



Patientsikkerhed i primærsektoren

- 1. møde
- Kerneårsagsanalyse
- illustreret med et eksempel

Kerneårsagsanalyse

- Ved en kerneårsagsanalyse analyseres en utilsigtet hændelse i bund
- Alle de dybereliggende årsager til hændelsen afdækkes og analyseres med det formål at sikre, at skaden ikke sker igen
- Fokus er rettet mod at finde og lukke de u hensigtsmæssige forhold i organisationen, som førte til skaden
- Det er ikke en analyse af, hvem der konkret havde ansvaret for fejlen



Kerneårsagsanalysens mål

Processen skal medvirke til at opbygge en sikkerhedskultur, der flytter fokus til en kultur, hvor årsager til fejl og utilsigtede hændelser søges i:

- arbejdstilrettelæggelsen,
- arbejdsmiljøet og
- organisatoriske sammenhænge



Hvem består analyseteamet af?

Hvem

- Tværfaglig
- En metodekyndig
- Frontliniepersoner der direkte eller indirekte var involveret i den aktuelle hændelse
- Ledelsen skal være repræsenteret
- Teamet skal deltage i hele analysen



Hvordan arbejder analyseteamet?

Hvordan

- Mødested
- Personsøgere/mobiltelefoner
- Påklædning
- Fortrolighed
- Referater
- Mødeaftaler



Kerneårsagsanalysens trin

1. Beskrivelse af det faktuelle forløb
2. Indsamling af yderligere data
3. Afdækning af kerneårsager
4. Udarbejdelse af handlingsplan og monitoreringsplan for forbedringer
5. Plan for formidling
6. Udarbejdelse af analyserapport





Eksempel på kerneårsagsanalyse "Celebra og Todolac"

Kerneårsag

- Den eller de mest grundlæggende årsager til en handling, der medfører fejl



Kerneårsagsanalyse

- En proces, der identificerer kerneårsagerne
- Udføres af en medicinsk havarikommission

Havarikommission i denne case kunne være en repræsentant fra:

- ✓ Apoteket
- ✓ Lægepraksis
- ✓ Plejehjemmet
- ✓ Patientsikkerhedsansvarlig/Risikomanager

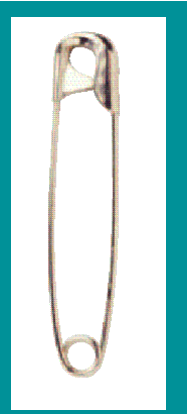


Forskrift for kerneårsagsanalysen

- Faktuelle forløb
- Analyse
 - Finde kerneårsager og kontrollere dem
 - Udarbejde handlingsplaner
- Implementeringsplan
- Formidlingsplan



Faktuelle forløb af Celebra og Todolac casen (1)



Det vi kan se:

- Apoteket ser, at kunde får Celebra dosisdispensering
- Apoteket kontakter læge pga. nye tilskudsregler for Celebra
- Lægen sender ny recept på Todolac
- Apoteket registrer det nye tillæg til dosiskortet
- Apoteket ekspederer den nye recept
- Apoteket faxer det ændrede medicinskema til plejehjemmet
- Patienten får både Celebra og Todolac
- Lægen besøger patienten, og finder patienten påvirket af dobbeltdoseringen
- Lægen kontakter apoteket angående fejlen
- Apoteket tjekker, om lægen har seponeret Celebra, og dette er ikke sket
- Intet yderligere foretages

Faktuelle forløb af Celebra og Todolac casen (2)

Det vi ikke ved noget om:

- Mangler apoteket procedurer, når de kontakter lægen?
- Mangler lægepraksis procedurer ved ændringer af recept?
- Mangler apoteket og lægen procedurer for dosisdispensering?
- Manglende der eller var der forkert kontrol af dosiskort på apoteket?
- Mangler plejehjemmet procedurer for modtagelse af ændret medicinskema?
- Hvordan er kommunikationen mellem de respektive parter?



Forskrift for kerneårsagsanalysen

- Faktuelle forløb
- **Analyse**
 - Finde kerneårsager og kontrollere dem
 - Udarbejde handlingsplaner
- Implementeringsplan
- Formidlingsplan



Finde kerneårsager

Andet møde i team

- Problemer i det faktuelle forløb identificeres
 - spørge "var det et problem" og "hvorfor" og "hvordan" mange gange.
- Når man ikke kan komme længere ned identificeres kerneårsager ved hjælp af
 - 6 overordnede spørgsmål og en række supplerende spørgsmål (se håndbog).



Kernespørgsmål til kerneårsagsanalysen

- Hvad skete der?
- Hvorfor skete det?
- Hvordan kan man undgå, at det sker igen?



Finde kerneårsager

6 overordnede spørgsmål:

- Indgik kommunikations problemer
- Indgik oplæring/træning
- Indgik arbejdsmiljø
- Indgik udstyr
- Indgik barrierer
- Indgik procedurer



Kontrollere kerneårsager

A: Kontrol af kerneårsag

Kan man komme tilbage?

Fx: Ville tilstedeværelsen af en procedure have medført at hændelsen var undgået?

B: Kontrol af kerneårsag

Minimere variation mellem analyser

5 regler → Brug håndbog



De fem regler for identifikation af kerneårsager



Regel nummer 1:

Beskrivelse af kerneårsager skal klart vise forholdet mellem årsag og virkning

Forkert: Der var for travlt

Rigtigt: Farmaceutens bedømmelsesevne var nedsat pga. travlhed. Det øgede sandsynligheden for, at hun overså instruktionerne, og det førte til ukorrekt ordination

De fem regler for identifikation af kerneårsager



Regel nummer 2:

Negative beskrivelser bør ikke bruges i kerneårsagsanalyser

Forkert: Inkompetent farmaceut

Rigtigt: Farmaceuten var ikke tilstrækkeligt informeret om symptomerne på en bestemt tilstand, hvilket øgede sandsynligheden for, at hun bagatelliserede kundens udsagn.

