



Kommunikation

Kompetence

Arbejdstilrettelæggelse

ingslinier

# HÆNDELSESANALYSE METODEBESKRIVELSE

**for ledere, risikomanagere og konsulenter**

ISBN nr. 978-87-989872-5-3

**Udgivet af**

Dansk Selskab for Patientsikkerhed  
c/o Hvidovre Hospital, Afsnit P610  
Kettegård Alle 30  
2650 Hvidovre



# INDHOLD

<b>INDHOLD</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Baggrund</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Hvornår anvendes en hændelsesanalyse?</b> .....	<b>4</b>
<b>3. Sådan gennemføres en hændelsesanalyse</b> .....	<b>5</b>
Trin 1. Udvælgelse af hændelser .....	5
Trin 2. Indsamling af information .....	5
Trin 3. Indkaldelse til analysemøde.....	6
Trin 4. Rammer og spilleregler for analysen .....	7
Trin 5. Selve analysen.....	7
Trin 6. Implementér ændringer og følg op.....	8
Trin 7. Del læring og hændelser med andre .....	9
<b>4. Særligt vedrørende tværgående hændelsesanalyser</b> .....	<b>9</b>
<b>BILAG</b> .....	<b>11</b>
<b>Bilag 1. Udvalgt litteratur</b> .....	<b>11</b>
<b>Bilag 2. WHO's klassifikation af patient skader</b> .....	<b>12</b>
<b>Bilag 3. Eksempel på udfyldt Flowdiagram – glemt akupunktur</b> .....	<b>13</b>
<b>Bilag 4. Skabelon for analyseskema</b> .....	<b>14</b>
<b>Bilag 5. Eksempel på udfyldt analyseskema</b> .....	<b>16</b>
<b>Bilag 6. Handlingsplanernes styrke</b> .....	<b>19</b>

## 1. Baggrund

Dansk Selskab for Patientsikkerhed har oversat og tilpasset den engelske metode Significant Event Analysis (SEA) til danske forhold. På dansk har vi valgt at kalde den for hændelsesanalyse. Metoden er pilottestet i Danmark af Dansk Selskab for Patientsikkerhed og fundet anvendelig i både almen praksis, på plejehjem og ved analyse af hændelser på tværs af sektorer. De erfaringer, der er gjort her, er indarbejdet i denne vejledning.

SEA er en forkortelse af Significant Event Audit eller Significant Event Analysis. Metoden er af den britiske sundhedsstyrelse National Health Services (NHS) defineret som "En proces, hvor enkelthændelser analyseres systematisk og detaljeret for at fastslå, hvad der kan udtrages af læring, og hvad der kan peges på af ændringer, der kan føre til forbedringer". Metoden er oprindelig udviklet i regi af The Royal College of General Practitioners i Storbritannien (se bilag 1 for litteraturliste); efterfølgende er den videreudviklet af NHS, og igennem en årrække har den her været anvendt i primærsektoren i Storbritannien fortrinsvis i almen praksis, i tandlægepraksis og på apoteker. En hændelsesanalyse kan betragtes som en kvalitativ udgave af en klinisk audit, hvor man retrospektivt gennemgår en klinisk case.

Formålet med en hændelsesanalyse er at tænke i lærings- og forbedringsprocesser, med henblik på at skabe øget patientsikkerhed og kvalitet.

Gennemførelse af en hændelsesanalyse er således en metode, der sikrer, at man indenfor en struktureret ramme får udtaget læring fra utilsigtede hændelser.

## 2. Hvornår anvendes en hændelsesanalyse?

Metoden kan benyttes, når der er sket en utilsigtet hændelse, som man selv, eller en anden, har erfaret eller rapporteret til Dansk Patientsikkerheds Database (DPSD). Hændelsen kan eksempelvis være sket i en almen praksis, hos en speciallæge, en klinik for fysioterapi, på et plejehjem, i hjemmeplejen eller på et apotek. Metoden kan også anvendes, hvis der er sket en utilsigtet hændelse i overgangene mellem flere aktører.

Metoden er især velegnet til at blive anvendt i et fast team eller mødeforum, der mødes regelmæssigt, og hvor medarbejdere og ledere kender hinanden. Teamet skal være enige om spillereglerne, således at det er muligt at tale åbent om forhold, der har kompromitteret sikkerheden samt at dele konkrete erfaringer i et fortroligt forum. Andre medarbejdere kan evt. inddrages i analyserne, hvis der er behov for dette, eksempelvis deltagere fra andre sektorer.

