

Kunskapsbanksnummer: KB2347632

Datum: 2019-10-04

Händelseanalys

Förväxling av utskickade intyg

Juni 2019

Analysledare:

Geriatrisk och rehabiliteringsklinik
Kungälv Sjukhus
Västra Götalandsregionen

Sammanfattning

På uppdrag av tf verksamhetschef, Akutkliniken har en händelseanalys initierats där det har skett en förväxling av intyg vid utskick som har resulterat i att anhöriga till 2 olika patienter har fått varandras intyg.

Sammanfattningsvis har en anhörig till en nyligen avliden patient, *patient 1*, ringt och meddelat en personal att det kommit ett närståendepenningsintyg till dennes förälder gällande en annan person, *patient 2*, där personnummer, namn och diagnoser tydligt framkommit på intyget. Personalen som hade tagit emot samtalet ringde därefter till *patient 2* och då fått uppgifter om att även *patient 2* hade fått *patient 1's* närståendepenningsintyg, vilket bekräftade att en förväxling hade skett.

Det bakomliggande orsak som kommit fram finns inom området *procedur/rutiner & Riktlinjer* och rör bristfällig följsamhet av befintlig rutin för "Remiss och brev utgående – skicka". Det framkommer även att gällande rutin saknar specifika åtgärder för att undvika förväxling vid utskick.

Viktiga åtgärdsförslag som kan minimera de bakomliggande orsakerna är uppdaterande och förtydliggörande av befintlig rutin samt regelbunden och rutinmässig uppföljning av rutinen.

Innehållsförteckning

1	Uppdrag.....	4
1.1	Uppdragsgivare.....	4
1.2	Uppdrags- och startdatum	4
1.3	Återföringsdatum	4
2	Deltagare i analysteam	4
3	Metodik	4
4	Resultat.....	5
4.1	Händelseförlopp	5
4.2	Bakomliggande orsaker	5
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	5
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader	5
4.5	Åtgärdsförslag.....	5
5	Tidsåtgång	6
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	7
6.1	Åtgärder.....	7
6.2	Återkoppling	7
6.3	Uppföljning	7
7	Ordförklaringar	8
8	Bilagor.....	9

1 Uppdrag

Enligt uppdrag för genomförande av händelseanalysen av uppdragivaren rör analysen sig om en förväxling av intyg vid utskick som har resulterat i att anhörig till 2 olika patienter fått varandras intyg. Anhörig till en nyligen avliden patient (patient 1) ringer och meddelar att det kommit ett närståendepenning intyg till dennes förälder gällande en annan person (patient 2) där sekretessbelagt personnummer, namn och diagnoser tydligt framkommer. Telefonsamtal till patient 2 sker och då får uppgifter att patient 2 fått intyg för patient 1, vilket bekräftar att en förväxling har skett.

1.1 Uppdragsgivare

Tf. Verksamhetschef Vårdadministrativ enhet på Akutkliniken
Kungälv Sjukhus
Västra Götalandsregionen

1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-07-23

Startdatum: 2019-09-23

Första möte med teammedlemmarna 2019-09-23. Fördröjd start pga. Sommarsemestrar och övriga händelser som resulterade i svårigheter att hitta ett gemensamt mötesdatum vid ett tidigare tillfälle.

1.3 Återföringsdatum

Datum för återföring till verksamhetschefen: 2019-10-03

2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll / titel	Enhet
Analysledare/Arbetsterapeut	Kungälv Sjukhus/Geriatrik och rehabiliteringsklinik
Teammedlem/Utvecklingssekreterare	Kungälv sjukhus, e-Hälsostrategisk avdelning
Teammedlem/Medicinsk Sekreterare	Kungälv sjukhus, Vårdadministrativ enhet

3 Metodik

Metodiken för händelseanalysen som har använts är enligt handboken som utgivits av Sveriges Kommuner och Landsting. Fakta har inhämtats från avvikelserapporten, journalhandlingar, befintliga rutiner och expertis från deltagarna i analysteamet. Även övrig information som inhämtats är bemanning under datum för händelsen och fakta kring antal skrivna diktat.

Teamet har valt att basera analysen på huvudsakligen inhämtade fakta.

Teamet har gjort ett aktivt val att inte intervjua berörd personal eller anhöriga av följande anledningar;

- Det är okänt vilka alla de berörd personalen var då det saknades dokumentation vid utskicket av intygen.
- Det bedömdes av teamet att inhämtade fakta och material har gett tillräckligt tydligt underlag till analysen.
- Personal som pratade med anhöriga hade inhämtat deras upplevelse av situationen vid dem 2 olika samtalen, vilket framkommer i avvikelshanteringsärendet.

4 Resultat

4.1 Händelseförlopp

Anhörig till 2 olika patienter (Patient 1 och patient 2) önskar närståendepenningsintyg.

Punkt 1.

Närståendepenningsintygen skrivs ut och skickas ut till de två olika patienternas anhöriga. Det finns ingen dokumentation i journalen där det står vem som har skrivit ut och skickat de två intygen.

Punkt 2.

Anhörig till *patient 1* ringer till en personal på sjukhuset och meddelar att det kommit ett närståendepenningsintyg till dennes förälder gällande en annan person (*patient 2*) där personnummer, namn och diagnoser tydligt framkommer på intyget. Det konstateras att anhörig till *patient 1* fått fel närståendepenningsintyg med personbelagda uppgifter till en annan person.

Punkt 3.

Samma personal som tagit emot samtal från anhörig till *patient 1*, ringer därefter till *patient 2* och får reda på att *patient 2* har fått närståendepenningsintyget till *patient 1*. Det bekräftas vid detta telefonsamtal att *patient 2* har fått närståendepenningsintyg med personbelagda uppgifter till *patient 1*. Samtalet bekräftar att en förväxling av intyg har skett.

