

Utilsigtede hændelser



Evaluering af et kvalitetsudviklings- projekt i almen praksis

af

Thorkil Thorsen

TT-analyse

Oktober 2004

Indholdsfortegnelse

Forord.....	2
Baggrund.....	3
Evalueringsopgaven.....	4
Materiale og metode.....	4
Resultater.....	6
Rekruttering.....	6
Antal rapporterede UH.....	6
Registrering.....	6
Typer af utilsigtede hændelser.....	7
Procedurer i de deltagende praksis til gennemgang af de registrerede UH.....	11
Effekt.....	12
Har de anvendte registreringskemaer været anvendelige?.....	14
Barrierer.....	15
Er ”utilsigtede hændelser” et brugbart begreb?.....	15
Fortsat registrering?.....	16
Sammenfatning og diskussion.....	16
Projektet specifikt.....	17
Registrering af utilsigtede hændelser som metode.....	18
Hvad kan man så lære af dette projekt?.....	23
Bilag.....	24
Registreringskema for utilsigtede hændelser.....	25

Forord

Denne evaluering er kommet i stand på foranledning af det tværamtslige kvalitetsudviklingsprojekts arbejdsgruppe/styregruppe¹, som i oktober 2003 henvendte sig til undertegnede.

Evalueringen er muliggjort ved et økonomisk tilskud fra Sundhedsministeriet (j.nr. 2003-1110-33). Dette tilskud var dog først sikret i februar måned 2004, hvorfor dataindsamlingen påbegyndtes med en vis forsinkelse i forhold til projektførelsen. Der er i videst muligt omfang kompenseret for dette.

Den endelige rapport, som her foreligger, har været fremlagt styregruppen til kommentering, rettelser af faktuelle fejl og ændringsforslag. Men den endelige tekst er jeg alene ansvarlig for.

Rapporten er afleveret til styregruppen 8. oktober 2004.

Thorkil Thorsen

¹ Følgende har deltaget i styregruppens møder: Jesper Lundh, Mya Kiersgaard Olesen (Frederiksborg Amt); Lisbeth Errebo-Knudsen, Jette Elbrønd (Storstrøms Amt); Sussi Friis, Claus Rendtorff, Hans Chr. Møller (Københavns Kommune); Jens Damsgaard, Birgit Kaarre Jensen, Lene Strauss Bundgaard (Roskilde Amt); Torben Hellebek, John Albrechtsen (Københavns Amt); Thomas Saxild (Frederiksberg Kommune), Tina Eriksson (konsulent, DAK projektet).

Baggrund

”Utilsigtede hændelser i almen praksis” er et tværamtsligt projekt med deltagelse af Københavns og Frederiksberg kommuner, samt Københavns, Roskilde, Frederiksborg og Storstrøms amter. Fra hvert amt deltager 4 til 10 praksis. De lokale projekter er ikke igangsat samtidig; planlægning og gennemførelse af projekterne har derfor strakt sig fra efteråret 2003 til sommeren 2004. Et enkelt amt – Frederiksberg Kommune – er endnu ikke færdigt med sit projekt.

Kvalitetsudviklingsprojektets egen formålsbeskrivelse er formuleret fx på denne måde:

- ”Ved at beskrive og analysere utilsigtede hændelse i almen praksis kan denne udvikle kvaliteten i det daglige kliniske arbejde.” (Frederiksborg Amt, ansøgning til Kvalitetsudviklingsudvalget)
- ”Det overordnede formål med projektet er at nedbringe antallet af utilsigtede hændelser i almen praksis. Dette vil søges gjort ved at fokusere på og registrere utilsigtede hændelser, udvikle løsningsforslag til disse – og opbygge en læringskultur.” (Københavns Kommune, ansøgning til Kvalitetsudviklingspuljen)
- ”at udvikle og afprøve et system til fremtidig registrering af utilsigtede hændelser i almen praksis; at vurdere, hvorledes den enkelte praksis oplever denne kvalitetsudviklingsmetode; at forsøge at kortlægge hvor mange UTH der er i den enkelte praksis og af hvilken art” (Frederiksborg Amts slutrapport).

Begrebet ”utilsigtet hændelse” ses i nogle af baggrundspapirerne til kvalitetsudviklingsprojektet præciseret på denne måde: *Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der er en følge af behandling, og som ikke skyldes patientens sygdom, og som samtidig enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller på grund af andre omstændigheder ikke indtraf. Utilsigtede hændelser omfatter både på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl.*

I Københavns Kommune valgte man bevidst ikke at lave en smal definition af begrebet, fordi man ville understrege karakteren af pilotprojekt, og man ville derfor i første omgang lade det være op til dem, der registrerede, at afgøre, hvad de betragter som en utilsigtet hændelse. Der var også i de andre amter lagt op til, at den enkelte praksis selv skulle afgøre, hvilken type hændelser der var omfattet af begrebet utilsigtet hændelse.

Projektforløbet i de enkelte amter fulgte typisk – med visse undtagelser – denne skabelon:

1. Rekruttering af praksis til at indgå i projektet
2. Introduktionsmøde for deltagende praksis (læger og personale) med den lokale projektledelse

3. Tre måneders registrering (af både læger og personale) af utilsigtede hændelser, herunder jævnlige (fx ugentlige) feedbackmøder i egen praksis om de registrerede hændelser
4. Indrapportering af de utilsigtede hændelser til projektledelsen i amtet
5. Afslutningsmøde med deltagende praksis.

Der er udviklet et registreringsskema, som benyttes i identiske eller tillempede udgaver.

I nogle amter er de deltagende praksis blevet honoreret for deres medvirken, fx 7.000 kr. pr. praksis i Roskilde Amt.

Evalueringsopgaven

Efter aftale med kvalitetsudviklingsprojektets styregruppe skal evalueringen beskrive deltagernes vurderinger af at registrere utilsigtede hændelser generelt, og deres erfaringer med og vurderinger af den anvendte registreringsmetode specifikt; herunder skal det belyses, hvilke ændringer projektet har medført i de deltagende praksis. Formålet med denne beskrivelse er at skaffe et grundlag for fremtidige overvejelser om håndtering af utilsigtede hændelser i almen praksis.

Det blev også aftalt, at evalueringsrapporten målrettes til styregruppen og de praksis (læger og personale), som har deltaget i projektet, samt til lokale kvalitetsudviklingsudvalg og CKI (det Centrale Kvalitets- og Informatikudvalg) og tilsvarende beslutningstagere.

Materiale og metode

Deltagere i kvalitetsudviklingsprojektet:

Amt	Praksistype	Deltagere	Gennemført
Frederiksborg Amt	Kompagniskab	5 læger, 3 sekretærer, 2 sygeplejersker	Ja
	Kompagniskab	4 læger, 2 sygeplejersker, 1 praksispersonale	Ja
	Solo	1 læge, 1 sekretær	Ja
	Kompagniskab	3 læger, 2 sygeplejersker	Ja; men ingen rapportering
	Kompagniskab	4 læger, 4 sygeplejersker	Ja
	Solo	1 læge, 1 sygeplejerske	Ja
	Solo	1 læge, 1 sekretær	Ja
	Solo	1 læge	Nej
	Kompagniskab	3 læger, 1 sekretær, 2 sygeplejersker	Ja
	Solo	1 læge, 1 sygeplejerske	Ja
	Kompagniskab	5 læger, 2 sekretærer, 1 sygeplejerske, 1 laborant	Ja
Københavns Amt	Solo	1 læge, 1 sekretær, 1 amanuensis	Ja
	Solo	1 læge, 1 sygeplejerske, 1 sekretær	Ja
	Solo	1 læge, 2 sygeplejersker	Ja
	Solo	1 læge	Ja
	Solo	1 læge, 1 sygeplejerske	Ja
	Solo	1 læge, 1 sygehjælper	Ja
	Solo	1 læge, 2 sygeplejersker	Ja
	Solo	1 læge	Ja
	Solo	1 læge, 1 sygeplejerske, 1 sekretær	Ja
	Kompagniskab	4 læger, 1 sygeplejerske, 3 sekretærer	Ja

Københavns Kommune	Kompagniskab	4 læger, 3 praksispersonale	Ja
	Solo	2 læger, 2 praksispersonale	Ja
	Kompagniskab	2 læger, 2 praksis personale	Ja
	Solo	1 læge, 1 praksispersonale	Ja
	Kompagniskab	4 læger, 2 praksispersonale	Ja
	Solo	1 læge, 1 praksispersonale	Ja
	Kompagniskab	2 læger, 1 praksispersonale	Ja
	Delepraksis	2 læger, 1 praksispersonale	Ja
Roskilde Amt	Solo	1 læge, 1 sekretær	Ja
	Solo	1 læge, 1 praksis reservelæge, 1 sekretær	Ja
	Kompagniskab	3 læger, 1 uddannelseslæge, 1 sygeplejerske, 1 sekretær	Ja
	Gruppepraksis	3 læger, 1 praksisreservelæge, 2 sygeplejersker, 3 sekretærer	Ja
Storstrøms Amt	Solo	1 læge, en sekretær	Ja, men ingen rapportering
	Solo	1 læge, 1 sygeplejerske/sekretær	Ja, men ingen rapportering
	Solo	1 læge, 1 sygeplejerske/sekretær	Ja, men ingen rapportering
	Samarbejdspraksis	3 læger, 1 sygeplejerske, 2 sekretærer	Ja, men ingen rapportering

Frederiksberg Kommune er også tilknyttet projektet, men *force majeure* har hindret deltagelse samtidig med de øvrige amter. Frederiksberg har først igangsat sin registrering efter at de øvrige amter har afsluttet deres, og så sent, at erfaringerne fra Frederiksberg ikke har kunnet medtages i denne evaluering.