Teamet skal være sammensat således, at der både er deltagere, der kan bidrage til at belyse, hvorfor hændelsen skete og deltagere, som har beslutningskompetence i forhold til at iværksætte ændringer. Sidstnævnte vil oftest involvere medarbejdere med ledelseskompetence.

I en lægepraksis vil en hændelsesanalyse kunne sættes på dagsordenen, for eksempel ved et månedligt frokostmøde eller personalemøde. Et plejehjem kan sætte den på dagsordenen på et teammøde eller afdelingsmøde, og en kommune kan anvende metoden ved møder i ledelsesgruppen.

Metoden har hidtil mest været anvendt til hændelser uden patientskade eller ved mindre skader (se bilag 2 for klassifikation af skadens alvorlighed), men kan i princippet anvendes på alle typer af hændelser.

Det afgørende er, om hændelsesforløbet ligger indenfor organisatoriske rammer, der gør det muligt at undgå gentagelse ved at opnå konsensus om handleplaner og iværksætte forandringer.

Hændelsesanalysen har lighedspunkter med andre metoder, der i dag bliver anvendt på sygehusene, typisk til dybdegående analyse af utilsigtede hændelser med høj grad af patientskade. De hyppigst anvendte metoder er Kerneårsagsanalyse, London Protokol og MTO analyse. I litteraturlisten i bilag 1 er der henvisninger til materiale, der omtaler disse metoder.

### 3. Sådan gennemføres en hændelsesanalyse

En effektiv hændelsesanalyse forudsætter, at man drøfter hver hændelse systematisk og detaljeret. Analysen skal identificere specifikke punkter, der kan læres af, og der skal laves en handlingsplan, som der er enighed om. Handlingsplanen skal kunne eliminere eller reducere risikoen for, at der fremover sker lignende hændelser.

Der er tre faser i en analyse: Før, under og efter analysemødet. I det følgende beskrives faserne med de underliggende syv trin.

#### **FASE 1: Før analysemødet (trin 1-3)**

##### ***Trin 1. Udvalgelse af hændelser***

Før hvert møde samles hændelser for en given periode, og det besluttet, hvilke hændelser, der skal analyseres. Hvis der er mange hændelser, kan prioriteringen ske både i forhold til lærings- og forbedringspotentialet og i forhold til risikoen for patientskade. WHO's klassifikation i forhold til graden af skade kan indgå i prioriteringen (se bilag 2).

På et møde af ca. en times varighed vil der kunne analyseres 1-3 hændelser afhængigt af, hvor komplekst hændelsesforløbet er, og hvor rutineret teamet er i at gennemføre analyser. Hvis man vælger at analysere flere hændelser, vil det være en fordel, at det er samme type af hændelser, fx medicineringshændelser.

Såfremt der er tale om en meget alvorlig eller kompleks hændelse, skal det vurderes, om der skal sammensættes et særskilt team til en dybdegående analyse.

##### ***Trin 2. Indsamling af information***

Det er vigtigt at indsamle så megen faktisk information om hændelsen som muligt. Heri kan indgå journaloptegnelser, resultater fra diagnostiske undersøgelser eller anden relevant dokumentation. Også udsagn fra de involverede medarbejdere eller eventuelt data fra interviews kan indgå i beskrivelsen af forløbet. I den forbindelse er det værd at overveje, om det vil være en fordel at inddrage patienters eller pårørendes oplevelser. De vil ofte kunne bidrage med værdifulde oplysninger.

Anden information kan være fotos af fx medicinpakninger, der er blevet forvekslet eller udstyr, der er designet, så fejlbetjening er mulig. Også procedurer eller retningslinjer samt relevant litteratur kan indgå som grundlag for analysen.

Et væsentligt udgangspunkt, for at kunne påbegynde analysen, er at udarbejde et udkast til faktisk forløb for hændelsen, det vil sige en kronologisk beskrivelse af, hvad der skete. Erfaringer har vist, at et flowdiagram giver gode betingelser for at få overblik over hændelsesforløbet (se bilag 3 vedr. eksempel på udfyldt flowdiagram).

Undgå at bruge personidentificerbare oplysninger i beskrivelsen af det faktuelle forløb eller andre steder i analysen – både med hensyn til patienter og personale, som har været involveret i hændelsen. Brug i stedet benævnelser som eksempelvis "patient X", "læge A", "sygeplejerske Y" eller "sekretær Z".

