

DE FIRE SPØRGSMÅL I ANALYSEN

1. HVAD SKETE DER?

Beskriv forløbet af hændelsen i kronologisk rækkefølge og med fokus på det faktuelle.

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 der har ansvar for opfølgning på handlingsplanen, og hvornår den forventes gennemført.

Hændelsesanalyse

DE SYV TRIN:

FØR ANALYSEMØDET

Trin 1. Udvalgelse af hændelser

Trin 2. Indsamling af information og beskrivelse af faktisk forløb

Trin 3. Indkaldelse til møde

UNDER ANALYSEMØDET

Trin 4. Rammer og spilleregler for analysen

Trin 5. Selve analysen (fire spørgsmål)

EFTER ANALYSEMØDET

Trin 6. Implementér ændringer og følg op

Trin 7. Del læring og hændelser med andre

Gennemførelse af en hændelsesanalyse

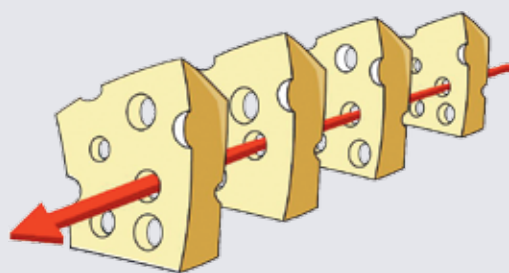
– tjekliste til processen

24.11.2010 2. UDGAVE

OSTEMODELLEN

Osteskiverne er sikkerhedssystemer eller barrierer, der skal forhindre utilsigtede hændelser. Opstår der huller, bliver vejen banet for, at der sker skade. I hændelsesanalysen identificerer man hullerne og beslutter de tiltag, der kan lukke dem.

RISIKO



SKADE

James Reason Swiss Cheese Model

KLASSIFIKATION AF PATIENTSKADE

INGEN SKADE

MILD

Lettere forbigående skade, som ikke kræver øget behandling eller øget plejeindsats

MODERAT

Forbigående skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling

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

DØD

Ifølge DPS2

ANALYSEMØDET

FORSLAG TIL DAGSORDEN

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

SELVE ANALYSEN – FIRE SPØRGSMÅL

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

SPILLEREGLER FOR MØDET

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

HANDLINGSPLANER

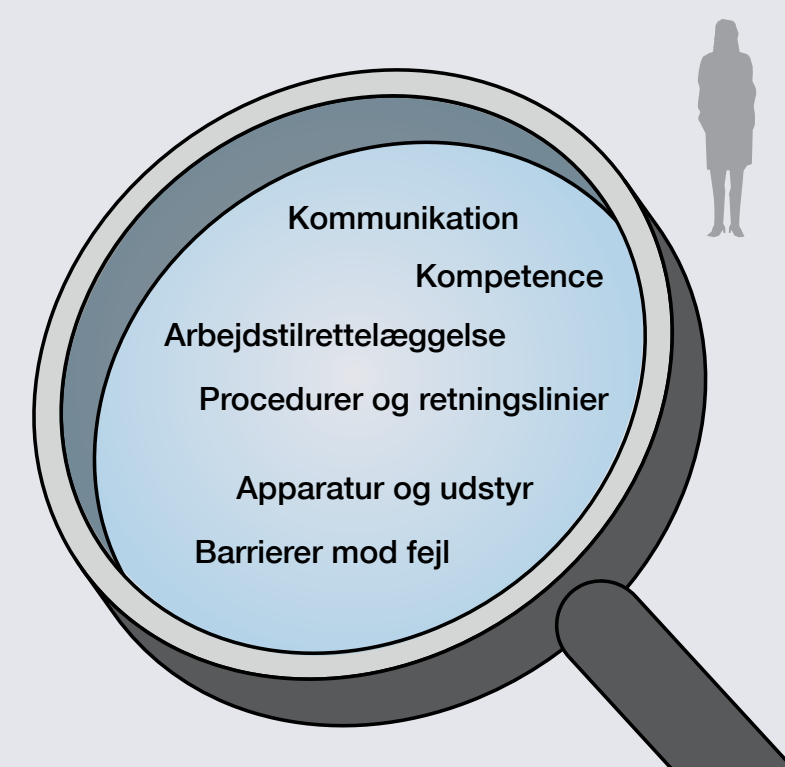
EN GOD HANDLINGSPLAN

- Er konkret, realistisk og mulig at realisere indenfor en rimelig tidsramme
- Er adresseret – hvem gør hvad til hvornår? (ansvar og tidsplan)
- Er vurderet i forhold til, om den potentielt kan udløse nye risici

TEST AF HANDLINGSPLAN

Vil denne handlingsplan fjerne eller mindske risikoen for, at hændelsen sker igen?

FRA INDIVID- TIL SYSTEMPERSPEKTIV



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