Til belysning af de opstillede evalueringsspørgsmål er der indhentet data via observation på introduktionsmøde i Københavns Kommune, afslutningsmøder i Københavns og Roskilde amter og i Københavns Kommune, observation af ugentligt feedback-møde i 2 praksis i Københavns Kommune, observation/interview i forbindelse med amtslig projektleders feedback-besøg i solopraksis, interviews med læger i 5 praksis. Læger og personale deltog i alle disse tilfælde bortset fra det ene praksisinterview, hvor kun lægen deltog.

Nærværende rapport bygger desuden på gennemgang af mødeindkaldelser, mødereferater, opgørelser over registrerede UH, slutrapporter fra 4 praksis, samt på de lokale afrapporteringer i projektet²

² Lisbeth Errebo-Knudsen: *Pilotprojekt vedr. Utilisgtede Hændelser (UTH) i Storstrøms Amt. Del af tværfagligt projekt i region Øst.* 30-06-04.

Birgit Kaarre Jensen: *Rapport om utilisgtede hændelser i almen praksis i Roskilde Amt 2004. Et pilotprojekt i samarbejde med Frederiksborg, Københavns og Storstrøms Amt,*

Frederiksberg og Københavns kommune. 2. juli 2004.

John Albrechtsen & Torben Hellebek: *Københavns amts delrapport om tværamtsligt pilotprojekt vedrørende indberetning af utilisgtede hændelser i almen praksis.* Juni 2004.

Mya Kiersgaard Olesen & Jesper Lundh: *Rapport om utilisgtede hændelser i almen praksis i Frederiksborg Amt 2004.*

Hans Chr. Møller, Gitte Gunnensen & Bjarne Søgaard Jørgensen: *Rapportering fra pilotprojektet om utilisgtede hændelser i almen praksis, Københavns Kommune.* 31. august 2004.

Evaluators har i forbindelse med observation og interviews lovet deltagerne anonymitet. Derfor er det ikke fuldt ud muligt i afrapporteringen at beskrive alle detaljer eller at præcisere, hvilken praksis og hvilket amt visse erfaringer og holdninger stammer fra. Men det er uden betydning for de overordnede vurderinger.

Resultater

Rekruttering

Rekrutteringen til projektet er foregået forskelligt. Mange af de deltagende læger blev inviteret på et møde i 12-mandsforening, efteruddannelsesgruppe el. lign. Rekrutteringen i Frederiksborg Amt og i Københavns Kommune skete dog ved invitationsskrivelse til samtlige praksis; og i Roskilde Amt sendte den lokale projektledelse invitationer til 6 udvalgte praksis (hvoraf 4 valgte at deltage).

Nogle få af deltagerne havde – fremgår det af interviews – modstræbende sagt ja til at være med. Man ville gerne gøre den lokale projektleder en tjeneste. Når bortses fra disse sidstnævnte, så kan de øvrige deltagere betragtes som en selekteret gruppe, der havde tilmeldt sig projektet af interesse.

Antal rapporterede UH

I 4 af de 5 amter, som indgår i denne evaluering, er der foretaget opgørelser over de hændelser, som de deltagende praksis har rapporteret til den amtslige projektledelse. Kun i Storstrøms Amt skete der ikke en sådan rapportering. I Frederiksborg Amt har flere praksis angiveligt registreret UH men ikke rapporteret dem videre.

Det kan være på sin plads at minde læseren om, at opgørelserne i dette projekt bygger på de hændelser, som læger og personale har fundet det for godt at registrere og rapportere (indberette) til projektledelsen – og antallet og arten af registrerede hændelser kan alene af den grund ikke meningsfuldt sammenlignes på tværs af amterne eller på tværs af praksis; og listen kan ikke betragtes som udtømmende. I enkelte praksis undlod man at registrere gengangere, fordi man jo havde talt om dem allerede én gang. I nogle andre praksis rapporterede man kun de hændelser, som man fandt kunne have en videre interesse i projektet, mens nogle af de mere banale hændelser blot blev registreret og diskuteret i et eget hus (fx at der stod opvask og flød et sted, hvor patienter en gang imellem skulle passere forbi). Og endelig har nogle praksis i dele af den 3-måneders projektperiode ”glemt” registreringskemaerne. Sammenligninger på tværs af praksis er heller ikke meningsfuldt af den grund, at antallet af læger og patienter ikke er ensartet.

For fuldstændighedens skyld skal det dog her anføres, at de sammenlagt 31 rapporterende praksis (med i alt 69 læger og 60 personaler) i registreringsperioden på 2½-3 måneder indberettede i alt 535 hændelser, svarende til gennemsnitligt 17 pr. praksis. Men antallet af rapporterede – og altså registrerede – hændelser er næppe dækkende for det reelle antal. I en slutrapport fra Roskilde Amt er en sekretær fx citeret for følgende udsagn: *Du kan roligt gange antallet af receptkludder med 10. Det er svært at tage sig sammen og registrere, når vi ikke får afholdt de aftalte møder om projektet. Der er knap nok tid til at udfylde skemaerne, fordi telefonen ringer hele tiden.* Og mange andre i projektet har nævnt tidsforbruget som en begrænsende faktor.

Registrering

Afslutningsrapporterne fra de deltagende praksis og amter viser, at både læger og praksispersonale har registreret UH undervejs i projektet, sådan som der var lagt op til: den person, som opdager hændelsen, registrerer den i skemaet. Nogle UH er blevet registreret af både læge og praksisperso-

nale. I et par af de praksis, som evaluator besøgte efter projektet, havde man ikke registreret på papir, men blot bemærket sig hændelserne.

Amt	Antal utilsigtede hændelser	Registreret af	
		læge	personale
Københavns Kommune	188	141	53
Københavns Amt	138 ^{a)}	84	53
Frederiksborg Amt	117	93	24
Roskilde Amt	92 ^{b)}	33	17

^{a)} For den ene af disse vedkommende var det ikke opgivet, hvem der har registreret.

^{b)} Én praksis med 37 af disse UH har ikke angivet, hvem der har registreret.

Der ses en stor overvægt af lægeligt registrerede UH – ca. 70% af registreringerne er foretaget af læger. Denne fordeling kan være ”naturlig”, forstået på den måde at det rent faktisk oftest er lægen alene, som opdager den utilsigtede hændelse. Men fordelingen kan også afspejle en mindre beredvillighed hos praksispersonalet til at ville registrere de utilsigtede hændelser, som de ser. At dette sidste kunne være reelt fremgår på forskellig måde:

En solo-læge fortalte på et afslutningsmøde, at sekretæren ikke havde opfattet registrering af utilsigtede hændelser som et fællesprojekt, men altså alene som lægens projekt. I en praksis i et andet amt havde kun lægen registreret. I en amtslig rapport hedder det: ”*En anden praksis har nævnt genert-hed overfor indrapporteringen og oplyst, at faktisk stod én af lægerne som den klart mest rapporterende. Det er et problem, at man ikke tør indberette.*” Og i en anden amtsrapport vurderes det, at personalet synes at være mere tilbageholdende end lægerne med at registrere.

Typer af utilsigtede hændelser

I det registreringsskema, som anvendtes i 4 af amterne, skulle det anføres, hvilken type UH der i hvert enkelt tilfælde var tale om. Der var 10 afkrydsningsmuligheder og uddybende forklaring til hver kategori (se bilag). Det var tilladt at markere en hændelse i flere kategorier. De 10 kategorier ses i tabellen nedenfor, som viser fordelingen af de samlede, indberettede hændelser i projektet.

Kategori	Antal
Administration	192
Undersøgelser	84
Non-farmakologisk behandling	22
Farmakologisk behandling	115
Kommunikation	144
Henvisning/udskrivning – sygehus	73
Henvisning/tilbagehenvisning - primær sektor	29
Udstyr	32
Fysiske rammer	5
Andet	18

Skemaet bygger på de registrerendes angivelser. Det fremgår tydeligt, at det særligt er administration, farmakologisk behandling og kommunikation, der giver problemer.

Som nævnt kunne man kategorisere en hændelse under flere overskrifter. Et eksempel på en hændelse, der var markeret både som ”undersøgelse”, ”farmakologisk behandling”, ”kommunikation” og ”andet” er dette (ordret citeret): *INR svar manglede fra laboratoriet. Ikke fremkommet til laboratoriet ifølge oplysninger derfra. Skøn: bortkommet i posten. De to patienter det drejede sig om indkaldt til nye blodprøver. Efter at der er taget nye blodprøver dukker svaret op. Konsekvens for pt: nye blodprøver. Prøverne var antageligt ikke blevet væk i posten, men blot forpuppet sig blandt julebrevene.*

Eksempler

Der ses en stor bredde i arten af de registrerede hændelser selv inden for den samme kategori, hvilket kan illustreres af følgende eksempler (ordret citeret fra de registrerende lægers rapporter eller fra amtets afslutningsrapport):

Administration

- Telefonsvarer slået fra på en fridag/ blev ikke henvist til anden praksis – årsag: rengøringen havde trykket på en forkert knap
- Pt kommer på en forkert tid. Patientfejl/sekretærfejl
- Glemmer min lægetaske hjemme i alm. travlhed => må vende tilbage til hjemmet og kommer ca 1/2 time for sent på arbejdet

Undersøgelser

- Se-K prøve annulleret (blodtilblanding). Omhældning af serum efter centrifugering udeladt
- Lægen beder sygeplejersken om at tage en CRP selv om han har taget den i begyndelsen af konsultationen, Konsekvens: 2 ømme fingre hos patienten. Skyldes tidspres forvirret konsultation, bagud grundet akutte patienter.
- Samme formiddag har vi flere patienter som kommer til INR. Lab-skemaerne er skrevet ud og ligger i en bunke. Blodprøvemærkatens tages fejlagtigt fra den forkerte lab-seddel. Det bliver opdaget, da den næste patient tages ind til blodprøve og mærkatens mangler. Hvis det ikke var opdaget kunne vi have fået koblet et forkert svar på den forkerte pt.

Non-farmakologisk behandling

- Glemte at tage en speciel blodprøve. Må indkalde pt igen til ny blodprøvetagning. Skyldes travlhed. Fik ikke set grundigt nok på lab.seddel, inden blodprøvetagning
- Spildt en del vand på pt under øreskylning. Manglende omhu
- Skift af bandage efter op. af karpaltunnelsyndrom. Sutur fj. af læge, cik Burde være dækket m. plaster, i stedet anlægges klinikpersonale stor operationsbandage igen. Nedsat mobilitet af fg./hævelse kommende dg. Skyldes mgl. instruks af læge

Farmakologisk behandling

- En patient i Marcumar behandling får blærebetændelse, der udskriver Sulfamethizol som har interaktion – årsag: manglende omhu og interaktionsmodulet fungerer kun hvis Marcumar er skrevet som ”fast” medicin
- Fejldosering på Cipramilrecept. Dosis sat alt for høj. Skyldes travlhed, ikke nærlæst omhyggeligt nok inden Edi
- Pt spørger om han skal tage 20 mg Zocor * 1 eller * 2, idet der på pakningen står *1 men på recepten *2. Det er altså apoteket der har skrevet forkert på pakningen. Pt har taget forkert dosering i ca 1/2 år

Kommunikation

- En patient har fået taget en blodprøve for allergi, bliver informeret på et fejlagtigt grundlag – årsag: kun en del af analyse resultatet var skrevet ind i journal, resten lå i ”fejl” bakke for edi-fax
- Pt møder ikke til aftalt tid. Det er sket før, og hun bor skråt overfor. Derfor klares det med opringning, uden særlig tidsspild. Pt er lettere dement
- Smear svar ikke kommet som aftalt på 14. dag – årsag: afdelingens elektroniske svar funge-rede ikke i en periode på 7 dage

Henvisning/udskrivning fra sygehus:

- Pt ringer for at få recept på Cipramil. Ifølge pt er dosis reduceret fra 20 mg til 10 mg på Herlev, da han derude blev sat i Marevanbehandling. Dette fremgår ikke af udskrivningsbrevet
- Der er kommet udskrivningsbrev fra et ambulatorium på en patient. Der er tre småfejl i udskrivningsbrevet, hvor der direkte mangler noget tekst. Man kan gætte hvad der skal stå. Sekretæren på det pågældende ambulatorium kontaktes, og hun vil ringe tilbage mht manglerne
- Patienten har fået taget et akut røntgen af lungerne, aftalen er, at svar sendes samme dag, patienten ringer som aftalt klokken 15, kan ikke få svaret – årsag: ikke sendt og afdelingen lukker kl. 15

Henvisning/ tilbagehenvisning til primær sundhedstjeneste

- Der tages podning for Clamydia. Svar fremkommer fra KMA ”Ingen vækst af gonokokker” Ved opringning til KMA viser det sig, at rekv.seddell er krydset rigtigt af, den rigtige prøve er indsendt men at der er fremsendt et forkert svar på patienten. Prøveåret var angiveligt 2151. Ingen konsekvens ud over tidsspilde [også registreret som ”undersøgelse” og ”kommunikation”]
- I tilslutning til fødsel på sygehus oplyser moder, at hun ryger Hash, sygehuset beder egen læge at være opmærksom på dette med henblik på barnets trivsel – det sker ikke, da der ikke kommer noget udskrivningskort
- Hustru kommer til samtale, lægen spørger henkastet om hvordan går det står til i familien? får at vide, at manden er død af hjertestop på vej til sygehus – årsag: udskrivningskort er ikke sendt fra sygehus

Udstyr

- Køleskabskompressoren brød sammen i weekenden, og mandag morgen var der stuetemperatur i køleskabet. En del vacciner blev destrueret (alle børnevacciner), enkelte andre vacciner blev vurderet til at kunne holde sig. Tiloversblevne varer, der blev vurderet til at kunne overleve blev båret ud i bilens bagagerum, da temperaturen netop var over frysepunktet. Køleskabet var omkring 20 år gammelt men havde hidtil fungeret upåklageligt
- Patient falder næsten ned fra nyt leje – årsag fejlkonstruktion
- Det genopladelige batteri til EKG-apparatet fladt. EKG kunne ikke tages. Generende spec for lægen [også registreret som ”undersøgelse”]

Fysiske rammer

- En patient ankommer i kørestol, men elevatoren fungerer ikke. Vi må aftale et sygebesøg

Andet

- Nyansat sygeplejerske visiterer patient med abdomen til skadestuen. Henvender sig til lægevagten. Burde være visiteret til vurdering i praksis. Suboptimalt forløb. Henvendte sig dagen efter til praksis mhp udredning
- Uheldig sygeplejerske. Først knustes glasampullen med testosteron da den skulle knækkes. Efterfølgende blev den injiceret under for stor kraft således at kanylen og sprøjten blev adskilt hvilket medførte at sygeplejersken fik injektionsvæsken i øjet. Hun havde for travlt [også registreret som ”farmakologisk behandling” og ”udstyr”]

Som det fremgår af disse eksempler på rapporterede utilsigtede hændelser, ligger ”fejlen” ikke i alle tilfælde i egen praksis. Ganske mange af de utilsigtede hændelser i dette projekt stammer fra apotek, hjemmepleje, sygehusafdeling, andre praksis – og patient. I Københavns Amts rapport vurderes det, at kun 45% af hændelserne var forårsaget af praksis.

Vidensfejl og procesfejl

Man ser ofte utilsigtede hændelser/fejl/*critical incidents*/osv. kategoriseret i vidensfejl, henholdsvis procesfejl. Med vidensfejl menes, at hændelsen opstod, fordi den sundhedsprofessionelle ikke vidste, hvilken procedure eller behandling, der var den rigtige, mens en procesfejl ikke opstår pga. uvidenhed men pga. sjuks, travlhed, manglende koordinering, o.lign. I materialet fra Københavns Amt vurderer den lokale projektledelse, at under 2% af hændelserne kan karakteriseres som vidensfejl; men dette antages dog at være en underrapportering, fordi disse hændelser er svære at skelne fra uhensigtsmæssige lægelige skøn.

Risiko-vurdering

Det fremgår af opgørelserne over registrerede utilsigtede hændelser, at der kun sjældent var tale om alvorligere problemer. Til vurdering af sådanne hændelser kan anvendes en såkaldt SAC score. SAC er en forkortelse for Safety Assessment Code. Der anvendes værdierne 1, 2 og 3, som udtrykker en kombination af hændelsens alvor/betydning for patient og sandsynligheden for at den gentages fremover, jf. nedenstående skema.³

	ALVOR/BETYDNING FOR PATIENTEN			
SANDSYNLIGHED	Katastrofal	Betydende	Moderat	Minimal/ingen
Hyppig	3	3	2	1
Mindre hyppig	3	2	1	1
Sjælden	3	2	1	1
Meget sjælden	3	2	1	1

Materialet fra Københavns Amt har Torben Hellebek vurderet vha. en tillem্পning af denne SAC-matrix, idet han har tilføjet en vurdering 0 (nul), som angiver, at hændelsen slet ikke når (er til ulemghed eller ubehag for) patienten, dvs. at der i disse tilfælde er tale om hændelser, som alene vedrører læger og personale og disses samarbejdspartnere på apoteker og sygehuse, i hjemmeplejen mm. Desuden har han ikke indregnet sandsynlighedsfaktoren i sin scoring, således at scoringen alene angiver alvor/betydning for patienten.

³ For nærmere beskrivelse henvises til <http://www.trygpatient.dk/Default.asp?ID=36> eller <http://www.patientsafety.gov/matrix.html>

Et eksempel på en registreret UH vurderet til en score 0 er: *”Skriver et notat i forkert pt’ journal, opdages da jeg skal afregne, fordi der allerede er afregnet. Jeg har fået aktiveret en pt i lægens dagsplan i stedet for i min egen, og har ikke checket CPR-nr før jeg skrev notatet”.*

Et eksempel på en score 1 er: *”En pt fik taget BP, men sedlen sendtes retur fra KPLL, idet den ikke var stemplet med pt’ data, hverken lægen der udfylder lab-seddel eller sygeplejersken der tager BP har været opmærksom på om sedlen var udfyldt. Dette har betydet, at vi måtte indkalde pt en ekstra gang, hvilket kunne være undgået”.*

Et eksempel på score 2: *”I forbindelse med udredning af bryst smerter påvist svær anæmi. ½ år tidligere taget blodprøver af anden årsag. Nu opdages det, at der allerede dengang forelå hgb i underkanten, som ikke har været bemærket. Pt som viste sig at have mavesår kunne have været diagnosticeret før”.*

Af de sammenlagt 138 utilsigtede hændelser, som registreredes i projektperioden i Københavns Amt, har Torben Hellebek scoret en tredjedel (47/138) som 0, 61% (84/138) som 1 og 5% (7/138) som 2. Ingen hændelse er scoret til et 3-tal. Denne fordeling viser, at de registrerede hændelser typisk havde minimal eller moderat eller slet ingen betydning for patienten.

De andre amter har ikke lavet en tilsvarende scoring af deres UH, men der er ikke grundlag for at antage, at fordelingen skulle være væsentlig anderledes dér.

I slutrapporten fra Københavns Amt har man også vurderet, om den enkelte UH rummede potentiel risiko for patienten eller ej. 2/3 af hændelserne fik vurderingen ”ingen fare for patienten”, mens altså 1/3 rummede en potentiel fare.