Der kan udpeges en nøgleperson, som kan stå for indsamling af information. Det kan være den samme person, der er fast tovholder på alle analyser, eller man kan lade rollen gå på skift. Nogle arbejdspladser har fx udpeget en patientsikkerhedskoordinator, der fungerer som tovholder.

Forud for det første møde i teamet indsamler tovholderen data samt udarbejder et udkast til faktisk forløb for hændelsen.

### **Tjekliste til tovholder (datagrundlag):**

- Kopi af journaloptegnelser samt anden relevant dokumentation
- Nedskrevne interviews/udsagn fra involverede personer
- Evt. billedmateriale (fotos)
- Evt. eksisterende procedurer eller retningslinjer
- Evt. relevant litteratur

### **Trin 3. Indkaldelse til analysemøde**

For at få det bedste læringsudbytte anbefales det at gennemføre hændelsesanalyser med regelmæssige mellemrum, fx hver eller hver anden måned.

Møderne kan med fordel placeres i forbindelse med faste mødefora. Man kan overveje, om der skal inviteres eksterne deltagere til mødet – deltagere, der kan bidrage med supplerende oplysninger om hændelsen eller medvirke til konkrete forbedringstiltag.

### **Roller**

Før mødet overvejes hvem der skal være mødeleder og referent. Det anbefales, at beslutte hvordan rollefordelingen skal være før mødet, så alle ved, hvem der gør hvad og teamet hurtigt kan komme i gang med selve analysen. Rollerne kan være faste eller aftales fra gang til gang.

### **Mødelederens rolle**

- Mødelederen bør have kendskab til analysemetoden. Vedkommendes opgave er at strukturere og facilitere mødet og sørge for, at de basale spilleregler bliver overholdt. Disse regler har afgørende betydning for en seriøs og saglig analyse, og de bidrager til at forstærke læringspotentialet.
- Mødelederen skal sørge for fremdrift i analysen samt styre teamet igennem processen, så alle spørgsmål i analyseskemaet (se bilag 4) bliver besvaret.
- Mødelederen skal sikre, at forskellige holdninger bliver hørt og respekteret, og at enkeltindivider ikke bliver pålagt skyld, herunder være opmærksom på, at personale, som har været involveret i hændelsen, ikke føler sig klemt.
- Mødelederen skal sikre, at der er enighed om handlingsplaner. Det er en fordel hvis vedkommende har beslutningskompetence i forhold til handlingsplanerne.

### **Tovholderens rolle**

- Tovholderens opgave er at fremlægge udkast til faktuel forløb sammen med det supplerende informationsmateriale.
- Tovholderen skal under mødet justere forløbsbeskrivelsen med de kommentarer, som teamet tilføjer eller beder om bliver ændret.
- Endelig skal tovholderen i samarbejde med mødelederen efterfølgende sikre, at der bliver fulgt op på den aftalte handlingsplan.

### **Referentens rolle**

- Referentens opgave er at udfylde analyseskemaet (bilag 4), nedskrive aftaler samt formidle referat og handlingsplan til medlemmerne af teamet, når det er godkendt af mødelederen.
- Referent- og tovholderrolle kan være dækket af den samme person, men det kan være en fordel, at rollerne er fordelt på to personer.

## **FASE 2: Under analysemødet (trin 4-5)**

### **Trin 4. Rammer og spilleregler for analysen**

Forslag til dagsorden:

1. Introduktion ved mødeleder (dagsorden og spilleregler).
2. Valg af referent.
3. Status for tidligere handlingsplaner.
4. Udvælgelse af hændelser til analyse.
5. Analyse af en eller flere hændelser.
6. Opnå enighed om konklusion og handlingsplaner.

Spilleregler for mødet:

1. En åben, ikke-dømmende atmosfære, hvor alle kommer til orde.
2. Fokus på læring og forebyggelse.
3. Hensigtsmæssigt sprogbrug, herunder ingen påpegning af skyld, fejl eller ansvar.
4. Enighed om, hvad der må deles med andre udenfor teamet.