Punkt 4–5.

Personal som tagit emot samtalet från anhörig till *patient 1*, och ringt till *patient 2* går till för dagen tjänstgörande sekreterare och förklarar vad som har inträffat gällande förväxlingen i kuverten och ber denne att skicka nya intyg till rätt mottagarna. Därefter skickas intyg skickas ut till rätt mottagarna enligt gällande rutin.

Mottagarna av de 2 olika närståendepenningsintyg får rätt intyg. I båda fall har närstående tagit illa vid sig av att ha fått uppgifter om andra diagnoser innan de uppfattade att intygen gällde en annan person.

4.2 Bakomliggande orsaker

Alla orsaksområden är beaktade i analysen och risker har identifierats enligt nedan.

De bakomliggande orsakerna som identifierats är inom orsaksområde *Procedurer/rutiner & riktlinjer*.

- 1) Saknas dokumentation i journal av person som skickade ut närståendepennings intyg.
- 2a) Bristfällig följsamhet av gällande rutin vid utskick av brev.
- 2b) Rutin saknar specifika åtgärder för att undvika förväxling.

Teamet har beaktat följande orsaksområden utan att bakomliggande orsak kunnat identifieras: *Kommunikation & information, Omgivning & organisation, Teknik, utrustning & apparatur och Utbildning & kompetens.*

4.3 Bifynd och andra upptäckta risker

Inga bifynd eller andra upptäckta risker identifierats.

4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

4.5 Åtgärdsförslag

Följande åtgärdsförslag har identifierats:

- *Uppdatera och tydliggör gällande rutin vid utskick som inkluderar steg för att undvika att förväxlingen sker.*
- *Regelbunden uppföljning av rutin för att säkerställa att alla följer samtliga punkter i rutinen.*

En uppdatering av gällande rutin och att säkerställa följsamheten kan leda till en högre patientsäkerhet genom att i högre grad kunna följa GDPR (General Data Protection Regulation) och minska antal personuppgiftsincidenter som anmäls pga att uppgifter om en eller flera registrerade personer har kommit i orätta händer.

Åtgärdsförslagen anses av teamet att vara konkreta och realistiska och har en direkt koppling till de bakomliggande orsakerna. Utvärdering kan ske exempelvis genom att följa antal skriva avvikelser eller persongiftsincidenter som sker på grund av förväxling av intyg vid utskick samt återkoppling från medarbetare. Åtgärdsförslag är sådant att dem kan vidtas relativt omedelbart i anslutning till händelseanalysen.

Följande åtgärder har vidtagits omedelbart:

Vad	Detaljer	Ansvarig	Klart
Information i personalgrupp	Information om den aktuella händelsen i personalgruppen för kännedom	Verksamhetschef	

5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	6
För analysteam	1–2
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	1
SUMMA	8

6 Uppdragsgivarens kommentarer

6.1 Åtgärder

Påminnelse om att kontrollera personnummer och dokument innan de skickas iväg.

Påminnelse på våra gemensamma APT.

Kuvert skall skrivas när man skickar dokumenten inte innan då dessa kan förväxlas, vid en kontroll om detta är ett sätt man brukar arbeta på så är det inte det. Man skriver kuvert i samband med att man skickar dokumenten.

Vid underskrift av intyg skall detta + tillhörande dokument läggas i en vit mapp för att hållas samman.

När man skickar dokument skall detta dokumenteras i Melior.

Uppdatering av rutin enligt ovan.

6.2 Återkoppling

Ja, Administrativa enheten har återkopplat på respektive APT samt på stor-APT inklusive påmint om vikten av kontroll av personuppgifter.

6.3 Uppföljning

Infört den nya rutinen och följer upp denna, uppföljning av aktuella händelseanalyser ligger som en punkt på APT.

7 Ordförklaringar

I rapporten förekommer följande begrepp och en förklaring kan vara av värde vad som avses med de olika begreppen.

Vårdskada	Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården (Patientsäkerhetslag 2010:659)
Allvarlig vårdskada	Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som 1. är bestående och inte ringa, eller 2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit (Patientsäkerhetslag 2010:659)
Negativ händelse	Händelse som medfört skada/vårdskada
Tillbud	Händelse som hade kunnat medföra skada/vårdskada
Risk	Möjlighet att en negativ händelse ska inträffa (Socialstyrelsens termbank)
Bakomliggande orsak	Orsak, oftast på systemnivå, som om den åtgärdas minskar risk
Händelseanalys	Systematisk identifiering av orsaker till en negativ händelse eller ett tillbud
Felhändelse	Något som man normalt först i efterhand kan konstatera gick fel i en delhändelse
Vårdskadekostnader	De merkostnader som en negativ händelse genererat, exempelvis till följd av förlängd vårdtid och/eller vård på högre vårdnivå
Närståendepenningsintyg	Närståendepennning kan betalas ut till den som vårdar en närstående person som är svårt sjuk. Med svårt sjuk menas att sjukdomen är ett påtagligt hot mot hens liv (källa: försäkringskassan)
GDPR	General Data Protection Regulation, gemensam lagstiftning för alla länder i EU. Gäller från 25 maj 2018.
Personuppgiftsincident	En säkerhetsincident som kan innebära risker för människors friheter och rättigheter. Riskerna kan innebära att någon förlorar kontrollen över sina uppgifter eller att rättigheterna inskränks.
APT	Arbetsplatsträff, möte mellan chef och arbetstagarna om det som rör arbetsplatsen.

8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf