

Sundhedsvæsenets havarikommission - præsentation af konkrete kerneårsagsanalyser

Patientsikkerhedskonferencen 2005

Elisabeth Brøgger Jensen
specialkonsulent, mag.art.

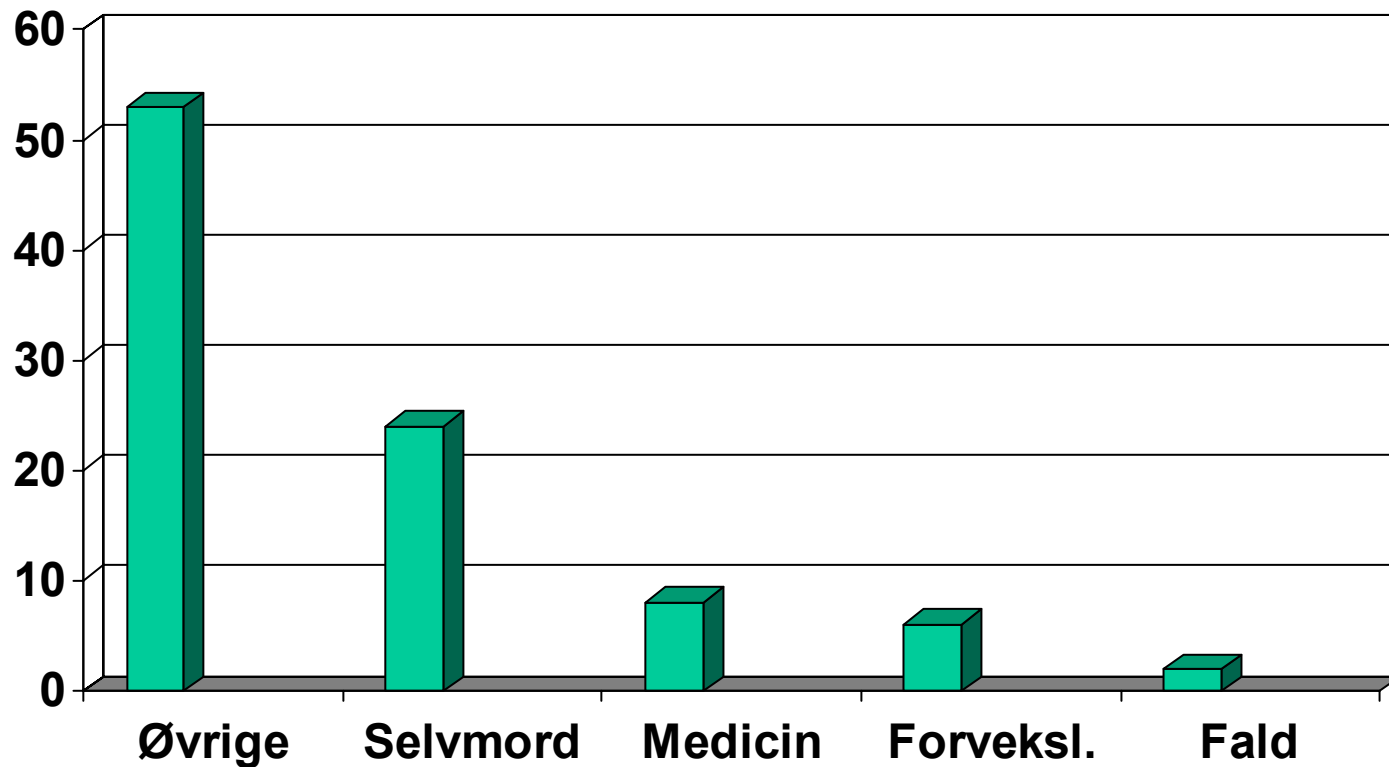


Erfaringsgrundlag

- 93 kerneårsagsanalyser i H:S i løbet af 2002, 2003 og 2004
- Aggregeret kerneårsagsanalyse hvert halve år af medicineringsfejl og patientfald med skade
- Gennemgang af litteratur til brug for kompendium, som DSFP har udgivet
- Reliabilitetstræning sammen med RM
- Faglig sparring