### **Trin 5. Selve analysen**

Hændelsesanalysen gennemføres ved, at teamet besvarer spørgsmålene i analyseskemaet (bilag 4):

1. Hvad skete der?
2. Hvordan kunne det ske?
3. Hvad har vi lært?
4. Hvad ændrer vi? (handlingsplan)

#### **Ad 1. Hvad skete der?**

Gennemgå udkastet til det faktuelle forløb, som tovholderen har udarbejdet. Tilføj detaljer og foreslå relevante ændringer. Opnå enighed i teamet om, at dette var, hvad der i kronologisk rækkefølge førte frem til hændelsen.

For at forstå hvilke tiltag, der kan bidrage til at eliminere fremtidige hændelser, kan det være en fordel at beskrive den sædvanlige arbejdsgang for den relevante proces eller procedure, evt. i form af et flowdiagram. På den måde kan man få identificeret forskellige fortolkninger af, hvad der er den sædvanlige arbejdsgang, med henblik på præcisering eller forenkling.

Beskriv hvordan hændelsen skete, hvor den skete, hvem der var involveret, samt hvilke konsekvenser den havde for patienten, personalet, organisationen og/eller andre.

En rettesnor for detaljeringsgraden kan være, at teamets medlemmer gerne skulle kunne se for sig – som hvis de afspillede en video – hvordan hændelsen indtraf.

#### **Ad. 2. Hvordan kunne det ske?**

Beskriv de mulige årsager, der bidrog til hændelsen.

Det er vigtigt at gå i dybden og inddrage eksempelvis samarbejdsrelationer, kommunikation, personalets erfaring og kompetencer, menneskelige og tekniske faktorer samt eventuelle patientrelaterede forhold.

Også aspekter i forhold til procedurer og retningslinjer, arbejdsmiljø, udstyr og apparatur, samt mulige svigt i kontrolforanstaltninger eller barrierer mod fejl, kan tages i betragtning.

Med henblik på at komme nærmere de årsager, der lå bag hændelsen kan "Håndbog i kerneårsagsanalyse" evt. anvendes som inspiration (se bilag 1 for litteraturliste).

### Ad. 3. Hvad har vi lært?

Beskriv teamets overvejelser i forhold til læring.

Overvej, om der er behov for forenkling af arbejdsgange, der gør det lettere at gøre det rigtige eller om der skal indføres tjeklister og/eller andre kontrolforanstaltninger.

Endelig er det vigtigt at lægge vægt på betydningen af teamwork og effektiv og klar kommunikation.

### Ad. 4. Hvad ændrer vi? (handlingsplan)

Angiv, hvilke forbedringstiltag og handlingsplaner teamet er blevet enige om med henblik på at forebygge lignende hændelser.

Handlingsplanerne er centrale. I primærsektoren arbejder man ofte i mindre organisationer, hvor der ikke er langt fra beslutning om ændringer til handling – udnyt dette til at få gennemført handlingsplanerne.

Større organisationer eller hændelser, som involverer flere forskellige aktører kan have behov for mere tid til at få gennemført ændringer og planerne må tage højde herfor.

Angiv altid hvem der har ansvaret for opfølgning på handlingsplanen. Dette er specielt vigtigt, hvis der er forskellige faggrupper og/eller aktører involveret. De forskellige aktører, som skal involveres kan fx være plejehjemmet, hjemmeplejen, bostedet, praksis, vagtlægeordningen, kommunen, sygehuset, regionen, samordningsudvalgene og/eller sundhedskoordinationsudvalgene.

(Se bilag 5 vedr. eksempel på et udfyldt analyseskema)

Kendetegn for en stærk handlingsplan er, at den er:

- Konkret, realistisk og mulig at realisere indenfor en rimelig tidsramme
- Adresseret - hvem gør hvad til hvornår? (ansvar og tidsplan)
- Vurderet i forhold til, om den potentielt kan udløse nye uforudsete risici.

For at teste om handlingsplanen vil være effektiv, kan man spørge: Vil gennemførelse af denne handlingsplan fjerne eller mindske risikoen for at, en lignende hændelse kan ske?(Se bilag 6 for inspiration til forskellige typer af tiltag)

## Fase 3: Efter analysemødet (trin 6-7)

### **Trin 6. Implementér ændringer og følg op**

Efter hændelsesanalysen og mødet i temaet skal der ske en systematisk opfølgning. Dette kan ske ved at sætte punktet på dagsordenen på kommende teammøder eller personalemøder. Såfremt der tidligere har været gennemført hændelsesanalyser, anbefales det, at mødelederen ved begyndelsen af mødet spørger til handlingsplanerne og følger op på, hvor langt de er kommet. For at teste, hvordan det går med at få ændringerne gennemført i praksis, kan man spørge: "Hvad er risikoen for at denne hændelse sker igen?" Følg ligeledes op på, at de gennemførte handlingsplaner ikke medfører risiko for nye utilsigtede hændelser.