Som eksempler på hændelser, som er placeret i kategorien ”rummer potentiel risiko for patienten”, kan nævnes disse tre:

- *Skrev fejlagtigt receptfornyelse på Corodil 10 mg i stedet for 5 mg i forbindelse med BT-kontrol hos pt med nylig opstået hypertension. Opdagede det først da pt havde forladt kons. Opringning til pt følgende dag, instrueredes i at tage ½ dgl. af de nye tabl. Tastefejl i forbindelse med oprettelse af recept gældende for 3 mdr. i stedet for 1 mdr.*
- *Får udskrevet medicin til en forkert pt og sendt det til apoteket. Skyldes 2 nye pt som ikke har været i klinikken før med samme fødselsdag, begge udenlandske navne*
- *Receptgodkendelse går for hurtigt. Recept til håndkøbsudsalg samt besked til apotek om, at medicinen skal bringes ud. Både sygeplejerske og læge har været for hurtige. Konsekvens: Opringning til apotek og forklare at jeg har godkendt for hurtigt.*

I øvrigt nævnes det i flere rapporter fra praksis og amter, at ingen af de registrerede UH rent faktisk medførte skade på patienten, selv om der altså kan have været en risiko. For Københavns Kommunes vedkommende hedder det, *”at ingen af de registrerede utilsigtede hændelser har iflg. beskrivelsen medført skade eller risici for patienten”.* Men det fremgår også af rapporterne – og af de tidligere nævnte eksempler på UH – at mange hændelser har været til ubehag eller besvær for patienten.

Procedurer i de deltagende praksis til gennemgang af de registrerede UH

Der har blandt de deltagende praksis været forskellige måder at ”bearbejde” de registrerede hændelser på. I nogle praksis har der været ugentlige møder med dette ene som dagsordenspunkt, i andre har UH været et af punkterne på personalemøder, i nogle praksis har der været afholdt møder herom

med mindre hyppighed, og nogle steder har de registrerede hændelser været diskuteret mere uformelt i en kaffepause i ny og næ. Og i hvert fald én praksis har kun holdt ét egentligt møde: *Da praksis er en solopraksis er kommandovejen kort, og man talte løbende om de registrerede utilsigtede hændelser i løbet af arbejdsdagen. Der blev kun afholdt ét skemalagt møde på en time i slutningen af registreringsperioden, hvor man gennemgik alle UTH fra en ende af.* (Fra amtslig slutrapport).

Flere praksis må erkende, at der har været problemer med at få tid til en ordentlig gennemgang af de registrerede hændelser. Fx skriver en læge i sin afsluttende rapport: *”Vi prøvede at diskutere de enkelte hændelser hen ad vejen, men det kom aldrig til at fungere ordentligt. Var svært at finde tid hvor alle kunne tage dem op. (...) vi har ikke været gode til at få taget stilling til ”hvordan” og ”hvem”-spørgsmålene, for alle hændelser”*. [Disse spørgsmål drejer sig om, hvordan man kan undgå en tilsvarende hændelse i fremtiden, henholdsvis om hvem der sørger for, at ændringsforslaget bliver realiseret]. I en amtsrapport hedder det: *”... i andre praksis var der stort set ingen kommunikation omkring de indberettede hændelser...”*. En læge fra en anden praksis siger, at det i hans praksis er svært at få snakket ordentligt om de utilsigtede hændelser, fordi hans to sekretærer aldrig er der på samme tid.

Intensiteten i bearbejdningen har med andre ord været ganske forskellig. Dette gælder tilsyneladende også i praksis, som ellers udefra set havde ensartede procedurer. Som et illustrativt eksempel kan i hvert fald nævnes, at det ugentlige feedbackmøde i én praksis var meget analyserende for at finde årsagerne til hver enkelt hændelse og for dermed at kunne beslutte, hvilke rutiner der skulle ændres for at undgå/begrænse hændelsen fremover, og eventuelt hvem der skulle være ansvarlig for at forberede sådanne ændringer. I en anden praksis var analysen mere overfladisk; et typisk ræsonnement var, at hændelsen var sket pga. travlhed eller pga. sløseri, og løsningen skulle derfor være mindre travlhed og mere omhu og grundighed – uden at det blev drøftet yderligere, hvordan man i en travl praksis kunne få mere tid til grundighed. (I begge disse praksis – som i flere andre – redegjorde den person, som havde registreret hændelsen, nærmere for den og omstændighederne omkring den).

Under de amtslige afslutningsmøder, som evaluator overværede, diskuterede deltagerne hinandens utilsigtede hændelser, og det var tydeligt, at det større forum i mange tilfælde kunne bidrage med forslag, som den enkelte praksis ikke selv havde tænkt på, til fremtidig forebyggelse af hændelserne.

I en praksis med flere læger og flere ansatte må det antages, at behovet for beskyttet tid til formaliserede møder, hvor man gennemgår UH og beslutter sig for (koordinerede) foranstaltninger til forebyggelse af disse, er indiskutabelt.

Effekt

Det har været en underliggende tankegang hos projektledelserne og et egentligt rationale for projektet, at registrering af utilsigtede hændelser i egen praksis og efterfølgende bearbejdning ville medvirke til at skabe en højnet bevidsthed om daglige rutiner, til ændringer i arbejdsgange o.lign. Fx hedder det i en ansøgning til Kvalitetsudviklingspuljen i Københavns Kommune: *”Dokumentation af problemets omfang og art, samt forslag til hvordan hændelserne kan undgås, tackles og håndteres udgør en vigtig læringsproces, der i sidste ende kan bidrage til at forbedre patientsikkerheden.”*

Langt de fleste deltagende praksis synes at have fået noget ud af deltagelsen i projektet. Man kan tale om tre slags effekter: 1) det er blevet nemmere at snakke om fejl og UH; 2) øget generel årvå-

genhed ved daglige handlinger – påmindelse om større grundighed; 3) ændring af systemer og arbejdsgange.

Legitimitet til at snakke om utilsigtede hændelser og fejl. Det nævnes af flere i projektet som en positiv erfaring, at det er blevet nemmere at snakke om de fejl, der begås. ”Nu skal vi jo sige det, ikke. Så er det nemmere at snakke om.” En anden deltager fortæller, at der bliver plads til at nævne også bagateller: ”Dette her gør det nemmere at tage sådan nogle mere inferiøre problemer op, synes jeg. Det er for meget at sidde og sige til frokost, at nu er der to, der har fået den samme tid”. Enkelte praksis anfører, at der er blevet et bedre arbejdsklima som resultat af projektet.

Øget årvågenhed. Større daglig opmærksomhed på, hvad man konkret foretager sig, beskrives af flere. Fx siger en af sygeplejerskerne efter projektets afslutning, at selve deltagelsen i projektet skærpede påpasseligheden: ”Min første reaktion var: Vi laver ikke noget [i almen praksis], hvor man kan lave fejl. Eller hvordan skal man nu gribe det an, ikke. Hvad er det for nogle fejl, man laver? Og så begynder man at tænke på det i alle de processer, man laver i sit arbejde. Lige fra de rigtige svar i telefonen, til hvordan lægger man forbindinger på, og gør man det rigtigt, og glemmer man at give besked og, altså, man kan jo gå i den mindste detalje. Og den proces har jeg været igennem”. Og en læge fortæller i sin rapport: ”Det mest slående er, at når man skal foretage en registrering, så gør ens opmærksomhed på mulige fejl, at man foretager færre fejl. (...) Der er fejl og nærfejl, som vi plejer at have, som ikke er sket i registreringsperioden.”

Derudover har registrerede UH i mange tilfælde givet anledning til erkendelse af, at man er uopmærksom, for hurtig o.lign. Særligt markant er dette, når man har registreret flere ens UH. Fx havde en praksis 5 gange registreret, at patienten kunne fremvise mødekort, men at tiden ikke figurerede i den elektroniske kalender; og ligeledes var der i samme praksis 5 tilfælde, hvor der var sket fejl med labels og stregkodeaflysning i forb.m. smear. Lægen skriver: ”Alene bevidstheden om, at vi har et potentielt problem, har bedret disse procedure-fejl væsentligt. Hændelserne har ikke givet anledning til nye procedurer.”

Konkrete ændringer af procedurer og rutiner beskrives af en del – men ikke alle – praksis som et resultat af den indsigt, som registreringen har givet. Et par eksempler:

- I en praksis var det 4 gange sket, at medicin ordineret via receptmodul ikke blev sendt via EDI til apotek, fordi lægen ikke havde trykket på den sidste knap.
Ændring: Leverandøren af computerprogrammet arbejder nu på at lave en tilføjelse, så der kommer en advarsel, hvis recepten skrives men ikke sendes.
- I en praksis var henvisning ikke nået frem i 4 tilfælde.
Ændring: Man forsøger nu at indarbejde en fast rutine med at ansvarliggøre patienterne og beder dem om at kontakte lægehuset, hvis de ikke har hørt fra en specialafdeling senest 14 dage efter en henvisning er sendt. Desuden er det gjort til rutine, at alle nu er ansvarlige for at tjekke, om henvisningen er sendt.

Ingen effekt. Ikke alle har imidlertid fået noget ud af deltagelsen i projektet. Nogle af de interviewede erklærede direkte, at projektet ikke havde medført ændret opmærksomhed eller medført ændring af rutiner og arbejdsgange. Projektet havde angiveligt ikke bidraget med noget, som man ikke i forvejen ville blive opmærksom på, eller som man klarede per konduite og situationsfornemmelse i det daglige. Og dét at registrere vil næppe ændre meget, siger en sekretær: ”Altså for mit eget vedkommende, så kan jeg i hvert fald sige dig, at uanset hvad der er en utilsigtet hændelse eller ej, så kender jeg mig selv så godt, så uanset hvad der bliver registreret, så er der mulighed for, at jeg gør

de samme småpillerier om igen. Sådan er dagen simpelthen strikket sammen. Man kan kun være opmærksom. Og det er man. Men i sagens natur vil der ske nogle småpillerier igen. Det kan ikke undgås. Sådan er det bare”.