De fem regler for identifikation af kerneårsager

Regel nummer 3:

Hver menneskelig fejl skal have en underliggende årsag

Forkert: Farmaceuten lavede en fejl, idet hun fra hylden tog et forkert præparat, som blev udleveret til patienten

Rigtigt: Der var flere ens udseende pakninger på samme hylde, hvilket øgede sandsynligheden for at forveksle præparaterne.



De fem regler for identifikation af kerneårsager

Regel nummer 4:

Overtrædelser af procedurer/retningslinier er ikke kerneårsager, de skal have en underliggende årsag.

Forkert: Farmaceuten stregkodekontrollerede den samme pakning to gange.

Rigtigt: Farmaceuten blev afbrudt i receptkontrollen og bedt om at tale med en læge i telefonen. Stregkodekontrol blev derfor ikke gennemført korrekt.



De fem regler for identifikation af kerneårsager



Regel nummer 5:

Manglende handling kan kun begrundes, hvor der er en allerede velbeskrevet og velkendt pligt til at handle.

Eksempel:

En læges manglende ordination af fx bloddyrkning hos en højfebril patient kan kun begrundes, hvis der foreligger velkendte retningslinier om ordination af bloddyrkning hos højfebrile patienter.

Udarbejde handlingsplaner

- Teamet udarbejder en handlingsplan med henblik på at
 - Acceptere
 - Begrænse eller
 - Eliminerekerneårsagerne.



Udarbejde handlingsplaner

- Kulturændringer
- Tekniske løsninger
- Forenkle processen
- Mere undervisning
- Sanktioner

Sværhedsgrad

Vanskeligt



Let

Langtidseffekt

Høj



Lav



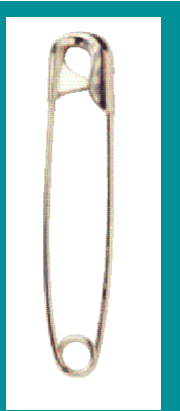
Udarbejde handlingsplaner



- Reducere afhængighed af individuel hukommelse
- Forenkles til færrest mulige trin
- Standardisere processer og udstyr
- Etablere barrierer, blokeringer, alarmer
- Eliminere forvekslingsmuligheder



- Indskærpe mere opmærksomhed
- Etablere mere undervisning





... tilbake til casen

Finde kerneårsager i case (1)



Hvorfor fik patienten dobbelt dosis?

Apoteket kontrollerede ikke dosiskort ved tillæg

Plejehjemmet kontrollerede ikke ændret medicinskema

Manglende kommunikation mellem de involverede parter

Lægen troede, at han havde givet besked om seponering af Celebra

Spørge hvorfor og hvordan (1)



Hvorfor kontrollerede apoteket ikke dosiskort for dobbeltdosering

Forventede at de kunne stole på tillægget til dosiskortet fra lægen

Apoteket fulgte ikke op på deres henvendelse til lægen

Forventede at plejehjemmet kontrollerede et ændret medicinskema

Forventer at plejehjem og læge kommunikerer

Kerneårsager og handleplaner (1)

- forventning til korrekthed af tillæg

Hændelsen er præget af forventninger til andres ansvar, som ikke er præciseret i egentlige procedurer, hvilket øgede sandsynligheden for fejl

Kontrol af kerneårsag: Sprog og reversibilitet

Handleplaner:

- ✓ Fremme kommunikationen mellem apoteket og den praktiserede læge i samarbejdet om dosisdispensering
- ✓ Indføre procedurer hvor aktørers ansvar er placeret



Finde kerneårsager i case (1)



Hvorfor fik patienten dobbelt dosis?

Apoteket kontrollerede ikke dosiskort ved tillæg

Plejehjemmet kontrollerede ikke ændret medicinskema

Manglende kommunikation mellem de involverede parter

Lægen troede, at han havde givet besked om seponering af Celebra

Spørge hvorfor og hvordan (2)

Hvorfor troede lægen, at han havde givet besked om seponering af Celebra?

Lægen var blevet forstyrret

Manglende kommunikation mellem læge og sekretær

Problemer med overførsel via Edi-fact. Ikke alle informationer kommer med



Kerneårsager og handleplaner (2)

- manglende besked om seponering

Lægens arbejde var præget af travlhed, hvilket øgede sandsynligheden for fejl

Kontrol af kerneårsag: Sprog og reversibilitet

Handleplaner:

- ✓ Indføre procedurer i lægepraksis således, at der sker en kontrol ved ændringer af recepter
- ✓ Indføre automatisk beslutningsstøtte i systemerne
- ✓ Indføre aftale med apotek og plejehjem om procedurer ved dosisdispensering





Samme procedure for:

- Plejehjem kontrollerede ikke ændret medicinskema
- Manglende kommunikation mellem de involverede parter

Forskrift for kerneårsagsanalysen

- Faktuelle forløb
- Analyse
- Handlingsplan
- Implementeringsplan
- Formidlingsplan



Implementering

- Der skal udarbejde procedurer, fastsættes ansvar og indføres kontroltrin i dosisdispenseringsprocessen for apotek, lægepraksis og plejehjem
- EDB software leverandører skal kontaktes omkring indførelse af automatisk beslutningsstøtte i systemerne



Formidling

- Ansatte på apotek, lægepraksis, plejehjem informeres
- Rapportering til myndigheder?
- International rapportering?