### **Trin 7. Del læring og hændelser med andre**

Ud over pligten til at rapportere betydende hændelser direkte til den nationale patientsikkerhedsdatabase DPSD kan det overvejes, hvilke hændelser det giver mening at dele med andre lignende enheder eller samarbejdspartnere.

Det kan eksempelvis være relevant at dele hændelser, som kunne ske i andre lignende organisationer eller hændelser, som involverer forskellige sektorer og derfor ikke kan løses i egen enhed. For almen praksis kan det fx overvejes at inddrage efteruddannelsesgrupper eller praksiskoordinatorer, når dette vurderes relevant. På kommunalt niveau kan hændelser tages op på forskellige former for ledermøder i kommunen.

Hvis en problemstilling ikke kan løses indenfor egen organisation, bør den videresendes til relevant forum der har beslutningskompetence.

## **4. Særligt vedrørende tværgående hændelsesanalyser**

Ved analyse af hændelser, hvor flere forskellige sektorer og aktører er involveret, vil der være yderligere behov for opmærksomhed om en række punkter.

### **Det drejer sig om:**

1. Hvem kan/skal tage initiativet til analysen?
2. I hvilket tværgående mødeforum skal analysen foregå?
3. Hvem beslutter sammensætningen af det tværgående team?
4. Hvem skal lede analysen?
5. Hvilke (fag)personer skal deltage i analysen?
6. Hvordan sikres ledelsestilslutning og opbakning til interventioner/handlingsplaner på tværs af sektorer?
7. Hvordan kommer man til at samarbejde konstruktivt om at finde løsninger og undgå at "skyde skylden" på dem i den anden sektor?
8. Hvordan overholdes gældende regler for udveksling af personidentificerbare oplysninger på tværs af forvaltningsgrænser?

Vær opmærksom på, at en forudsætning for at gennemføre analyser på tværs af aktører/sektorer er, at den enkelte organisation er oplært i systemperspektivet. Oftest er det først, når man er fortrolig med det lærende perspektiv og har prøvet at rapportere og analysere hændelser i egen organisation, at man vil være parat til at dele tværgående hændelser med medarbejdere i andre organisationer.

Et andet aspekt, som man skal være opmærksom på, er, at nogle hændelser kun vil blive opfattet som utilsigtede af den ene part/sektor og ikke af den anden. Fx kan en fast indarbejdet rutine i den ene sektor medføre utilsigtede hændelser i en anden sektor.

Eksempelvis kan substitution (udskiftning) af medicin til en anden styrke/antal på sygehuset være en almindelig praksis, så det ikke er nødvendigt at lave ændringer i sygehusets medicinliste på baggrund af dette. I den kommunale sektor kan der være en procedure, hvor man tæller tabletter og hvor man ikke må substituere medicin med en anden styrke, før man har spurgt borger og praktiserende læge om lov samt rettet i medicinskemaet. Hvis sygehuset ved udskrivelse medgiver medicin i et andet tablet antal end angivet i

medicinskemaet, vil dette blive betragtet som en fejl i den kommunale sektor og et brud på reglerne fra Sundhedsstyrelsen vedr. medicinhandling. Problemstillinger som denne kan kun løses ved dialog.