Har de anvendte registreringskemaer været anvendelige?

I bilaget ses det registreringskema, som anvendtes i alle amter undtagen Storstrøms. (Deltagerne i Storstrøms Amt forkastede det tidligt i projektet og fik i stedet et enklere skema). Der har været delte meninger om skemaets hensigtsmæssighed:

Kategorisering af den utilsigtede hændelse

Flere deltagere har udtrykt utilfredshed over, at det var svært at finde ud af, i hvilken af de 10 kategorier de skulle sætte krydset – også selv om det var tilladt at sætte flere kryds. I Københavns Amt har projektledelsen skønnet, at praksis’ egen scoring af hændelserne var for usikker, hvorfor scoringen efterfølgende er foretaget af projektets lokale koordinator. Og slutrapporten fra Frederiksborg Amt spørger, om den person, der registrerer den utilsigtede hændelse, også skal stå for at kategorisere den. Man kan forestille sig, at dette kan være med til at besværliggøre registreringen.

En amtslig rapport peger på, at den anvendte kategorisering ikke kan bruges til at vise, hvorvidt hændelsen potentielt kunne skade – eller skadede – patienten, hvorfor projektledelsen anbefaler, at man udvikler en kategoriseringsmetode, som kan graduere en utilsigtet hændelse ud fra dens alvorlighed og forventede hyppighed.

Skemaets omfang

Der har været delte meninger om skemaets omfang, idet nogle af deltagerne har anført, at de synes, det er for omfattende og gerne så, at det var på maksimum én side, mens andre synes, at skemaet ikke kan være kortere, hvis det skal være anvendeligt til sit formål.

Nogle deltagere synes, at det er for tidskrævende at skulle beskrive hele hændelsesforløbet og baggrunden herfor, og de så gerne, at man kunne klare sig med et afkrydsningsskema. Men andre deltagere mener, at det er nødvendigt med detaljerede beskrivelser, hvis registreringen skal kunne danne grundlag for fælles overvejelser og handling.

Skemaets indhold

Nogle af deltagerne gjorde opmærksom på, at det ikke var klart, om det kryds man skulle sætte ud for læge eller praksispersonale skulle angive, hvem der var ansvarlig for hændelsen, eller hvem der havde registreret den. Det var heller ikke klart for alle, om man i rubrikken ”Dato og tid for hændelsen” skulle angive, hvornår hændelsen var indtrådt, eller hvornår den var blevet opdaget. Og nogle gjorde opmærksom på, at man i mange tilfælde slet ikke kunne angive et præcist tidspunkt for hændelsens indtræden.

Elektronisk eller papir

Der er også forskellige holdninger til, om registreringskemaet skal være i papirformat eller være elektronisk tilgængeligt på computeren. Argumentet for papir var, at det er bekvemt og ansporende, at det ligger ved siden af computeren. Og et argument for en elektronisk version var, at det var nemmere at skrive direkte ind på computeren og eventuelt arbejde videre med senere.

Barrierer

Intentionerne om at bemærke og registrere utilsigtede hændelser og handle på grundlag heraf er for ganske mange af de deltagende praksis blevet negativt påvirket af forskellige barrierer.

Tidsforbruget til registrering og bearbejdning synes at være det altoverskyggende problem, hvilket går igen i mange udtalelser og rapporter i dette projekt. Det kan være svært at nå at registrere hændelsen, når den opdages, eller mens den endnu er præsent; og det kan være svært at få tid til at holde de stipulerede møder, hvor man gennemdrøfter hver enkelt hændelse. Og holdes møderne rent faktisk, kan det være svært at få tid til grundige overvejelser om hver enkelt hændelses baggrund og forløb og om hvilke foranstaltninger, man eventuelt skal iværksætte fremover.

Der er også rapporteret om en vis **tilbageholdenhed** med at registrere hændelser. Dette gælder læger, men nok mest praksispersonalet.

Manglende motivation. I et par af de besøgte praksis havde man som udgangspunkt ikke stor tiltro til, at deltagelsen i projektet kunne være gavnlig for dem, og de kunne ikke se noget formål med at registrere UH på et stykke papir.

Er "utilsigtede hændelser" et brugbart begreb?

Evaluator spurgte flere steder (i interviews, ved afslutningsmøder) om deltagernes tilfredshed med begrebet "utilsigtede hændelser". Var det nu ikke for løst – og for vidt? Det gennemgående svar var, at begrebet opfattes som passende og anvendeligt. Især fremhævede flere, at det ikke pålægger de involverede skyld for hændelsen; at det antyder noget neutralt; at det er noget der sker, selv om man ikke ønsker det. Flere sagde, at de hellere ville snakke om utilsigtede hændelser end om fejl.

Det næste uddrag af et interview viser en usikkerhed om, hvad man egentlig skulle have betragtet som UH i den 3-månders periode, man havde deltaget. Læg også mærke til, at lægen ikke opfatter fejl som en utilsigtet hændelse:

Lægen: *"Jamen, jeg synes stadigvæk ikke vi er nået til en entydig definition af en utilsigtet hændelse. Jeg synes også at selve begrebet er lidt vanskeligt at forstå. En utilsigtet... hændelse... Fordi hændelsen indtræder jo ikke... Synes jeg ikke. Øh. Og altså det, som, som.. det er en eller anden forkert handling, som hvis man ikke havde opdaget den, kunne have ført til en fejl i den sidste ende. Øh."*

Interviewer: *"Men betyder det, at det, der så bliver til fejl, ikke for dig er en utilsigtet hændelse?"*

Lægen: *"Jeg synes ikke det er det helt rigtige ord at bruge om det, men jeg ved ikke, hvad jeg skulle sætte i stedet. Øh, for det er jo ikke en fejl, øh, for den bliver jo opdaget, altså, ikke. Inden det bliver til en fejl. Sådan har vi forstået det."*

Interviewer.: *"Ja, men er det fejl vi snakker om? Eller rettere: er det ikke fejl?"*

Lægen: *"Det er jo ikke fejl. Det er jo risiko, eller..."*

(...)

Sekretæren: *"Jo, men det er jo dét med at få det til at passe til vores arbejde, ikke. Altså, vi laver jo ikke store operationer, eller sådan nogle ting, vel, men, men det er så de småting, hvor man stikker sig på nålen, eller hvor man taber en klud på gulvet og tager den op og bruger den igen, eller hvad man nu kan... Ja, det ved... Det er sådan med at finde ud af hvor... om det er alting."*

Evaluator mødte andre, lidt alternative definitioner på en utilsigtet hændelse:

”Utilsigtet – det er det, der ligesom ødelægger ens nattesøvn. Det kan man vel sige. Op i en lidt større størrelsesorden” (læge).

”En utilsigtet hændelse er noget, man ikke gør med vilje” (sekretær).

”Utilsigtede hændelser er forløb/hændelser, hvor man siger: Ups! Det her skulle ikke være sket” (projektleder).

Fortsat registrering?

De fleste af deltagerne i de afslutningsmøder, som evaluator overværede, tilkendegav, at de ville fortsætte med at registrere utilsigtede hændelser, efter at projektperioden var afsluttet. En rundringning til tilfældigt udvalgte projektdeltagere viser dog, at en del af de adspurgte på tidspunktet for opringningen (september 2004) ikke havde fortsat registreringen; men nogle overvejede måske at gentage processen på et senere tidspunkt. ”Men det kan være svært at få tid til det hele”, som en sekretær sagde. Desuden havde nogle af de besøgte praksis allerede tidligere tilkendegivet over for evaluator, at registrering af UH ikke ville fortsætte efter projektets afslutning.

Sammenfatning og diskussion

Det har inden for de givne tidsrammer og ressourcer ikke været muligt at gennemføre en evaluering med en før- og efter-måling af klinisk praksis i de deltagende lægepraksis, selv om det kunne have været ønskeligt at undersøge, om de typer utilsigtede hændelser, som registreredes af hver enkelt praksis i projektperioden, optræder sjældnere efter deltagelsen i kvalitetsudviklingsprojektet end inden. I stedet for en sådan resultat-analyse har evalueringen – efter aftale – været fokuseret på projektets gennemførelse, de konkrete indberettede hændelser og analysen af dem, samt på deltagernes erfaringer og vurderinger af projektet. Formålet med denne beskrivelse er at give baggrund for overvejelser om en fremtidig registrering af utilsigtede hændelser i almen praksis.

Deltagerne i den del af det tværamtslige kvalitetsudviklingsprojekt, som er evalueret her, kom fra 37 almenpraksis i 5 amter. Alle praksis havde meldt sig frivilligt, og bortset fra nogle få var de motiverede for at afprøve konceptet: at registrere utilsigtede hændelser i en 3-måneders periode og løbende vurdere årsager og fremtidig forebyggelse af lignende hændelser. Der har været afholdt amtslige introduktionsmøder, midtvejsmøder og afslutningsmøder.

Forløb, erfaringer, holdninger, resultater mv. er undersøgt og vurderet vha. observation på amtslige introduktions- og afslutningsmøder og feedback-møder i praksis, interviews, samt gennemgang af mødereferater og rapporter fra praksis og deltagende amter.

Det kan være på sin plads at betragte projektet i relation til dets egen formålsbeskrivelse. Her taltes der bl.a. om, at projektet specifikt skal

- udvikle og afprøve et system til fremtidig registrering af utilsigtede hændelser i almen praksis
- vurdere, hvorledes den enkelte praksis oplever denne kvalitetsudviklingsmetode
- forsøge at kortlægge hvor mange utilsigtede hændelser, der er i den enkelte praksis, og af hvilken art

og registrering og analyse af utilsigtede hændelse skal som metode bidrage til

- at nedbringe antallet af utilsigtede hændelser i almen praksis
- at opbygge en læringskultur
- at udvikle kvaliteten i det daglige kliniske arbejde
- at forbedre patientsikkerheden.