Fordeling på hændelsestyper

(jf. H:S Handlingsplan 2002 – 2004)





Kerneårsagsanalyse (Root Cause Analysis)

- En systematisk metode til afdækning af:
 - Hvad** skete der? (det faktuelle forløb)
 - Hvorfor** kunne det ske? (identifikation af de bagvedliggende årsager til hændelsen)
 - Hvordan** undgå at det sker igen?
(handlingsplan og opfølgning)
 - men aldrig **hvem** gjorde det?

Konkrete erfaringer

- Håndbog i kerneårsagsanalyse fastholder systematik og systemperspektiv – **brug den** men ikke slavisk!
- De supplerende spørgsmål i Håndbog i kerneårsagsanalyse begrunder en kerneårsag og er styrende for forslag til handlingsplan – **brug dem** – og læg vægt på realistiske og effektive handlingsplaner!

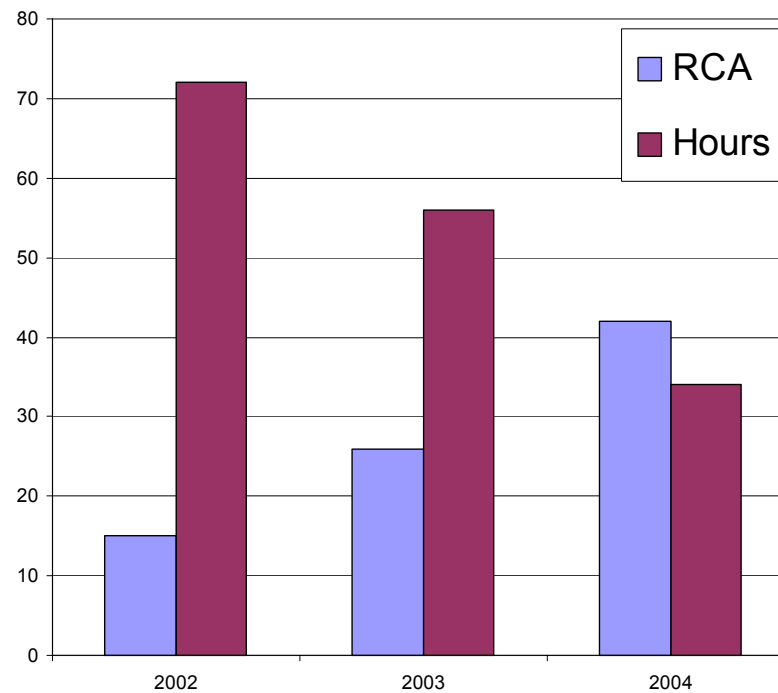
Fx: Kunne velfungerende kontrolforanstaltninger have medvirket til at forhindre den utilsigtede hændelse?

Konkrete erfaringer

“Ting ta ´r tid” – også en kerneårsagsanalyse, men forløbet kan optimeres ved:

- at komme i gang umiddelbart efter, at hændelsen skete
- at prioritere analysen frem for andre opgaver
- at gennemføre analysen på to (tre) møder
- at være få / færre personer i teamet
- at have en risikomanager, der er fortrolig med metoden og som har stærke relationer i organisationen

Timeforbrug



Konkrete erfaringer

- To typer **diagrammer** giver overblik og er befordrende for dialog i teamet:

det faktuelle hændelsesforløb, dvs. den kronologiske rækkefølge af handlinger, der førte til den utilsigtede hændelse

årsags- virkningsdiagram, dvs. den logiske kæde af forklaringer, der fører frem til den/de egentlige årsag(er) til, at hændelsen kunne ske

Konkrete erfaringer

- **Formidling:**

Anonymitet af patient og personale skal sikres

Hospitalet skal beslutte procedure for godkendelse og offentliggørelse – internt og eksternt