# BILAG

## Bilag 1. Udvalgt litteratur

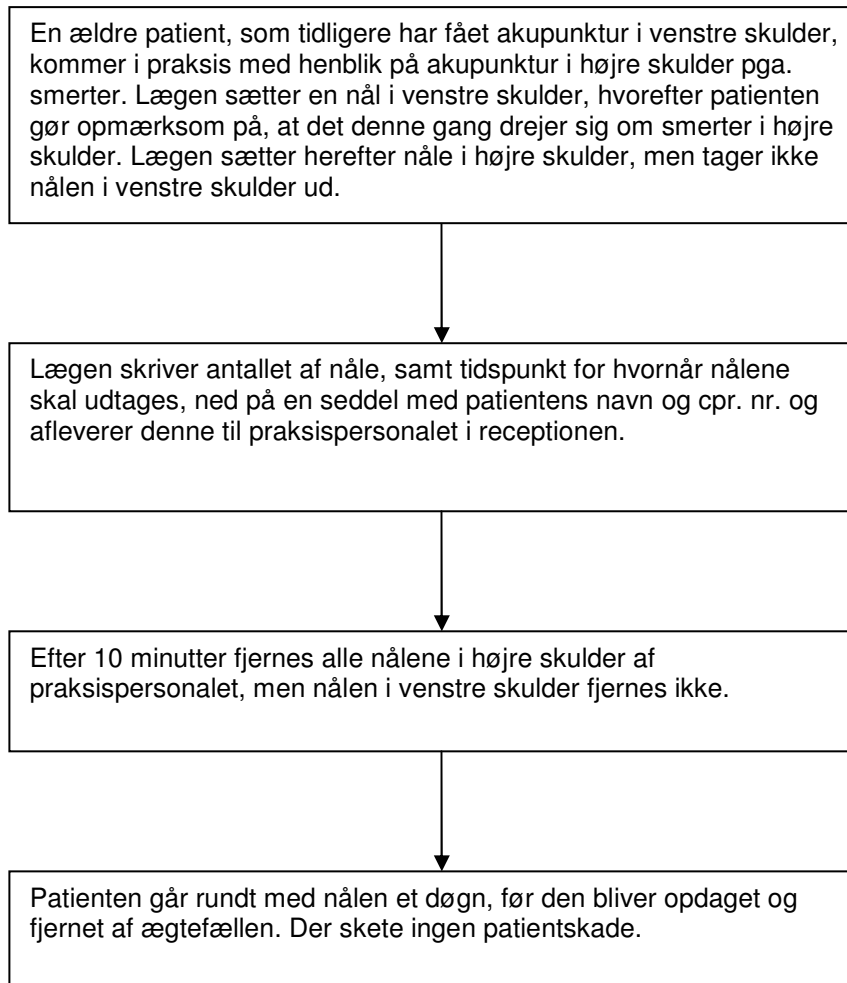
---

1. Bowie P, Pringle M, Significant Event Audit – Guidance for Primary Care Teams. National Patient Safety Agency. 2008.
2. Bowie P., Pope L., Lough M. A review of the evidence base for significant event analysis. [J Eval Clin Pract.](#) 2008 Aug; 14(4):520-36. Epub 2008 May 2.
3. Bradley NA, Power A., Hersselgreaves H et al. safer pharmacy practice. A preliminary study of significant event analysis and peer feedback. *Int J Pharm Pract* 2009; 17 (5): 283-91.
4. Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Patientsikkerhed i primærsektoren – eksempler på utilsigtede hændelser. København 2010.
5. Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Håndbog i kerneårsagsanalyse. 2. oplag. København, August 2005.
6. Flanagan, J.C. The Critical Incident Technique. *Psychological Bulletin.* 1957; 51: 327-358.
7. London protokollen. Center for kvalitet, Region Syddanmark. Lokaliseres på: <http://www.centerforkvalitet.dk>
8. McKay J, Bradley, Lough M, Bowie P. A review of significant events analysed in general practice: implications for the quality and safety of patient care. *BMC Family Practice* 2009; 10:61.
9. NHS. Materiale om SEA. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=61500>
10. Pringle, M., Bradley, C.P., Carmichael C.M. et al. Significant event auditing. A study of the feasibility and potential of case-based auditing in primary medical care. Occasional Paper No.70. (1995) Royal College of General Practitioners. London. RCGP.
11. Pringle, M., Bradley, C.P. Significant event auditing: a user's guide. *Audit Trends* 1994; 2:70-73.
12. Robinson L., Drinkwater, C. A significant case audit of a community-based elderly resource team – an opportunity for multidisciplinary teams to introduce clinical governance? *Journal of Clinical Governance* 2000; 8(2): 89-96.
13. Ternov S, Människor och misstag i sjukvården. Studentlitteratur, Lund 1998. (Om MTO analysen)
14. MTO analysen. Center for Kvalitet, Region Syddanmark. Lokaliseres på: <http://www.centerforkvalitet.dk>