Projektet specifikt

Der var på forhånd udviklet et registreringsskema, hvor læger og praksispersonale skulle angive hændelsens art, beskrive baggrunden, kategorisere den inden for 10 nærmere definerede områder mm. Nogle praksis har ikke udfyldt og/eller indsendt registreringsskemaer til den lokale projektledelse. Grunden til ikke at registrere angives for nogle praksis at være, at man i perioder glemte skemaet, eller at man ikke havde tid. Andre har syntes, at det besværliggjorde registrering, at man samtidig skulle angive, hvilken kategori hændelsen tilhørte. Nogle få praksis brugte ikke skemaet, fordi de ikke kunne se formålet med det.

Der er flere læger end praksispersonale, der har registreret UH i dette projekt. Det anføres af nogle deltagere, at der kan være en vis tilbageholdenhed og uvilje hos personalet, selv om man ikke kan afvise, at læger i sagens natur ser flere UH end personalet. Også blandt gruppen af læger ses der store individuelle forskelle i registreringshyppighed, og dette kan afspejle en reel forskel i antal UH pr. læge eller en uens villighed til at registrere, hvad man ser.

Nogle af deltagerne har foreslået visse ændringer til skemaet (mest forenklinger); og det er indtrykket, at det daglige tidspres kan gøre det svært altid at nå at udfylde det. Dette taler for en enklere udformning, færre punkter til udfyldelse, krav om mindre tekst, frafald af kravet om at den registrerende også skal kategorisere hændelsen. Denne forenkling skal dog afbalanceres med hensynet til anvendelighed, forstået på den måde, at der skal være informationer nok at arbejde videre med ved de møder, hvor man analyserer årsagssammenhænge og drøfter sig frem til ændrede procedurer, som kan forebygge lignende hændelser fremover.

I dette kvalitetsudviklingsprojekt deltog både solo- og kompagniskabs- og samarbejdspraksis. Der er ikke noget i evalueringen, der antyder, at registrering af UH er velegnet til én form for praksis og ikke til andre. Men det kunne umiddelbart synes mindre vigtigt for solopraksis at holde formelle møder, hvor man diskuterer de registrerede hændelser, fordi fejl og problemer er noget, man kan ordne ad hoc eller tage op i en pause. Det er da også på den måde, nogle af de deltagende solopraksis valgte at køre forløbet på. Men i nogle af disse praksis var udbyttet begrænset. Er der en for løs struktur, kan hele konceptet skride.

Projektets idé med at holde analyserende møder jævnligt – gerne ugentligt – levede man altså ikke op til i alle praksis. I enkelte praksis afholdtes slet ingen formelle møder, og flere steder gennemførtes kun ét møde ved projektets afslutning.

Selve indholdet og stringensen i møderne kan være afgørende for udbyttet. En overfladisk og uengageret behandling af de enkelte hændelser giver næppe anledning til givtige analyser og beslutninger. Det er et gennemgående indtryk fra evalueringen, at manglende tid spiller negativt ind flere steder, således også her.

Hvordan oplever de deltagende praksis selv den afprøvede kvalitetsudviklingsmetode? Næsten alle de deltagere, som evaluator har mødt ved afslutningsmøder og personlige interviews, har udtrykt begejstring for konceptet: Man har fået sat UH på dagsordenen; registreringen har været en øjenåbner; det er blevet nemmere at snakke om fejl.

Uden at forklejn disse synspunkter, kan det dog være på sin plads at minde om, at disse deltagere alle har begivet sig ind i projektet med stor motivation. Det er en selekteret skare, som har respon-

deret positivt på en invitation til at være med. Kun nogle ganske få af deltagerne mødte op med en skepsis og en begrænset motivation; og disses vurdering af konceptet har været anderledes tilbageholdende og negativ.

Hvor mange og hvilke typer utilsigtede hændelser er der så i den enkelte praksis? Projektet kan ikke svare på dette spørgsmål. Som allerede nævnt ovenfor, så har der været en ujævn registreringsaktivitet i og på tværs af praksis. Og projektet må forlade sig på selvregistrerede hændelser, dvs. på hvad hver enkelt deltager har fundet for godt at registrere. Når travlhed, personlige skøn, velvillighed og modvilje påvirker registreringen, så er det ikke meningsfuldt at lave optællinger af, endsige sammenligne, hvor mange UH den enkelte praksis har haft i en 3-måneders periode, eller hvor mange den enkelte læge har set, osv.

Derimod giver det måske mere mening at se projektets samlede UH fordelt på kategorier. Det fremgår, at der særligt inden for administration, farmakologisk behandling og kommunikation relativt set er hyppige problemer.

I ganske mange tilfælde var den utilsigtede hændelse et resultat af (manglende) handlinger på apoteker, sygehusafdelinger, hos patienter m.fl., hvor praksis var uden skyld. For Københavns Amts vedkommende var 45% af de rapporterede hændelser ikke forårsaget af egen praksis.

Mange af de registrerede hændelser (i Københavns Amt 1/3, i Københavns Kommune 100%) var trivielle, forstået på den måde, at de ikke skadede eller rummede risiko for patienten.

Registrering af utilsigtede hændelser som metode

Det er nævnt som et formål med registrering og analyse af UH, at dette skal **opbygge en læringskultur**. Det ses ikke nærmere præciseret, hvad der forstås ved en læringskultur. Men her antager vi, at læringskultur er en forandringskultur, hvor man lærer af erfaring og anvender denne læring til at ændre på gamle procedurer. (Dermed kan vi i den følgende diskussion indirekte medinddrage de tre øvrige formålsbeskrivelser for metoden: at **udvikle kvaliteten** i det daglige kliniske arbejde; at **nedbringe antallet af utilsigtede hændelser**, og at **forbedre patientsikkerheden**). Det er altså relevant at spørge: I hvor høj grad medførte deltagelsen i projektet, at den enkelte praksis lærte af egne fejl og følgelig ændrede procedurer til udvikling af kvaliteten?

Udbyttet af at registrere og efterfølgende gennemgå UH har været meget forskelligt i de deltagende praksis. Dels fordi feedback-møder i egen praksis ikke har været gennemført konsekvent og jævnlige (i nogle praksis har denne del nærmest været fraværende), dels fordi årsagsanalyserne og overvejelserne på disse møder om fremtidig undgåelse af registrerede UH har haft forskellig intensitet. Dette sidste kan give anledning til overvejelser om forskellige måder at analysere UH på.

Der er eksempler på analyser, der har ført til ændringer i praksis: Fx er receptafsendelses-moduler i computerprogrammet blevet ændret; der er blevet indbygget reminder-funktioner i edb-programmet; medicin er blevet omplaceret i køleskabene; ansvaret for indkøb er i en praksis flyttet fra sygeplejerskerne til én sygeplejerske.

Men man kan diskutere, hvor meget læring der er i følgende udpluk af konkrete eksempler på registrerede UH og egne løsningsforslag: 1) En patient ringer og klager over, at recepten på Pantoloc var udfærdiget forkert, hvilket patienten havde ret i. Forebyggelse fremover: Holde hovedet koldt! 2) Indført en besked til hjemmesygeplejersken i den forkerte journal. Forebyggelse fremover: Være

mere opmærksom! 3) To patienter havde fået samme tid. Forebyggelse: Mindre travlhed. 4) Patient penslet med eddikesyre i stedet for diagnostisk eddikesyre 5%. Forebyggelse: Skærpet procedure. 5) Patient ringer for at få svar på clamydiaprøve. Vi har ikke fået noget svar fra KMA, men KMA har ikke modtaget nogen prøve. Prøven er af en eller anden grund ikke sendt af sted fra praksis. Forebyggelse: Være mere opmærksom på, om der ligger prøver til afsendelse på stuerne.

Lærings- og ændringsaspektet kan næppe kaldes stort ved de utilsigtede hændelser, hvor løsningsforslagene er af den ”runde”, noget uforpligtende type: større grundighed; rettidig omhu; tage sig bedre tid; ikke gøre flere ting på samme tid. Særligt eksemplerne 4) og 5) kunne med nogen mere grundighed i analyser og overvejelser måske have ført frem til mere givtige løsningsforslag end blot skærpet opmærksomhed. Måske skulle eddikesyren slet ikke stå i det skab. Og måske kunne der indføres faste procedurer for, hvor prøver lægges til afsendelse.

Et andet tidligere nævnt, konkret eksempel fra projektet handler om gentagne problemer med etikettering og strekcodeaflysning af smear-forsendelser. Analysen af disse ensartede UH har ifølge den konkrete praksis ført til *”bevidstheden om, at vi har et potentielt problem”*, og man mener, at denne bevidsthed i sig selv har *”bedret disse procedure-fejl væsentligt”*. Men taler vi om den aktive del af en læringsproces – handlingen – så er den ikke fulgt i kølvandet på erkendelsen: *”Hændelserne har ikke givet anledning til nye procedurer.”*

Det kan være et problem, at analyse og bearbejdning inden for ens egen praksis af UH kan begrænse løsningsforslagene kvantitativt og kvalitativt. En utilsigtet hændelse kan opstå som resultat af faste rutiner og egen praksiskultur, som det kan være svært at tænke sig ud af. I hvert fald er det næppe i alle tilfælde hensigtsmæssigt, at hver enkelt praksis sidder med sine egne UH og udtænker sine egne løsninger. Der nævntes da også af deltagerne i projektet eksempler på, hvordan en nyansat sygeplejerske eller en nytilknyttet amanuensis havde stillet undrende spørgsmål til eksisterende rutiner i praksis og dermed stimuleret til nytænkning – og ændrede procedurer.