En rapportskabelon giver læsevenlige og ensartede rapporter, brug fotos – **billeder siger mere end 1000 ord!**

Læs korrektur og bed om second opinion – risikomanagerens barriere mod fejl



pas på

Information fra **H:S** Enhed for Patientsikkerhed

Nr. 1, september 2003

Forbrændinger ved elki- rurgi / diatermi

Der kan være risiko for at patienter utilsigtet kan få forbrændinger ved operationer, hvor der anvendes diatermi / el-kirurgi sammen med spritholdige desinfektionsmidler.

Hvorfor?

Går der ild i spritdampe vil flammerne være næsten usynlige på grund af det stærke lys fra operationslampen. Hvis patienten er i generel eller regional anæstesi vil vedkommende ikke reagere med smerte; patienten vil få 2. eller 3. grads forbrændinger.

Derfor:

Brug – hvor det er hygiejnisk forsvarligt – midler uden sprit til desinfektion før og under operationer. Spørg hygiejnesygeplejersken

Hvis der bruges spritholdige midler, så skal midlet tørre fuldstændigt og alle dampe være forsvundet, inden indgrebet går i gang eller fortsættes (ved redesinfektion). Indtørring tager længere tid, hvor der er furer i huden, behåring eller kropskaviteter som f.eks. navlen eller omkring kønsorganer

Skift eventuelt underlaget ud efter desinfektion med midler der indeholder sprit / alkohol. Dæk først patienten til, når der er vished for, at alle dampe er forsvundet.

Minimer risikoen for overskydende ilt eller lattergas i området idet begge gasser er letantændelige

Fugt behårede områder, gaze eller andet antændeligt materiale i nærheden af operationsfeltet

Sluk diatermiapparatet eller laserapparatet når det ikke benyttes. Placer elektroderne i et hylster eller væk fra patienten

En utilsigtet hændelse

Før en operation i analregionen blev huden desinficeret med klorhexidinsprit. Pga. let blødning blev der lagt en ble af cellostof med plasticmembran under patienten forud for afsprøjtning. Indgrebet blev begyndt ved brug af diatermiapparat.

Kort efter start blev der observeret ild i patientens pubesbehåring. Ilden blev slukket og skylning med vand blev startet med det samme.

Patienten fik 2. gradsforbrændinger på to større områder.

Efterfølgende er der til denne type operationer foretaget desinfektion med klorhexidin-cetrimid i stedet for klorhexidinsprit.

Denne ændring blev besluttet, fordi man mistænkte, at der havde været spritholdige dampe i hudfolder i genitalområdet eller at der i bleen havde været lommer med spritholdige dampe, som havde medvirket til antændelsen.

Læs mere:

www.sst.dk. Risiko for antændelse af spritholdige desinfektionsvæsker ved brug af diatermi/el-kirurgi, Officiel meddelelse, Sundhedsstyrelsen 24. september 2002

www.jcaho.org. Preventing surgical fires, Sentinel Event Alert, nr. 29, 24. juni 2003

Konkrete erfaringer

- **Følsomhed:**

Debriefing af frontlinjepersonale skal ske uafhængigt af kerneårsagsanalysen

Teamlederen skal være en stærk mødeleder

Risikomanageren skal understøtte systematik og saglighed

- trods alt er følelser ikke "farlige"!

Udfordringen?

Hvordan får vi betydningen af menneskelige faktorer synliggjort i højere grad?

Hvordan monitorerer vi, at handlingsplaner har en effekt?

Hvordan sikrer vi læring på tværs?

Hvordan forfiner vi selve metodikken?

At skrælle lag på lag af en hændelse for at nå ind til den inderste kerne indebærer:

- Systematik
- Saglighed
- Styrke
- Samarbejde
- Skæve vinkler og et nyt syn på sikkerhed

og sidst men ikke mindst

Systemtænkning

