Akuttelefonen 1813 inden den 4. april 2014 redegør for, hvordan journalsystemet inden kort tid kan indrettes, så den ansvarlige sundhedsperson kan se og godkende indholdet af epikrisen, og at de afsendte epikriser fremgår af journalen.

## Baggrund

Region Hovedstaden iværksatte pr. 1. januar 2014 en reorganisering af regionens akutberedskab i form af et såkaldt enstrengt og visiteret akutsystem, hvori indgik en organisatorisk og fysisk samordning af den hidtidige lægevagt med regionens øvrige akuttilbud.

Tilrettelæggelsen og driften af akutberedskabet, herunder for betjeningen af patienter med akuttilbud, er regionens ansvar under hensyntagen til sundhedslovgivningens bestemmelser.

Samordningen betød bl.a. at lægevagts telefonkonsultation blev integreret i regionens eksisterende Akuttefon 1813. Akuttefonen overtog desuden den hidtidige lægevagts opgaver med vurdering af telefonhenvendelser, visitation til akutte lægebesøg i hjemmet, til indlæggelse på sygehus samt anden henvisning til akutmodtagelser, akutklinikker og sundhedshuse. Endelig blev lægevagts konsultationsopgaver ved personligt fremmøde integreret i regionens akutmodtagelser, akutklinikker og sundhedshuse.

Allerede før den nye akutfunktionens opstart, var der i pressen og offentligheden betydelig opmærksomhed på ordningen, herunder blev der i medierne udtrykt en vis usikkerhed og bekymring fra især praktiserende læger omkring den nye funktions faglige sikkerhed og evne til at overtage den overenskomstdækkede lægevagts hidtidige opgaver.

På den baggrund havde Sundhedsstyrelsen allerede fra akutfunktionens opstart opmærksomheden rettet imod eventuelle forhold, som kunne være udtryk for patientsikkerhedsmæssige problemer.

I første uge af 2014 modtog Sundhedsstyrelsen en række henvendelser fra dels enkeltstående praktiserende læger, dels fra PLO i Hovedstaden om manglende modtagelse af udskrivningsbreve (såkaldte epikriser) samt mangelfulde og i nogle tilfælde helt uforståelige epikriser fra Akuttefonen 1813, herunder i forbindelse med patientforløb, hvor der ud fra de praktiserende lægers vurdering var forventning om opfølgning af kontakten med 1813 hos patientens egen læge.

På den baggrund indkaldte Sundhedsstyrelsen den 9. januar 2014 Region Hovedstaden til et afklarende møde i Sundhedsstyrelsen den 13. januar 2014. Ved mødet redegjorde Region Hovedstaden for ansvarsforholdene i 1813 og regionen anerkendte problemerne vedrørende ventetid og afsendelse af epikriser samt tilkendegav, at regionen allerede havde taget initiativer til at imødegå disse problemer.

Sundhedsstyrelsen ridsede reglerne for afsendelse af epikriser op, herunder særligt i hvilke situationer epikriser kan og skal videregives til egen læge, og i hvilke situationer der skal indhentes samtykke. Region Hovedstaden tilkendegav, at man ville indrette afsendelsen af epikriser i henhold til disse retningslinjer. Der var enighed om, at formkrav til epikriser skal overholdes, herunder at den for behandlingen/rådgivningen ansvarlige sundhedsperson skal fremgå med navn og titel. Sundhedsstyrelsen udarbejdede herudover en præcisering af reglerne vedrørende afsendelse af epikriser, som blev offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

I de følgende uger modtog Sundhedsstyrelsen fortsat en større mængde henvendelser og indberetninger fra praktiserende læger om uændret manglende eller mangelfulde epikriser. Endvidere modtog Sundhedsstyrelsen en række indberetninger med angiveligt uhensigtsmæssige patientforløb indeholdende alvorlige patientsikkerhedsmæssige problemstillinger. Disse indberetninger gav styrelsen anledning til som tilsynsmyndighed at indlede nærmere oplysning af den sundhedsfaglige håndtering i flere patientforløb.

Sundhedsstyrelsen har desuden henvist praktiserende læger, som indsendte klager over manglende eller mangelfulde epikriser, til også at orientere Region Hovedstaden som ansvarlig for 1813.

Sundhedsstyrelsen anmodede den 22. januar 2014 Region Hovedstaden om at indsende supplerende oplysninger om udsendelse af epikriser, journalføring og bemanning. Styrelsen modtog et notat af 4. februar 2014 vedlagt en instruks for elektronisk udskrift af journal og et notat af 13. januar 2014 om registrering og dokumentation i Akuttefonen.

Da Sundhedsstyrelsens vurderede, at den igangværende dialog med ledelsen på Akuttefonen 1813 ikke gav tilstrækkelige og fyldestgørende svar på især spørgsmål om journalføring og videregivelse af nødvendige oplysninger til opfølgning af patientforløb, fandt Sundhedsstyrelsen anledning til at foretage et tilsynsbesøg den 12. marts 2014. Sundhedsstyrelsen vurderede i den sammenhæng, at det var af afgørende betydning at foretage besøget med kort varsel for at få et reelt øjebliksbillede af forholdene på stedet.

## **Lovgrundlag for tilsynsbesøget**

Sundhedsstyrelsen fører tilsyn med den sundhedsfaglige virksomhed, der udføres af personer inden for sundhedsvæsenet, jf. sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010) § 215, stk. 1. Styrelsen kan som led i sit tilsyn til enhver tid uden retskendelse inspicere klinikker mv. samt afkræve sundhedspersoner de oplysninger, der måtte være nødvendige for at gennemføre tilsynet, jf. sundhedsloven § 215, stk. 3 og 4.

## **Forløbet af tilsynsbesøget**

Sundhedsstyrelsen gennemførte tilsynsbesøget i tidsrummet klokken 15.30 – 19.00 den 12. marts 2014.

Der deltog et tilsynsteam bestående af 7 tilsynsgående (5 læger og 2 jurister) i tilsynsbesøget.

Der var indledningsvist et opstartsmøde med ledelsen (direktør, enhedschefer og sektionsledere) i 1813 og de tilsynsgående fra Sundhedsstyrelsen. På mødet blev der informeret om tilsynets formål, lovgrundlag og planen for tilsynet, herunder hvordan tilsynet vil blive udført i praksis. Sundhedsstyrelsen bad desuden om at få - og fik - stillet et mødelokale til rådighed under tilsynsbesøget.

Efterfølgende blev en række forhold på 1813 nærmere afklaret (se afsnittet om oplysninger indsamlet i forbindelse med tilsynsbesøget).