På amtslige afslutningsmøder var der diskussioner af konkrete UH, hvor forslag blev forkastet og trukket tilbage, fordi bedre ideer kom op under diskussionen. Det kan således være formålstjenligt at gøre brug af større diskussionsgrupper, fordi reservoiret af ideer og erfaringer simpelthen er rigere i større fora end derhjemme i egen praksis, hvor dem, der har ”produceret” den utilsigtede hændelse, kan have sværere ved at se ændringsforslag til egen adfærd.

På den anden side skal man også tænke på, at læring bedst foregår i eget miljø og ud fra egne erfaringer, hvorfor en praksis ikke blot skal ”importere” og uden videre implementere andres forslag. Der er stadig brug for drøftelser, analyser og overvejelser i egen praksis (med deltagelse af læger og personale). Analyse-møderne kan ledes/faciliteres af én fra praksis eller af en udefra kommende person.⁴

Nogle af de deltagende praksis har for visse UHs vedkommende taget ved lære og ændret daglige rutiner, systemer mm. Men i langt de fleste tilfælde synes der ikke at have været denne læringseffekt. Dette kan henføres til barriererne mangel på tid og mangel på motivation. Og desuden kan det være en overvejelse værd, om selve definitionen af – og dermed inklusionsområdet for – utilsigtede hændelser er hensigtsmæssig.

⁴ Fordele og ulemper ved en intern eller ekstern facilitator diskuteres fx i: L. A. Robinson et al.: How To Do It: Use facilitated case discussions for significant event auditing. *BMJ* 1995; 311: 315-318.

Det er et gennemgående tema i interviews og lokale afrapporteringer fra dette projekt, at mangel på tid har begrænset engagementet i projektet. Dels har registrering af hændelserne nogle gange og i nogle praksis lidt under det daglige tidspres; og dels har det været svært at få tid til opsamling og analyse af de registrerede UH. Men det at registrere UH giver ikke sig selv megen læring eller forandring. Dertil kræves en efterfølgende analyse. Den fælles analyse i en praksis med deltagelse af læger og praksispersonale kræver imidlertid mere beskyttet tid, end de deltagende praksis har haft til rådighed, for at man kan nå frem til grundig gennemgang og forståelse af baggrunden for hver enkelt hændelse, samt nå til enighed om meningsfulde forholdsregler i fremtiden.

Der er set en vis tilbageholdenhed/generthed hos både læger og måske særligt praksispersonale med at registrere hændelserne. Denne tilbageholdenhed kan søges minimeret gennem en dygtig, motive-rende ledelse/tovholder og et ikke-fordømmende miljø.⁵

Et par af de praksis, som evaluator besøgte, har ikke været motiveret for selve konceptet. Holdningen dér har været, at det uvilkårligt vil være svipsere indimellem, men at det er noget man løbende kan forholde sig til og afhandle med patienten eller kollegaen. Dertil behøves der ikke registreringsblanketter og opsamlingsmøder. Men i dette projekt som helhed har manglende motivation for at registrere UH dog ikke været udbredt. Deltagerne var en selekteret gruppe, som alle – på nær nogle ganske få – havde tilmeldt sig projektet af interesse.

Et andet aspekt, der bør overvejes, er definitionen af utilsigtede hændelser, og hvad dette begreb inkluderer. I kvalitetsudviklingsprojektet blev deltagerne indledningsvis gjort opmærksomme på definitionen af en utilsigtet hændelse som *en begivenhed, der er en følge af behandling, og som ikke skyldes patientens sygdom, og som samtidig enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller på grund af andre omstændigheder ikke indtraf*. Udover at *markere* denne definition lagde man dog flere steder lokalt op til, at deltagerne i projektet selv skulle afgøre – og registrere – hvad de betragtede som utilsigtede hændelser. Dette har ført til en slags paradoks, idet kun få af de rapporterede utilsigtede hændelser lever op til den definition, som projektet selv nævnte. For det første er mange af de registrerede hændelser ikke ”en begivenhed, der er en følge af behandling”. For det andet har der i 2/3 eller flere af tilfældene⁶ ikke været tale om risiko for eller skade på patienten. Derimod har der i disse tilfælde blot været ubehag eller besvær *for patienten* (af typen: måttet komme igen til fornyet blodprøve pga. sjuisk hos personalet), *for læge eller personale* (af typen: patienten udeblevet fra aftalt konsultation), eller *for alle* (fx dobbeltbooking).

De interviewede deltagere var gennemgående tilfredse med begrebet ”utilsigtede hændelser”, bl.a. fordi det var dejligt frit for skyld og udpegning af syndebugke. For en enkelt af de interviewede læger kom dette endda til udtryk ved, at han mente, at begrebet utilsigtede hændelser ikke kunne inkludere egentlige fejl.

Det kan være sympatisk, eksplicit at lade det være op til de registrerende at afgøre, hvad de betragter og medtager som utilsigtede hændelser. Men på den anden side burde man overveje, om det er formålstjenligt at arbejde med meget brede inklusionskriterier. Er der ikke fare for, at det udvander

⁵ Denne problemstilling er behandlet af R. Westcott, G. Sweeney & J. Stead: Significant event audit in practice: a preliminary study. *Family Practice* 2000; 17(2): 173-179, og af L.A. Robinson et al. (se foregående note). Disse to studier vedrører dog begge britiske forhold med større praksis end i Danmark.

⁶ Denne andel bygger på opgørelserne fra Københavns Amt. I Københavns Kommune var der angiveligt ingen hændelser, som kunne karakteriseres som skadelige eller risikable for patienten.

fokus og sløver opmærksomheden for de ting, som faktisk kræver ændring for at øge klinisk kvalitet og patientsikkerhed?

Skal vi holde os til formålet med metoden i dette projekt – at bidrage til læring, højne klinisk kvalitet og patientsikkerhed – kan det være så meget desto vigtigere at have en præcis sprogbrug og relevante inklusionskriterier. Det giver næppe den store sundheds- og sikkerhedsgevinst at beskæftige sig med typer af hændelser, som ikke kan hindres fremover ved ændret adfærd i almen praksis eller hos samarbejdspartnere, eller som ikke påvirker klinisk kvalitet og patientsikkerhed.

I en rapport om fejl og læring i sygehusvæsenet⁷ stilles spørgsmålstegn ved selve begrebet utilsigtet hændelse. Bortset fra påpegningen af et rent sprogligt misfoster⁸ hedder det: ”Uanset hvilken definition man anvender, så er betegnelsen en utilsigtet hændelse rent sprogligt ikke anvendelig i et lærings- og forbedringsperspektiv.” Rapporten anbefaler at man (i sygehusvæsenet) skelner mellem 3 typer begivenheder: Uundgåelige situationer; kritiske hændelser; fejl.

1. Uundgåelige situationer defineres som kliniske situationer, som lægevidenskaben med det aktuelle vidensniveau er ude af stand til at forudsige.
2. Kritisk hændelse: En klinisk situation som følger i forlængelse af en menneskelig, apparatur-, procedure- eller kommunikationsfejl. Den medfører et forøget risikoniveau for en efterfølgende skadevoldende effekt for patienten, medmindre risikoen elimineres ved en korrigerende handling.
3. Fejl: Når man på basis af tilgængelig viden enten 1) opnår et utilsigtet resultat af en planlagt handling, eller 2) udfører en fagligt forkert handling eller undlader at udføre en handling i forhold til det tilsigtede resultat.

Det understreges, at uundgåelige situationer kan medføre en klinisk tilstand, hvor handling eller udeladelse af handling kan minimere eller forhindre kliniske konsekvenser af situationen. Som eksempel nævnes, at hvis en patient udvikler et generaliseret hududslæt i forb.m. en førstegangs penicillinbehandling, så er det en uundgåelig situation; men en manglende seponering af behandlingen kan betragtes som en undgåelig fejl. Det er med andre ord sammenhængen mellem årsagen og spontanforløbet, der er uundgåeligt, mens en korrigerende handling kan modificere den samlede konsekvens af situationen.

Det siges derfor i rapporten, at når en organisation skal lære af en given situation, så bør de første spørgsmål være:

- var situationen uundgåelig, og blev der gjort nok for at afbøde de potentielle konsekvenser af den?
- var situationen undgåelig – dvs. er det muligt (gennem læring og forandring) at undgå tilsvarende situationer i fremtiden?

Den britiske Significant Event Audit er et forbillede for projektet ”Utilsigtede hændelser i almen praksis”. *Significant events* inkluderer ifølge Pringle⁹ *adverse events* og *critical incidents*. Ved en

⁷ Mette Kringelbach i samarbejde med COWI et al.: *Patientsikkerhed – Fejl og læring. Teori, praksis og eksempler fra sygehusafdelinger*. København: Evalueringscenter for sygehuse, rapport nr. 12. 2001.

⁸ ”I ordet ”hændelse” ligger, at noget sker hændeligt – altså uden, at man på forhånd har forventet det og uden, at situationen er resultat af en menneskelig indgriben eller mangel på samme. Det giver derfor ingen mening at knytte dette ord sammen med adjektivet utilsigtet, da man i sagens natur ikke kan forestille sig [om] en situation eller hændelse, som i sig selv altså er hændelig, at den kan være hverken tilsigtet eller utilsigtet.” (Side 30f).

⁹ Mike Pringle: Significant event auditing. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2000; 18: 200-202.

adverse event er der tydeligvis noget, der er gået galt, og man bør finde ud af, hvad der faktisk skete, hvad der var undgåeligt (forebyggeligt), og hvordan man som praksis skal reagere. Der kan være tale om patientklager, om en allerede kendt allergisk reaktion over for et lægemiddel, et aftalt hjemmebesøg som ikke udføres, osv. En *critical event* er en hændelse, som indikerer dårlig standard i klinisk praksis, men som også kan opstå uden at være forårsaget af praksis' handlinger. Pringle nævner disse eksempler: Enhver allergisk reaktion over for et lægemiddel (analysen skal undersøge, om det var undgåeligt), et osteoporotisk brud, et stroke, eller en teenage-graviditet – alle potentielt undgåelige og alle muligvis tegn på problemer i klinisk praksis.