## Bilag 2. WHO's klassifikation af patient skader

	Alvorlighed	Eksempel
1.	Ingen skade	En patient med skinnebenssår har besøg af hjemmeplejen to gange ugentlig til sårskifte. Ved en forglemmelse får hjemmeplejen ikke besked om, at patienten er kommet hjem fra ferie. Der bliver ikke foretaget sårskifte i en uge. Ingen umiddelbar skade.
2.	Mild: Lettere forbigående skade, som ikke kræver øget behandling eller øget plejeindsats.	Ved allergivaccination hos praktiserende læge får patienten pga. forveksling indgivet dobbeltdosis allergenkoncentrat. Medfører kortvarigt ubehag og forlænget observation. Ingen varige men.
3.	Moderat: Forbigående skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling.	En patient på plejehjem får dobbeltdosis af blodtryksmedicin gennem én uge. Dette medfører lavt blodtryk med besvimelse og hovedtraume – patienten indlægges. Udskrives efter to dage uden varige men.
4.	Alvorlig: Permanent skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling eller andre skader, som kræver akut livreddende behandling.	Kiropraktorbehandling af ryggerne medførte diskusprolaps med kroniske svære daglige rygsmertter med udstråling til ben og nedsat bevægelighed.
5.	Død	Pga. ferie modtager en praktiserende læge ikke besked om en INR > 6 hos en patient i blodfortyndende behandling. Patienten får en stor tarmblødning og dør.

### Bilag 3. Eksempel på udfyldt Flowdiagram – glemt akupunktur nål



## Bilag 4. Skabelon for analyseskema

---

# Hændelsesanalyse

## Analyseskema

Titel på rapporten:	
Dato for hændelsen:	
Dato for analysen:	
Mødeleder:	
Tovholder:	
Referent:	
Øvrige mødedeltagere:	

## **Besvar spørgsmålene:**

### **1. Hvad skete der?**

Beskriv forløbet af hændelsen i kronologisk rækkefølge og med fokus på det faktuelle (evt. i form af et flowdiagram).

Beskriv hvordan hændelsen skete, hvor den skete, hvem der var involveret og beskriv hvilke konsekvenser den havde for patienten, personalet, organisationen og/eller andre.

### **2. Hvordan kunne det ske?**

Beskriv de mulige årsager, der bidrog til hændelsen. Hvilke elementer indgik?

Drejede det sig fx om kommunikation, uddannelse og oplæring, procedurer og retningslinjer, arbejdsmiljø, udstyr/apparatur, patientrelaterede forhold, kontrolforanstaltninger eller ledelsesmæssige forhold?

### **3. Hvad har vi lært?**

Beskriv teamets overvejelser i forhold til læring. Overvej evt. behov for tjeklister, indførelse af kontrolforanstaltninger eller forenkling af arbejdsgange samt betydningen af teamwork og effektiv og klar kommunikation.

### **4. Hvad ændrer vi?**

Beskriv handlingsplaner og tiltag til forebyggelse af lignende hændelser. Angiv, hvem som har ansvar for opfølgning på handlingsplanen, og hvornår den forventes gennemført.

## Bilag 5. Eksempel på udfyldt analyseskema

---

# Hændelsesanalyse

## Analyseskema

Titel på rapporten:	Glemt akupunktur nål
Dato for hændelsen:	25. oktober 2009
Dato for analysen:	5. december 2009
Mødeleder:	Praktiserende læge A
Tovholder:	Uddannelseslæge X
Referent:	Lægeseekretær Z
Øvrige mødedeltagere:	Praktiserende læge B og C, praksissygeplejerske Q, bioanalytiker K og lægeseekretær Æ



## 1. Hvad skete der?

En ældre patient, som tidligere har fået akupunktur i venstre skulder, kommer i praksis med henblik på akupunktur i højre skulder pga. smerter. Lægen sætter en nål i venstre skulder, hvorefter patienten gør opmærksom på, at det denne gang drejer sig om smerter i højre skulder. Lægen sætter herefter nåle i højre skulder. Efter 10 minutter fjernes alle nålene i højre skulder af sekretæren, men nålen i venstre skulder fjernes ikke. Patienten går rundt med nålen et døgn, før den bliver opdaget og fjernet. Der skete ingen patientskade, men patienten kunne i værste fald have fået punkteret den venstre lunge (pneumothorax).

Vanlig procedure i denne praksis er, at lægen udskriver en seddel med patientens navn og cpr. nr., før lægen går ud i venteværelset og kalder patienten ind til behandling i akupunkturrummet. I akupunkturrummet kan behandles op til tre patienter samtidig. Når nålene er sat, bliver antallet af nåle talt og antallet bliver noteret på sedlen sammen med tidspunktet for udtagelse af nåle. Sedlen gives til sekretæren. Kun hvis lægen skal behandle flere akupunkturpatienter i træk, skriver lægen, hvilket led og hvilken side det drejer sig om.