Tilsynet blev afsluttet med et kort opfølgningsmøde med deltagelse af ledelsen i 1813 og de tilsynsgående, hvor Sundhedsstyrelsen gav en umiddelbar tilbagemelding på tilsynsbesøget.

## **Oplysninger indsamlet i forbindelse med tilsynsbesøget**

### *Demonstration*

Tilsynsteamet fik indledningsvist demonstreret journalsystemet og beslutningsstøtteværktøjet overordnet både af ledelsesrepræsentanter og af sundhedsfaglige visitatorer.

### *Observation*

Tilsynsteamet blev derefter vist rundt i lokalerne og fik demonstreret, hvordan man kunne orientere sig om blandt andet aktuel aktivitet og ventetid på ophængte storskærme. Nogle fra tilsynsteamet observerede (og lyttede med på) 4 sundhedsfaglige visitatorer i ca. en halv time, mens visitatorerne modtog og visiterede opkald. Tilsynsteamet havde lejlighed til at iagttage, hvorledes de øvrige visitatorer arbejdede i det åbne lokale.

### *Interview*

Tilsynsteamet interviewede derpå ledelsesrepræsentanter<sup>1</sup> samt 2 sundhedsfaglige visitatorer og 2 læger. Ledelsen blev interviewet om medarbejdernes sammensætning, tilgængelighed, intern og ekstern kommunikation, oplæring, retningslinjer, instrukser og organiseringen af 1813.

De sundhedsfaglige visitatorer blev interviewet om oplæring, journalføring, brug af beslutningsstøtteværktøj og kendskab til retningslinjer, instrukser og ansvarsfordeling.

Lægerne blev interviewet om oplæring, journalføring, kendskab til retningslinjer, instrukser og ansvarsfordeling.

### *Gennemgang af materiale*

---

<sup>1</sup> Følgende ledelsesrepræsentanter blev interviewet: Torben Svendsen, sektionsleder Akuttefonen 1813, Hanne Lindhold, sektionsleder Akuttefonen 1813, Sille Arildsen, sekretariatsleder Administrationen, Peter Gjersøe, enhedschef Akuttefonen 1813 og Jan Nørtved, enhedschef, AMK-vagtcentralen



Styrelsen udvalgte og gennemgik endeligt journaler på 39 konsekutive kontakter til 1813 den 10. marts 2014. Af de 40 udleverede journaler viste det sig, at der var udleveret 2 på den samme patient.

Desuden gennemgik styrelsen i alt 21 journaler efter henvendelsesårsager udvalgt på forhånd inden for kendte risikoområder. Styrelsen har gennemgået 5 journaler inden for hver af følgende henvendelsesårsager: feber, mavesmerter og hovedpine samt 6 journaler, hvor henvendelsesårsagen var brystmerter.

### **Oplysninger indhentet før og efter tilsynsbesøget**

Sundhedsstyrelsen har den 4. februar 2014, før tilsynsbesøget, på anmodning modtaget et notat, der blandt andet handler om journalisering og udsendelse af epikriser.

Desuden har styrelsen efter tilsynsbesøget indhentet en kopi af:

- Notat om journalisering
- Instruks om elektronisk udskrift af journal fra Akuttefonen 1813 til efterfølgende behandler
- Medicininstruks
- Beslutningsstøtteværktøjet om hudblødninger
- Beslutningsstøtteværktøjet om infektion med feber
- Funktionsbeskrivelse for kørende læger
- Funktionsbeskrivelse for sundhedsfaglige visitatorer
- Funktionsbeskrivelse for visitation foretaget af læger
- Introduktion og oplæringsprogram for sundhedsfaglige visitatorer
- Introduktionsprogram for læger
- Kompetencekort for medarbejdere på akuttefonen
- Skabelon for kompetencekort
- Vagtplan for uge10 2014
- Instruks for hjemmebesøg

## Oplysninger om organiseringen af 1813

### *Personalesammensætning:*

Ledelsen oplyste, at der er ansat sundhedsfaglige visitatorer i 1813 svarende til cirka 80 årsværk. Der er primært tale om sygeplejersker. Visitatorerne fra 112 kan i et vist omfang arbejde ved 1813 ved behov. De sundhedsfaglige visitatorer arbejder i 8 – 12 timers vagter, enkelte har 4 timers vagter. De har forskellig erfaringsbaggrund, fx erfaring fra 112 og/eller akut modtagelser.

De sundhedsfaglige visitatorers opgave er at modtage telefonhenvendelser, rådgive og ved behov visitere videre til læge eller andre akutfunktioner i regionen. De håndterer og afslutter ifølge ledelsen selvstændigt over halvdelen af henvendelserne.

Ledelsen oplyste, at visitatorenes ansvarsområde og kompetence er fastlagt i beslutningsstøtteværktøjet, men de kan foretage en selvstændig vurdering af den indringende patients ønsker om behandling. Visitatorerne kan altid rådføre sig med en læge.

Som hovedregel henviser visitatorerne komplekse patienter, fx patienter med kroniske eller flere konkurrerende sygdomme, der får meget medicin, til lægen. Det er muligt at stille patienten ”først i kø” til lægen. Når de sundhedsfaglige visitatorer taler med en akut alvorligt syg patient, har de mulighed for umiddelbart at ændre funktion fra 1813 til 112 og fx hidkalde en ambulance (dvs. de skal ikke omstille til en 112-visitator). De har også mulighed for at konferere med 1813-lægen eller AMK-lægen.

Lægerne er ifølge ledelsens oplysninger overvejende ansat i deltidsstillinger, normeret til 44 årsværk. Der er cirka 130 fast tilknyttede læger. Læger rekvireret fra vikarbureau dækker omkring 20 % af den lægelige bemanning. Der stiles mod at få ansat minimum 200 læger. Det forventes, at lægerne har mindst en vagt om ugen i gennemsnit. Vagterne er på 5 – 8 timer, enkelte kørevagter er på op til 12 timer.

Cirka halvdelen af lægerne er speciallæger i almen medicin, eller har anden speciallægeuddannelse, og en mindre del er dog i hoveduddannelsesforløb. Andre specialiserede speciallæger kan være ansat, hvis de opfylder kravet om almenmedicinske kompetencer, fx fra tidligere lægevagtskørsel. De fleste af lægerne har erfaring fra lægevagtsarbejde herunder fra andre regioner samt fra Norge og Sverige.