På den anden side ses også eksempler på, at der lægges op til, at Significant Event Audit også inkluderer episoder, som man bare umiddelbart betragter som signifikante. Herunder også positive episoder eller forløb, fordi det er vigtigt i de analyserende feedback-møder at have mulighed for at fejre eksempler på fremragende arbejde. Dette sidste har til formål at fremme *team building* i praksis og skabe et positivt klima for bearbejdning af de mere problematiske hændelser.

Selv om Significant Event Audit har opnået en vis udbredelse i Storbritannien, så er der tilsyneladende ingen undersøgelser, som har beskæftiget sig med – eller dokumenteret - effekt på klinisk kvalitet og patientsikkerhed.¹⁰

”*Man skal ville det her projekt – og det koster*”, udtalte en af projektlederne til evaluator. Det koster tid. For at undgå demotivation grundet for stort tidsforbrug til registrering og efterfølgende analyse, kan praksis fx arbejde tematiseret og begrænse registreringerne til i én periode kun at dreje sig om fx problemer ved sektorskiftet, i en efterfølgende periode at omhandle farmakologisk behandling, i en tredje periode at begrænse sig til praksis' service-niveau over for patienten, eller administration osv. osv. Eller man kan strukturere feedback-møderne sådan, at man går mere i dybden med analyse og forslag til forebyggelse af hændelser, som scorer højt på SAC-skalaen¹¹ – og altså lader de triviale hændelser ligge. I praksis, hvor lægen tror, at personalet vil være utrygt og lidt tilbageholdende med at registrere fejl i eget hus, kunne man måske overveje *i første omgang* kun at registrere og analysere de utilsigtede hændelser, som opstår pga. problemer uden for huset, fx hos apoteket, på sygehusafdelingerne osv.

Det konkrete kvalitetsudviklingsprojekt, som her er blevet evalueret, har haft som sit formål at højne klinisk kvalitet og patientsikkerhed gennem læring og ændrede procedurer. Og det er da også sket i nogen udstrækning. Men her – som mange andre steder – er det ikke nogen dårlig idé at spørge, hvad alternative indsatser kunne have givet. Det er en overvejelse værd, hvor meget kvalitet og sikkerhed man får for indsatsen pr. mandtime eller pr. krone (brugt til registrering, feedback- og analyse-møder, ændringsarbejde) i et sådant projekt i forhold til, hvor meget klinisk kvalitet og patientsikkerhed man tilsvarende kunne få vha. andre foranstaltninger og andre indsatser. Vi er ganske vist her ude på et spekulativt område, fordi der ikke foreligger sådanne analyser, men ikke desto mindre er problemstillingen yderst relevant. Og enhver praksis eller kvalitetsudvikler og ethvert politisk beslutningsorgan på dette område burde overveje dette nøje, før man indfører registrering af utilsigtede hændelser som rutine eller anbefaler – eller ligefrem pålægger – almen praksis at registrere sine utilsigtede hændelser, kritiske hændelser og fejl.

¹⁰ Litteratursøgning foretaget i PubMed og Google 14. september 2004.

¹¹ Se side 10.

Hvad kan man så lære af dette projekt?

Erfaringerne fra evalueringen af det tværamtslige projekt giver anledning til følgende anbefalinger for dem, som vil gå i gang med registrering af utilsigtede hændelser med henblik på læring og kvalitetsudvikling i egen praksis:

- Enkelt skema

Skemaet må ikke være tidskrævende at udfylde og ikke give anledning til irritation over, at der kan opstå tvivl om, hvordan det skal gøres. Tydelig instruktion er påkrævet.

- Beskyttet tid

Der skal sikres beskyttet tid for hele praksis til grundig analyse af de registrerede hændelser og til drøftelse af, hvad man skal gøre for at forebygge dem fremover. Hvis ikke der er en sådan tid, begrænses muligheden for aktiv læring og forandring.

- Tryghed og motivation

Det er vigtigt, at læger og personale motiveres til fuld deltagelse i projektet. Der bør herske en atmosfære af tryghed, som ansporer alle til at registrere og til at fremlægge synspunkter og ideer.

- Feedback og analyse i større fora

Særligt for solopraksis og små praksis kan det være en idé at fremlægge sine registrerede UH til analyse og diskussion *også* i større fora (fx i efteruddannelsesgruppen), for det kan nogle gange være svært for dem, der har ”produceret” den utilsigtede hændelse, at have ændringsforslag til egen praksis. Kollegaer fra andre praksis kan have andre rutiner og ideer.

- Snævrere inklusionskriterier under betegnelsen ”utilsigtet hændelse”

For at begrænse tidsforbruget og fremme oplevelsen af meningsfuldhed målrettes indsatsen til typer af hændelser, som kan forebygges/begrænses fremover. Definitionen af utilsigtede hændelser skal derfor være tydelig og formålstjenlig.

Bilag

REGISTRERINGSSKEMA FOR UTILSIGTEDE HÆNDELSER

Registreringsskemaet er til brug for alle ansatte i almen praksis

Sundhedsprofessionel
(sæt X):

Læge:

Praksispersonale:

Dato og tid for hændelsen:

Praksisprojektnummer

HVAD skete der? (Beskrivelse af problemet, hændelsesforløbet baggrunden for hændelsen - og aktuelle/potentielle konsekvenserne for patient eller personale¹).

Hvorfor² skete det? (Beskrivelse af forhold der har bidraget til hændelsen)

Vend !

¹ Udtrykket personale refererer til *alle* de sundhedsprofessionelle i klinikken – læge, sygeplejerske, sekretær mv.

² Vi er opmærksomme på, at det måske ikke altid er muligt, at identificere en forklarlig grund.

REGISTRERINGSSKEMA FOR UTILSIGTEDE HÆNDELSER

Hvordan³ kan vi undgå, at det sker i fremtiden? (Beskrivelse af mulige forslag til ændring/løsning)

Hvem⁴ vil sørge for, at ændringsforlaget bliver realiseret? (Beskrivelse af hvem der er ansvarlig for at implementere forslagene)

Hvilken slags hændelser er der tale om – (sæt gerne mere end ét X)

Administration:	<input type="checkbox"/>
Undersøgelser:	<input type="checkbox"/>
Non-farmakologisk behandling:	<input type="checkbox"/>
Farmakologisk behandling:	<input type="checkbox"/>
Kommunikation:	<input type="checkbox"/>
Henvisning/udskrivning – sygehus:	<input type="checkbox"/>
Henvisning/tilbagehenvisning - primær sektor:	<input type="checkbox"/>
Udstyr:	<input type="checkbox"/>
Fysiske rammer:	<input type="checkbox"/>
Andet:	<input type="checkbox"/>

³ Vi er opmærksomme på, at selv om en given hændelse kan forebygges ved fx at indføre en anden procedure, kan der evt. være tilfælde hvor lignende utilsigtede hændelser måske ikke lader sig forebygge.

⁴ Den person, der registrerer hændelsen bør i besvarelsen koncentrere sig om eget ansvar for at gøre noget ved sagen - dvs. udover at formulere eventuelle løsningsforslag kan vedkommende orientere om hændelsen på et personalemøde el.lign.

Uddybende forklaringer til kategoriseringen

Administration

Manglende/mangelfuldt/forkert notat i journal, attest, henvisning eller anden blanket; forsvundne dokumenter/journaler; håndtering af meddelelser (fx mangler at orientere pt. om svar); aftaler (fx dårlig tidsstyring).

Undersøgelser

Uregelmæssigheder ifm henvisning til, registrering af og udførelse af parakliniske undersøgelser; andre undersøgelsesprocedurer.

Non-farmakologisk behandling

Uregelmæssigheder ifm behandling i praksis (ukorrekt/forsinket/udeladt/unladt; behandling er ineffektiv; behandlingen bliver ikke fulgt af patienten).

Farmakologisk behandling

Uhensigtsmæssig medikament/dosis; ordinationsfejl; bivirkninger; allergiske reaktioner; manglende kontrol ved reiterering; behandlingen er ineffektiv; behandlingen bliver ikke fulgt af patienten.

Kommunikation

Uregelmæssigheder/fejl/mangler ifm kommunikationen med patienten; kommunikationen med læger, sygeplejersker og andre hjælpepersonaler i samme eller i forskellige sektorer; kommunikation med andre samarbejdspartnere (fx socialektoren, kommune etc.)

Henvisning/udskrivning - sygehus:

Uregelmæssigheder/fejl/mangler ifm henvisninger/epikriser; manglende/mangelfulde CAVE-oplysninger; andre forhold knyttet til patientforløb gennem sektorerne.

Henvisning/tilbagehenvisning - primær sektor:

Uregelmæssigheder/fejl/mangler ifm henvisninger til speciallæge/epikriser; manglende/mangelfulde CAVE-oplysninger; andre forhold knyttet til patientforløb gennem sektorerne.

Udstyr

Uregelmæssigheder/fejl/mangler med brug af utensilier og hygiejne; mangelfulde medicinske teknologier; kommunikationsudstyr (pc, telefon, fax etc.); transportmidler ifm sygebesøg.

Fysiske rammer

Mangelfuld opretholdelse af et sikkert fysisk miljø (fx gulv); uhensigtsmæssig/mangelfuld indretning (fx dørtrin, håndtag eller manglende håndvask i konsultationsrummet etc.).

Andet

Hændelser i denne kategori kan omfatte alle de begivenheder, der ikke er taget højde for i ovenstående.