## 2. Hvordan kunne det ske?

Der er flere indgangsveje til en akupunkturbehandling. Visitationsnotatet er forskelligt afhængigt af om patienten kommer første gang til smertebehandling/akupunktur eller efterfølgende i en serie af behandlinger. Første gang vil det typisk fremgå af kalenderen, hvad henvendelsesårsagen er, fx "ondt i hø. skulder". Ved efterfølgende behandlinger vil der typisk kun stå "AP" i kalenderen.

Anamnesen blev ikke uddybet af lægen, da patienten var velkendt med smerter i venstre skulder.

Lægen lod nålen i venstre skulder blive siddende som en ekstra "bonus", da patienten tidligere havde haft smerter her, og nålen nu var placeret. Lægen glemte imidlertid at anføre den ekstra nål på sedlen med patientens navn.

Der er flere fagpersoner inddraget, idet det er lægen som sætter akupunktur nålene og sekretæren eller andet praksispersonale, som fjerner dem.

## 3. Hvad har vi lært?

Teamet reflekterede over nødvendigheden af faste procedurer samt sikkerhedsbarrierer. I en travl hverdag i praksis med mange patientkontakter skal der ske en afvejning af tidsforbruget ved et nyt eller ekstra trin i processen i forhold til betydningen for sikkerheden. En af lægerne anvendte en procedure, hvor vedkommende talte de tomme akupunktur emballager efter at have sat nålene og noterede dette tal på sedlen. Denne procedure var dog ikke helt sikker ved evt. tab af nåle på gulvet eller når det var nødvendigt at kassere en nål.

Drøftelserne affødte en generel diskussion af sikkerhedsproblemerne ved akupunkturbehandling. Der blev bl.a. afdækket et behov for bedre journalnotater efter behandlingen, specielt ved mere komplicerede lidelser og når patienten blev behandlet med akupunktur af flere forskellige læger. Endvidere blev det klart, at det få gange var sket, at patienten var blevet glemt i akupunkturrummet og først havde fået fjernet nålene efter en time, efter de havde råbt på personalet.

## 4. Hvad ændrer vi?

### **Følgende tiltag blev besluttet:**

- Inddragelse af patienten.  
Lægen beder patienten pege på det sted, hvor der er smerter.

Lægen orienterer patienten om, hvor mange nåle der sættes i, og sekretæren fortæller patienten, hvor mange der fjernes.

- Samme procedure for optælling.  
Der var enighed blandt lægerne om, at alle fremover anvender proceduren med at tælle tomme akupunktur emballager og noterer antallet på sedlen til sekretæren sammen med tidspunktet for udtagning. Der var ikke ønske fra praksispersonalet om, at regionen/leddet blev noteret på sedlen. Dette blev ikke fundet nødvendigt.

- Bedre journalføring.  
Det blev besluttet at foretage en mere grundig journalføring efter akupunktur, for at sikre en større ensartethed i behandlingen.

Ovenstående handlingsplan tages op og evalueres på førstkommende personalemøde om en måned.

## Bilag 6. Handlingsplanernes styrke

### HVOR STÆRK ER HANDLINGSPLANEN?

#### MEGET STÆRK

Etablering af barrierer

Færre arbejdsstrin

Ensartet udstyr

Massivt ledelsesmæssigt fokus

Gennemgribende kulturændring

Nedsæt afhængigheden af at huske

#### STÆRK

Tjeklister

Sikkert design af udstyr og emballage

Sikker mundtlig kommunikation fx. ISBAR

Færre afbrydelser og forstyrrelser

Elektroniske journalsystemer

#### MINDRE STÆRK

Advarsler og indskærpelser

Mere undervisning

Øget omhu

Nye retningslinjer

Tilpasset efter VA Center for Patient Safety, USA



**DANSK SELSKAB FOR PATIENTSIKKERHED**

Hvidovre Hospital  
Afsnit P610  
Kettegård Alle 30  
2650 Hvidovre

Tel +45 3862 2171  
Fax +45 3862 36 07

[info@patientsikkerhed.dk](mailto:info@patientsikkerhed.dk)  
[www.patientsikkerhed.dk](http://www.patientsikkerhed.dk)