Samme beslutningsværktøj anvendes af lægerne, der også har mulighed for at anvende Lægehåndbogen, der ligger som en standardhenvi sning i Akuttelefonen 1813s tekniske løsning.

### *Oplæring af personalet:*

Ledelsen oplyste, at de sundhedsfaglige visitatorer deltager i et 3 ugers introduktionskursus ved ansættelsen, omfattende egentlig undervisning og workshops fulgt op af individuel sidemandso plæring. I kurset indgår introduktion til 1813-teknologien (herunder journalføringssystemet og beslutningsstøtteværktøjet), case-opgaver og samtaleteknik. Der tages individuelle hensyn under oplæringen ud fra, hvad den enkelte visitator finder svært og dennes hidtidige erfaring.

I begyndelsen lytter den nyansatte visitator med på telefonhenvendelserne og går så gradvist over til selv at besvare opkald under supervision. Alle nyansatte fungerer altid i makkerpar med en mere erfaren medarbejder. Den sundhedsfaglige visitator får oprettet et kompetencekort, hvor en mere erfaren kollega

vurderer, om de nødvendige kompetencer er opnået. Personalet arbejder i grupper på op til 8 personer herunder 1-2 læger, sammensat under hensyn til sikring af bred erfaring.

Der er etableret supplerende specialkurser som fx visitationskursus af 3 dages varighed (visitation af eksempelvis tandskader og børn) og et kommunikationskursus på 6 uger med afsluttende eksamen.

Under interviewene fik Sundhedsstyrelsen indtryk af, at ikke alle sundhedsfaglige visitatorer havde gennemført det nu gældende introduktionsprogram, som ledelsen havde oplyst om, men havde fået forskellige former for sidemandsopklæring.

Ledelsen oplyste, at lægerne deltager i en fællesintroduktion på 3 timer med efterfølgende 2 timers sidemandsopklæring. Herudover oplæres de efter behov i anvendelsen af IT-systemerne, herunder visitationsprocedurer ved en enkelt følgevagts med en mere erfaren kollega. Lægerne får også mulighed for at komme på et 3 dages efteruddannelseskursus.

### *Håndtering af spidsbelastninger:*

Ledelsen oplyste, at de følger ventetiderne, og nu har god indsigt i, hvordan belastningen veksler henover døgnet, ugen, sæsonen og året. Antallet af medarbejdere på vagt, varierer derfor i forhold til dette mønster.

Der er ikke personale i formaliseret rådighedsvagt. Ventetiderne følges løbende elektronisk og vises på storskærme flere steder i 1813-lokalerne. Der er flere muligheder for at tilkalde ekstra personale, hvis vagtlederen vurderer, at belastningen kræver det:

- Fast tilknyttede medarbejdere kan forsøges kontaktet og kaldt ind.
- 112-sygeplejerskerne kan aflaste 1813-sygeplejerskerne.
- Ved lang ventetid på 1813-læge kan den sygeplejefaglige vagtleder overtage samtalen og afklare patientens akutte behov samt evt. tilbyde tilbageringning, når lægen er frigjort.
- Ved spidsbelastning af den kørende læge kan akutlægebilen træde til.

Der er i Akuttefonen 1813 et varierende antal kørende læger på vagt om natten og i weekenden. Det fremgik af ledelsens oplysninger og af den fremsendte vagtplan, at der var 3 kørende læger på vagt fra klokken 16. Klokken 17 støder yderligere 2 til. Der er 3 kørende læger på vagt først på natten, senere kun 1 eller 2. Det er regionens mål, at 90 % af sygebesøg er aflagt indenfor 4 timer.

Ved forventet ventetid over 4 timer på kørende læge kontakter 1813-lægen patienten for at vurdere behovet for prioritering af sygebesøget. Hvis der ikke opnås kontakt til patienten aflægges et hurtigt sygebesøg, og døren brydes om nødvendigt op, hvis patienten ikke kan kontaktes.

Endelig kan 1813-lægen indlægge patienten direkte uden sygebesøg, hvis ventetiden bliver uholdbar.

## Instrukser

Det fremgår af instruksvejledningen (vejledning nr. 9001 af 20. november 2000 om udfærdigelse af instrukser), at det er den faglige ledelses ansvar, at der er de nødvendige instrukser, og at de afspejler autorisationslovens bestemmelser om omhu og samvittighedsfuldhed.

Ansvaret omfatter blandt andet:

- At instrukserne løbende ajourføres
- At instrukserne har en sådan udformning, omfang og placering, at de er anvendelige i det daglige arbejde
- At nyansatte introduceres til afdelingens instrukser
- At påse, at arbejdet udføres i overensstemmelse med de udarbejdede instrukser

Ingen af de interviewede medarbejdere var på forhånd bekendt med, om der var instrukser for journalføring og epikriser. En af de interviewede læger var bekendt med instruks for medicinordinationer og fremfandt efterfølgende en instruks for medicinordinationer i en mappe, som efter det oplyste ligger på alle arbejdsborde.

Den Præhospitale Virksomhed, Region Hovedstaden har i deres høringssvar af 26. marts 2014 oplyst, at kommunikationen fra ledelsen også foregår via tavlemøder, personalemøder, informationsmøder, lysavis og ugentlige opsamlingsmails. Derudover orienteres alle relevante medarbejdere løbende om opdatering af IT-systemerne. Ledelsen har videre oplyst, at der på alle borde ligger mapper med relevant materiale vedr. Akuttelefonen 1813, ligesom alle instrukser, vejledninger m.m. er at finde på regionens dokumenthåndteringssystem. Det fremgår også, at der er et intranet pr. virksomhed/hospital i Region Hovedstaden. Der er derfor ikke et intranet specifikt for Akuttelefonen 1813, da den er en integreret del af Den Præhospitale virksomhed.

En sundhedsfaglig visitator og en læge oplyste ved tilsynsbesøget, at der ikke var nogen systematisk orientering fra ledelsen til medarbejderne om de løbende ændringer og opdateringer i 1813-computersystemet.

Det fremgik, at det meste af kommunikationen fra ledelsen foregår pr. mail. Der var ikke møder eller konferencer. De interviewede medarbejdere oplyste, at der ikke var noget sted, hvor alt (manualer, instrukser, nyheder osv.) var samlet. Der var eksempelvis ikke noget intranet specifikt for 1813.

En sundhedsfaglig visitator oplyste, at der løbende skete ændringer af computersystemet, men at medarbejderne ikke systematisk blev orienteret om det. Der blev oftest orienteret om større ændringer pr. mail.

En læge oplyste, at denne havde fået sendt en række e-mails med instrukser og information om IT-systemet.

De fremsendte funktionsbeskrivelser er efter Sundhedsstyrelsens opfattelse utilstrækkelige i forhold til at udgøre en instruks for præcisering af medarbejdernes faglige ansvar.

Den Præhospitale Virksomhed, Region Hovedstaden har i deres høringssvar oplyst, at funktionsbeskrivelserne ikke udgør en instruks for præcisering af medarbejdernes faglige ansvar. De henviser i stedet til Region Hovedstadens ansættelsesprocedure. Disse ansættelsesprocedurer er ikke medsendt. Overordnet vurderer Sundhedsstyrelsen, at ansættelsesprocedurer ikke almindeligvis opfylder kravene til en faglig instruks jf. vejledning nr. 9001 af 20. november 2000 om udfærdigelse af instrukser.

Det fremsendte notat om journalføring opfylder ligeledes ikke Sundhedsstyrelsens krav til at udgøre en egentlig instruks. Da Sundhedsstyrelsen har konstateret, at journalføringen generelt er mangelfuld finder Sundhedsstyrelsen det særligt påkrævet at ledelsen ved en skriftlig instruks anviser minimumskrav til indhold af journalnotater. Den hidtidige indsats fra ledelsens side kan efter Sundhedsstyrelsens opfattelse ikke anses for at være tilstrækkelig til at afhjælpe problemet.

Sundhedsstyrelsen konstaterede således under tilsynsbesøg, at væsentlige og nødvendige instrukser ikke er tilstrækkeligt implementeret og andre mangler.

### ***Vedrørende beslutningsstøtteværktøjet***

Ledelsen gav ved interviewet udtryk for, at beslutningsstøtteværktøjet var en integreret del af visitationen, instruksgrundlaget og journalføringen af henvendelserne. Ledelsen oplyste, at det var deres forventning, at de sundhedsfaglige visitatorer behandlede patienterne som angivet i beslutningsværktøjet, eller hvis de fandt det fagligt indiceret at afvige herfra, så journalførte visitatorerne en begrundelse.

Ved tilsynsteamets observation af 4 sundhedsfaglige visitatorers visitation, oplyste en sundhedsfaglig visitator i tråd hermed, at vedkommende opfattede beslutningsstøtteværktøjet som et led i den faglige vurdering af patienterne og journalføringen.

Ikke alle sundhedsfaglige visitatorer anvendte dog værktøjet systematisk, fx var vinduet med beslutningsstøtteværktøjet ved en arbejdsstation ikke åbent, da observationen blev indledt. Sundhedsstyrelsen kunne observere flere visitatorer i det åbne lokale. En sundhedsfaglig visitator oplyste, at denne foretrak at anvende sin faglige viden, erfaring og sunde fornuft, idet værktøjet bevirkede, at det var vanskelig fastholde fokus på patienten i telefonen. Hun brugte efterfølgende beslutningsstøtteværktøjet for at tildele samtalen en kode/kategori (kriterie).

En sundhedsfaglig visitator gav udtryk for, at værktøjet var vanskeligt at anvende. Denne sundhedsfaglige visitator mente, at det var ufærdigt og i mange tilfælde gav utilstrækkelige råd. Den sundhedsfaglige visitator gav udtryk for, at anvendelsen af værktøjet ikke havde nogen betydning for journalføringen. Denne sundhedsfaglige visitator vurderede, at beslutningsstøtteværktøjet var mere besværligt i brug end I12-index, som hun oplyste, at hun anvendte ved indlæggelse af en patient.

De sundhedsfaglige visitatorer var ikke alle bekendt med beslutningsstøtteværktøjets status, om det havde status af en instruks, som de skulle følge.

De sundhedsfaglige visitatorer blev desuden anmodet om at demonstrere brugen af beslutningsstøtteværktøjet ved en patient som henvendte sig med akutte bryst smerter. Tilsynsteamet bemærkede, at en sundhedsfaglig visitator ikke kunne fremvise retningslinjer for at håndtere atypiske bryst smerter hos kvinder.

En sundhedsfaglig visitorator kunne heller ikke fremfinde retningslinjerne for håndtering af feber hos børn under 3 måneder. Retningslinjen blev demonstreret af en anden sundhedsfaglig visitorator for tilsynsteamet.

Sundhedsstyrelsen kan således konstatere, at det anvendte beslutningsværktøj ikke er tilstrækkelig implementeret, hvilket kan udgøre en alvorlig risiko for patientsikkerheden.

Det er i øvrigt Sundhedsstyrelsens opfattelse, at de til en hver tid gældende faglige instrukser tydeligt skal angive, hvornår en sundhedsperson kan fravige en instruks og hvilken procedure der skal følges i den forbindelse. Dette er særligt vigtigt, når der foretages et væsentligt organisatorisk paradigmeskifte som i det aktuelle tilfælde på akutbetjeningens visitationsområde.

Sundhedsstyrelsen vurderer således, at der er heller ikke har været tilstrækkelige skriftlige instrukser for afgrænsningen af de sundhedsfaglige visitoratorer funktion og rækkevidden af deres faglige kompetence.

### ***Receptpligtig medicin***

Ledelsen oplyste, at instruks til de sundhedsfaglige visitoratorer vedr. håndtering af receptpligtig medicin fremgår af beslutningsstøtteværktøjet. Sundhedsfaglige visitoratorer skal henvise patienten til lægen.

Videre oplyste ledelsen, at der er en instruks til lægerne vedr. lægemiddelordinationer, også særligt vedr. ordination af afhængighedsskabende lægemidler.

En sundhedsfaglig visitorator oplyste på forespørgsel, at vedkommende ikke kendte til nogen instruks i forhold til medicinændringer eller udfærdigelse af recepter. Det blev oplyst, at det ikke fremgik af beslutningsstøtteværktøjet, hvordan de sundhedsfaglige visitoratorer skulle forholde sig, hvis en patient fik noget uhensigtsmæssig medicin. Den sundhedsfaglige visitorator oplyste, at der altid blev stillet om til læge ved ændringer i receptpligtig medicin eller behov for receptudskrivelse, men at vedkommende kunne rådgive om håndkøbsmedicin. Der var enighed mellem læger og sundhedsfaglige visitoratorer om, at henvendelser, der vedrører medicin, skal håndteres af læger.

En læge oplyste, at der var retningslinjer for udskrivelse af recepter, men at de ikke havde været der fra begyndelse og var kommet hen ad vejen. Lægen nævnte blandt andet, at der var retningslinjer for behandling med afhængighedsskabende medicin og medicin mod børneorm.

Sundhedsstyrelsen konstaterede således samlet ikke væsentlige problemer med hensyn til ordination af receptpligtig medicin fra 1813.

## **Kommunikation internt i 1813**

En sundhedsfaglig visitator oplyste, at hvis hun var i tvivl om, hvordan en patient skulle håndteres, så konfererede hun enten med læge eller viderestillede opkaldet til læge. Hun oplyste, at der ved viderestilling til læge var der mulighed for at sætte patienten forrest i køen, hvis der var behov for en særlig hurtig vurdering.

Tilsynsteamet observerede, at en sundhedsfaglig visitator henvendte sig med et spørgsmål til en læge, om hvor en patient skulle indlægges. Lægen kendte ikke svaret, og den sundhedsfaglige visitator valgte herefter at løse det selv ved at ringe til de centrale visitationsenheder (CVI) med henblik på indlæggelse på den afdeling, vedkommende vurderede var den korrekte.

Tilsynsteamet spurgte efterfølgende den sundhedsfaglige visitator, om hun vidste, om der var en instruks eller retningslinje for, hvordan hun skulle handle, hvis lægen ikke kunne svare på et spørgsmål, hun havde, og det gjorde hun ikke. Den sundhedsfaglige visitator oplyste, at der var få formelle instrukser i 1813, og at det derfor var meget op til den enkelte, hvordan et opkald blev håndteret.

En læge oplyste, at han oplevede, at det var tydeligt, hvad der var hans ansvar og hvad der var de sundhedsfaglige visitorers. Samarbejdet mellem sundhedsfaglige visitorer og læger fungerede på det oplyste generelt godt, og en sundhedsfaglig visitator oplyste, at der var en god kultur for at spørge hinanden til råds.

Under observationen benyttede nogle sundhedsfaglige visitorer - efter at have omstillet en patient til læge – sig af muligheden for efterfølgende af at se i journalsystemet, hvordan lægen håndterede patienten. Andre gjorde ikke.

Sundhedsstyrelsen konstaterede samlet, at der på det foreliggende er ikke er behov for tilsynsmæssige tiltag på dette område.

## Henvisninger

Ledelsen oplyste, at retningslinjerne for henvisning til vurderings- og behandlingsspor fremgår af beslutningsstøtteværktøjet under de enkelte sygsomme/symptomer.

Til vurderingssporet henvises akut syge patienter til vurdering og evt. indlæggelse. Til behandlingssporet henvises patienter som til den tidligere lægevagtskonsultation, dvs. mindre alvorlig akut opstået sygdom og småskader.

Ved indlæggelse på somatisk afdeling sendes henvisningen af enten sundhedsfaglig visitator eller læge til rette CVI. Den sundhedsfaglige visitator kan altså selvstændigt henvise til indlæggelse. CVI visiterer herefter til rette afdeling samt varetager det praktiske omkring indlæggelsen.

Medarbejderne i 1813 kan løbende følge ventetider i akutklinikkerne/akutmodtagelserne og se, hvornår patienten forventes at blive tilset af en læge. Patienterne får en fast tid til konsultation og kan dermed tilbringe hovedparten af ventetiden i hjemmet. Ledelsen havde klart den opfattelse, at ophobning af patienter i akutklinikkerne/akutmodtagelserne var aftaget efter ordningens opstart.

1813 kan henvise til de psykiatriske akutklinikker, men 1813 har ikke oversigt over ventetiden. Ved indlæggelse på psykiatriske afdeling fremgår proceduren af beslutningsværktøjet. 1813-personalet har telefonnumre til afdelingerne, som de kontakter direkte. 1813 har også mulighed for at involvere detpsykiatriske akutberedskab og telefonisk videregive oplysninger om den aktuelle problemstilling.

De sundhedsfaglige visitatorer oplyste, at ved indlæggelse i psykiatriske regi videregiver de oplysninger telefonisk til den vagthavende psykiater, der overtager kontakten til patienten. De sundhedsfaglige visitatorer fremviste en mappe med telefonnumre.

Der er i beslutningsstøtteværktøjet en instruks for henvisning til den kørende læge. Ved behov for sygebesøg sender 1813-visitatoren via responsmodulet i den elektroniske journal besked til Akutberedskabets dispatcher (opgavefordeler), som via sms og over skærbilledet på kørelægens bærbare PC kan orientere lægen om nye sygebesøg. Kørelægen bliver informeret om et sygebesøg ad gangen og har ikke mulighed for at ændre på rækkefølgen af besøg.

Når der er behov for et hastende besøg ved den kørende læge, kan den sundhedsfaglige visitator/læge direkte og mundtligt videregive informationen til dispatcheren, som befinder sig inden for fysisk rækkevidde.

Sundhedsstyrelsen fik ved et møde med CVI den 31. januar 2014, om deres visitationspraksis, oplyst at det var aftalt med akuttelefonen 1813, at de sundhedsfaglige visitatorer ikke selvstændigt kunne henvise til hospitalsindlæggelse. Oplysninger fra CVI er således ikke i overensstemmelse med den praksis som blev fulgt på akuttelefonen 1813 på tidspunktet for tilsynsbesøget.

Det er Sundhedsstyrelsens opfattelse, at denne uoverensstemmelse hurtigst muligt skal afklares i Region Hovedstaden.

Den Præhospitale Virksomhed, Region Hovedstaden har i deres høringssvar oplyst, at uoverensstemmelsen er afklaret. Det fremgår dog ikke af høringssvaret hvordan eller hvornår.



## **Journalføring**

Journalføringen foretages i et elektronisk modul (Logis Cad), der er en fælles IT-plattform og tværfaglig journal delt mellem 1813 (telefonfunktionen), 112 og de kørende læger. Journalen indeholder en række faneblade til notater om henvendelsesårsag, fokuseret anamnese, fokuserede objektive fund og diagnose. Dertil kommer en række responsmuligheder, som markeres med farvemarkeringer i systemet. Logis Cad systemet generer endvidere automatisk en samling af oplysninger til en epikrisis, når der angives behov herfor.

De visiterende medarbejdere anvender fire skærme. På en skærm er beslutningsstøtteværktøjet, på en anden er selve journalmodulet, mens den tredje skærm bringer en hændelsesoversigt, der viser hvilke patienter, der har foretaget opkald, mens den sidste skærm kan anvendes til opslag i Lægehåndbogen, Fælles Medicinkort (FMK) m.m..

### ***Strukturering af journalsystemet***

Det fremgår af journalføringsbekendtgørelsen (Bekendtgørelse nr. 3 af 2. januar 2013 om autoriserede sundhedspersoners journalføring m.v.) § 4, stk. 5, at det enkelte sygehus, klinik m.v. er ansvarligt for, at patientjournalen er opbygget og indrettet, så lovgivningens krav i forbindelse med journalføring kan overholdes, herunder at patientjournalen struktureres, så den er overskuelig for de autoriserede sundhedspersoner, som benytter den. Det fremgår samtidig af bekendtgørelsen § 9, stk. 3, at optegnelserne skal stå i kronologisk rækkefølge i journalen.

På fanebladene er der flere felter, som udfyldes af de sundhedsfaglige visitatorerne ved visitation af patienterne. Der er desuden andre felter, som udfyldes af lægerne, når de bliver involveret i patientbehandlingen. Lægerne skrev således tilsvarende i feltet ”journal”, der er fordelt på 4 mindre faneblade (plan, diagnose, indlæggelse og tilknytninger).

Sundhedsstyrelsen konstaterede ved tilsynet, at journalen ikke giver en samlet kronologisk oversigt over patientens eventuelle tidligere henvendelser. Journalen var i stedet opbygget som et øjebliksbillede. Dvs. ved gentagne henvendelser fra samme patient fremkom tidligere journalnotater ikke. I stedet skulle medarbejderen aktivt søge på patientens personnummer i et andet system for at få denne oplysning.

På forespørgsel til skærmen med hændelsesoversigten oplyste nogle sundhedsfaglige visitatorer, at formålet med denne oversigt var at kunne orientere sig om de patienter, som ringede. De sundhedsfaglige visitatorer kunne dermed blive opmærksomme på, hvis den samme patient ringede flere gange samme dag. De fandt dog, at i travle perioder var det svært at gøre effektivt brug af denne hændelsesoversigt.

Sundhedsstyrelsen konstaterede samlet, at opbygningen af journalsystemet ikke er i overensstemmelse med de gældende regler for journalføring. Det er herunder Sundhedsstyrelsens opfattelse, at det manglende umiddelbare overblik over patienters samlede kontakter til 1813 kan indebære en alvorlig risiko for patientsikkerheden. Ledelsen oplyste, at der er iværksat tiltag for at give et samlet overblik uden at anføre hvordan eller tidsperspektivet. Det fremgår ej heller af høringsvaret fra Den Præhospitale Virksomhed Region Hovedstaden.

## ***Journalføringen***

Ved observation af de sundhedsfaglige visitorers håndtering af opkald til 1813 bemærkede tilsynsteamet, at de sundhedsfaglige visitatorer ikke noterede deres navn og faggruppe i forbindelse med journalføringen, da det blev registreret automatisk med en personlig kode. Den enkelte sundhedsfaglige visitors handlinger i tilknytning til opkaldet kunne ses i et "logbillede" i venstre side af den skærm, som blev benyttet til journalføringen. Via logbilledet blev tidspunktet for selve håndteringen af patienten også automatisk registreret og blev derfor ikke noteret selvstændigt af sundhedspersonen.

Journalføringsbekendtgørelsen § 9, stk. 2, stiller krav om, at journalen skal indeholde oplysning om, hvem der har foretaget et journalnotat og hvornår det er sket.

Ledelsen oplyste, at når journalen videresendes fremgår navn og titel og ikke den personlige kode.

I de 60 screen-dumps af journaler, som Sundhedsstyrelsen fik udleveret på tilsynsbesøget, fremgår de sundhedsfaglige visitatorer og lægers navne udelukkende med koder (fx ABC0123). Der fremgår også en række tidspunkter, men det er ikke muligt for udenforstående at vurdere, hvilke handlinger de forskellige tidsangivelser og koder henviser til.

Det fremgik ved observationen af sundhedsfaglige visitorernes arbejde, at de udover udfyldelse af felterne "Responsplanen/status" (fx om patienten blev henvist til skadestue eller afsluttet til egen læge), primært benyttede felterne "Årsag", "Bemærkning", og "Kriterie" til nærmere at beskrive visitationen.

Feltet "Årsag" blev som hovedregel udfyldt meget kortfattet (fx "ve. fod" eller "øjenbetændelse").

Feltet "Bemærkning" blev anvendt til at uddybe henvendelsesårsagen, fx "fald på trappe, negle på flere tæer aktuelt blå, tiltagende smerter". De interviewede sundhedsfaglige visitatorer oplyste, at hvis de bad om råd fra en læge uden at omstille, noterede de rådgivningen og lægens navn i patientens journal.

Nogle sundhedsfaglige visitatorer oplyste, at feltet "Kriterie" skal anvendes til at dokumentere, hvordan beslutningsstøtteværktøjet var benyttet ved håndteringen af patienten. En oplevede det i stedet mere som en kategori, som patienten fik tildelt.

## ***Kvalitetskontrol af journalføringen***

På forespørgsel, om ledelsen havde vurderet kvaliteten af journalerne, oplyste de, at der er foretaget en journalaudit på 20 børnejournaler, som viste, at det var de rette børn, der blev visiteret til pædiatrisk afdeling. Desuden forårsager utilsigtede hændelser (UTH), at journalerne bliver kontrolleret ekstra.

Voice-log indgår i vurderingen af journalføringen og vidensdelingen, således at oplysningerne i voice-log sammenholdes med de journalførte oplysninger.

## ***Printning af journalerne***

Ledelsen oplyste, at 1813 primært havde undladt at købe et modul, der gjorde det muligt at printe journalerne ud. Ledelsen oplyste, at modulet indkøbes nu. Hidtil har det ikke været muligt for 1813 at se den fremsendte epikrise, da den først generes elektronisk ved fremsendelsen. Dette umuliggør efter Sundhedsstyrelsens opfattelse kvalitetssikring af epikriserne. De praktiserende læger har ifølge oplysningerne fra ledelsen

mulighed for at printe de sendte epikriser, da deres journalsystemer kan oversætte koderne i 1813-journalerne.

## Gennemgang af journaler

Sundhedsstyrelsen havde i varslingsbrevet anmodet 1813 om at få printet journaler (inklusive evt. henvisninger, epikriser mv.) på 40 konsekutive patienter, der havde kontaktet 1813 den 10. marts 2014 fra klokken 17. Der blev udleveret journaler på 39 kontakter. Videre havde Sundhedsstyrelsen anmodet om at få printet yderligere 20 journaler på patienter, der havde henvendt til 1813 i perioden fra 1. til 11. marts 2014 med henholdsvis feber, brystmerter, mavesmerter og hovedpine. Styrelsen havde anmodet om 5 journaler indenfor hver kategori. Der blev dog udleveret journaler på 6 patientkontakter vedr. akutte brystmerter.

Sundhedsstyrelsen fik på tilsynsbesøget udleveret en mappe med screen-dumps af journalerne, og havde også lejlighed til at høre et par af konsultationerne på voice-log.

Ved de 39 konsekutive henvendelser var der en 1813-læge involveret i de ti kontakter. For en kontakt vedr. linseproblemer faldt samtalen tilsyneladende ud i omstillingen til lægen.

En henvendelse drejede sig om recept på øjenmedicin. 1813-lægen skrev recepten (ocul. Fucithalmic), men der er ikke yderligere oplysninger om ordinationen.

1813-lægen afsluttede fem patienter til egen læge. I ingen af kontakterne fremgår lægens råd til patienten af det udleverede screen-dump.

De sundhedsfaglige visitorers afsluttede 7 af de 39 patientkontakter selvstændigt, heraf blev 2 patienter henvist til at kontakte egen læge.

11 patienter blev af sundhedsfaglige visitatorer henvist til skadesporet, 3 til vurderingssporet og 8 til sygdomssporet. I ingen af de udleverede journaler er det af sundhedsfaglige visitatorer angivet, at der var rådført med en læge.

Det var ikke muligt for Sundhedsstyrelsen ud fra de udleverede materiale at fuldt ud vurdere, i hvilket omfang rådgivning eller anden iværksat behandling var journalført, fordi journalerne ikke udskrives i fuldstændig form.

Sundhedsstyrelsen vurderer dog på det foreliggende materiale, at journalføringen af givne råd generelt set var utilfredsstillende, da rådgivningen gennemgående ikke er nærmere specificeret. Sundhedsstyrelsen finder dette særligt problematisk i forhold til patienter som ikke afsluttes, da dette kan være af betydning for den efterfølgende videre opfølgning ved eksempelvis den praktiserende læges side.

Af de ovennævnte grunde har det ikke været muligt for Sundhedsstyrelsen at foretage en faglig bedømmelse af behandling beskrevet i de udleverede journaler. Styrelsen har dog på det foreliggende grundlag ikke fundet anledning til at foretage sig yderligere i de enkelte sager, da det efter styrelsens opfattelse ikke drejer sig om individuelle faglige svigt hos de enkelte sundhedspersoner, men et problem ved organiseringen.

## Indberetninger til Sundhedsstyrelsen af patientforløb i 1813, som har givet anledning til selvstændige tilsynssager og som bidrager til belysning af funktionen af 1813

Sundhedsstyrelsen har modtaget indberetninger om flere patientforløb med kontakt til Akuttelefonen 1813 siden 1. januar 2014 og til nu. Sundhedsstyrelsen har oprettet en række tilsynssager og i denne rapport kun medtaget eksempler, hvor organiseringen af 1813 har været en del af indberetningen. I hver enkelt af sagerne er eller har Sundhedsstyrelsen været i direkte kontakt med ledelsen på 1813.

### Dødsfald hos ældre borger i første indlæggelsesdøgn efter forudgående 1813 kontakt.

Indberetning fra praktiserende læge af forløb med to forudgående kontakter til 1813. Ved indlæggelsen vurderet i septisk chok, udviklede få timer senere hjertestop, blev genoplivet og afgår senere ved døden i multiorgansvigt. I begge 1813 kontakter omstillet til læge.

Gennemgang af modtaget journalmateriale med lydfiler tyder ikke umiddelbart på visitationssvigt i 1813, men der foreligger ikke brugbare lægenotater efter omstilling fra sundhedsfaglig visitator til læge i 1813. *Journalmaterialet har samme mangler som konstateret ved tilsynsbesøget. Sagen er ikke endeligt afsluttet.*

### Ældre borger indlagt med akut blødning fra mavetarmkanalen med forudgående lægebesøg fra 1813 aftenen forinden

Indberetning fra praktiserende læge. Hjemmeplejen foranledigede om aftenen et 1813 lægevagtsbesøg, da man fandt den ældre borger med flere kroniske sygdomme akut påvirket med lavt BT, dårlig respiration og dårlig almentilstand. Vagtlæge tilser patienten og tilråder angiveligt kontakt til egen læge næste dag. På hjemmeplejens foranledning iværksættes næste dag indlæggelse via egen læge, hvor der konstateres pågående GI-blødning, lav hæmoglobin og svær blødningstendens. Overføres straks til intensiv afdeling.

Det gennemgåede journalmateriale (lydfiler foreligger ikke), herunder fra indlæggelsen, giver ikke noget klart billede af forløbet. *Journalmaterialet har samme mangler som konstateret ved tilsynsbesøget. Sagen er ikke endeligt afsluttet.*

### Dødsfald i hjemmet efter kontakt til 1813 og forsinket lægebesøg

Indberetning fra læge om borger fundet død i hjemmet efter opkald til 1813. Efterfølgende indberetning fra praktiserende læge med oplysning om forudgående kontakt fra hjemmeplejen til 1813, som foranledigede lægebesøg fra 1813. Kørelægen kom først næste morgen og fandt patienten død. Patienten havde flere kroniske lidelser.

Gennemgang af modtaget journalmateriale, lydfiler og indhentet redegørelse fra Akutberedskabet Region Hovedstaden bekræfter kontaktforløbet, og at der går flere timer fra borgeren visiteres til lægebesøg, til opgaven sendes til kørelægen, som derefter finder patienten afdødt ved døden i hjemmet. Det fremgår, at Akutberedskabet efter gældende retningslinjer forsøgte at kontakte patienten i løbet af natten. *Denne kontakt er ikke dokumenteret i 1813. Journalmaterialet har samme mangler som konstateret ved tilsynsbesøget. Sagen er ikke endeligt afsluttet.*

### Dødsfald i hjemmet hos midaldrende borger efter oplyst forgæves kontakt til 1813

Oprettet efter ligsyn, efter at være dødfunden i hjemmet. Det er til ligsynssagen oplyst, at nu afdøde formentlig havde indtaget "for mange piller" og at afdøde og en nabo forgæves over en time havde søgt kontakt til 1813 for at rekvirere vagtlæge. Sagen er ikke endeligt afsluttet.

#### **Feberbarn under 3 måneder behandlet med Panodil uden sygebesøg**

Indberetning fra praktiserende læge, som gennem epikrise har fået indtryk at det febrile barnet af sygeplejerske har fået ordineret Panodil uden lægeinvolvering.

Gennemgang af modtaget journalmateriale og lydfil giver ikke holdepunkt for mangler i visitationen gennem 1813. Indringer visiteres til samtale med læge, som jf. journalen afslutter kontakten med ordination af Panodil uden sygebesøg eller henvisning til vurdering i akutklinik. Der foreligger ikke lydfil fra lægesamtalen. *Journalmaterialet har samme mangler som konstateret ved tilsynsbesøget.* Sagen er ikke endeligt afsluttet.

Ovenstående eksempler illustrerer, at journalføringen er udformet på en sådan mangelfuld måde, at Sundhedsstyrelsens mulighed for at føre tilsyn med den sundhedsfaglige behandling og organisering i Akutfunktionen begrænses. Sundhedsstyrelsen har ud over screen-dumps fra journalsystemet modtaget Voice log (lydfiler) fra samtaler med Akuttelefonen. Voice log kan imidlertid ikke anvendes som journalføring eller som dokumentation i journalen. Der foreligger tillige ikke Voice logs fra nogen af de samtaler, som efter videregivelse fra sundhedsfaglig visitator, er foretaget af Akuttelefonens læger.

Det kan endvidere konstateres, at de indberettende praktiserende læger ikke har været fuldt orienteret om patientforløbet og behovet for eventuel opfølgning.

## Epikriser

Ved forespørgsel om, hvordan epikriser bliver sendt, oplyste næsten alle, at epikriser sendes automatisk, hvis det er indeholdt i den valgte respons (afslutning af patient i Akuttefonen 1813). En sundhedsfaglig visitator oplyste, at hun sendte epikriser, når der var behov for, at egen læge skulle følge op. Ved demonstration viste den sundhedsfaglige visitator, at hun efter en samtale trykker på tasten ”gem og send”, hvorefter epikrisen på det oplyste bliver sendt.

Ved forespørgsel om i hvilke situationer der sendes epikrise, demonstrerede den sundhedsfaglige visitator, hvordan dette følger beslutningsstøtteværktøjet. Det er således afgørende for, om der sendes epikrise, at det er kodet ind i den valgte respons i beslutningsstøtteværktøjet, at der skal sendes epikrise. De sundhedsfaglige visitatorer har derved på det oplyste ikke mulighed for selv at vælge, om der skal sendes epikrise. Afsendelse af epikrise er bestemt af valg af rådgivning i beslutningsstøtteværktøjet.

Hvis der for eksempel i beslutningsstøtteværktøjet er valgt en rådgivning, som fører til status ”EL” (egen læge), så trykker den sundhedsfaglige visitator efter samtalen ”gem og send”, og der bliver automatisk sendt en epikrise til egen læge. Det er desuden ifølge den sundhedsfaglige visitator ikke muligt at afslutte kontakten og få et nyt skærmbillede frem, før det er sket.

På anmodning har Sundhedsstyrelsen den 18. marts 2014 fået fremsendt ”Elektronisk udskrift af journal fra Akuttefonen 1813 til efterfølgende behandling” gældende fra 21. februar 2014. Efter gennemgang af den kan styrelsen konstatere, at der er en instruks om blandt andet epikriser, og at angivelsen af selve epikrisens indhold i instruksens er fyldestgørende.

Det fremgår af instruksens, at ”Enhedsledelserne for Akuttefonen 1813 og Præhospitalet Akutmedicin er ansvarlig for implementering af nærværende instruks. Medarbejdere på Akuttefonen 1813 og kørende 1813-læger er ansvarlige for at følge instruksens.”

Sundhedsstyrelsen kan konstatere, at ingen af de forespurgte medarbejdere på 1813 havde kendskab til, om der var en instruks for epikriser. Instruksens er derfor efter Sundhedsstyrelsens opfattelse ikke tiltrækkeligt implementeret.

Det fremgår af instruksens, at ”Videregivelse af journaloplysninger reguleres af sundhedsloven og regler om samtykke.” Den Præhospitale Virksomhed Region Hovedstaden oplyser i deres høringssvar, at reglerne for samtykke er angivet i Region Hovedstadens vejledning ”Udveksling af helbredsoplysninger – med og uden samtykke”, der også gælder for Akuttefonen 1813. Vejledningen er dog ikke vedhæftet høringssvaret. Sundhedsstyrelsen finder det under alle omstændigheder utilstrækkeligt, at der henvises til denne generelle vejledning, da der netop gør sig særlige vilkår gældende i forhold til Akuttefonen 1813.

Instruksens ”Videregivelse af journaloplysninger reguleres af sundhedsloven og regler om samtykke.”indeholder ikke en nærmere beskrivelse af, hvordan akuttefonen sikrer sig at videregivelse af helbredsoplysninger sker efter sundhedslovens regler. Det er ikke i instruksens beskrevet, hvornår der kan videregives oplysninger uden patientens samtykke, og hvornår patientens samtykke kræves for at oplysninger kan videregives.

Sundhedsstyrelsen har forstået, at afsendelse af epikriser sker efter faste indkodninger i beslutningsstøtteværktøjet. Dette ses ikke at fremgå af instruksens.

Instruksen retter sig både til sundhedsfaglige visitatorer og læger på 1813, men videregivelsesreglerne er ikke de samme for læger og andre sundhedsfaglige ikke-lægelige medarbejdere.

Det er Sundhedsstyrelsens opfattelse, at hvis en instruks retter sig mod flere medarbejdergrupper, skal eventuelle særlige forhold for hver medarbejdergruppe præciseres.

Det er efter Sundhedsstyrelsens opfattelse ikke tilstrækkeligt at henvise til 'sundhedsloven og regler om samtykke'. Dette har særligt betydning, når det ikke er de samme regler, der gør sig gældende for alle medarbejdergrupper.

Sundhedsstyrelsen finder således, at Akuttelefonen 1813s instruks er utilstrækkeligt med hensyn til, hvornår epikriser kan sendes uden samtykke fra patienterne.

Sundhedsstyrelsen finder desuden at ledelsen hurtigst muligt skal tage skridt til at sikre, at en revideret og dækkende instruks fremover bliver overholdt. Der skal i den forbindelse udarbejdes konkrete anvisninger for brugen af selve beslutningsstøtteværktøjet, eftersom afsendelse af epikriser sker efter faste indkodninger i denne.

Sundhedsstyrelsen den 27. marts 2014.

Enhedschef, overlæge  
Anne Mette Dons

Overlæge  
Hanne Rasmussen