

# Analysemetoder

## ved utilsigtede hændelser i kommunerne

Overlæge Malene Vestergaard, Dansk Selskab for Patientsikkerhed

# Hvilke typer af hændelser?

- Hændelser i egen organisation
- Tværsektorielle hændelser
  
- Hændelser med ingen eller mindre skade
- Hændelser med alvorlig skade eller død

# Analysemetoder

## Reaktive analysemetoder

Dybdegående analyser:

- Kerneårsagsanalyser
- MTO-modellen
- London protokollen

Enkle analyser:

- Hændelsesanalyser (SEA)

## Proaktive analysemetoder

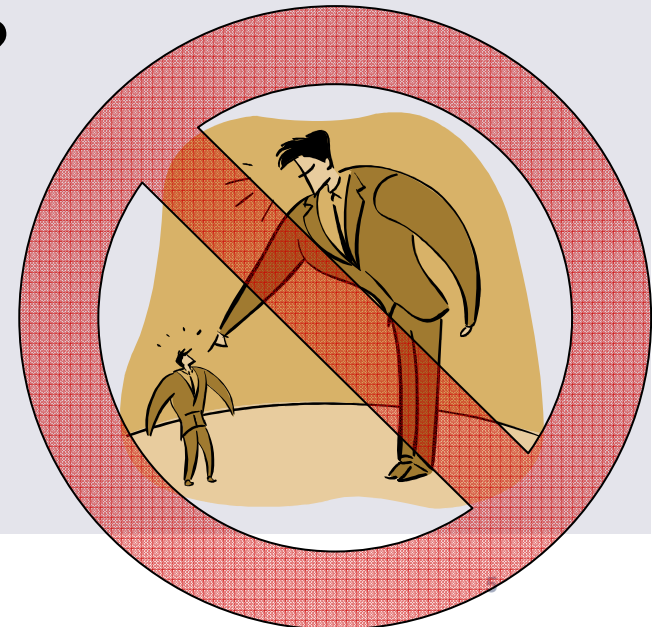
- FMEA-metoden
- Patientsikkerhedsrunder

# Hændelsesanalyse

- Definition:  
”En proces, hvor enkelthændelser analyseres systematisk og detaljeret, for at fastslå, hvad der kan udledes af læring og hvad der kan peges på af ændringer, der kan føre til forbedringer”

# En systematisk metode til afdækning af:

- **Hvad** der skete
- **Hvorfor** kunne det ske?
- **Hvordan** undgå at det sker igen
- ... men **aldrig** hvem gjorde det?



# Hændelsesanalyse – hvornår?

- Hændelser uden patientskade eller med lav eller moderat grad af skade
- Mindre komplekse hændelser
- Visitation til dyberegående analyse
- Baseret på faste teams, der mødes regelmæssigt
- Teamet kan udvides med ad hoc deltagere fx fra anden sektor – dvs. også tværsektorielle analyser



# Hændelsesanalyse – hvorfra?

- Udviklet af NHS (det britiske sundhedsvæsen)
  - England: "Significant Event Audit" (SEA)
  - Skotland: "Significant Event Analysis" (SEA)

Anvendt i NHS gennem de seneste 10 år med gode erfaringer, mest i almen praksis men også i andre dele af primærsektoren.

## Vejledning til analysen: Syv trin

- Trin 1 – Identificér og rapporter. Prioritér
- Trin 2 – Indsamling af information
- Trin 3 – Afholdelse af teammøde
- Trin 4 – Selve hændelsesanalysen
- Trin 5 – Opnå enighed og implementér ændringer
- Trin 6 – Skriv det ned
- Trin 7 – Del hændelser med andre

## Selve hændelsesanalysen – trin 4

1. Hvad skete der? herunder vanlig procedure?
2. Hvorfor skete det?
3. Hvad har vi lært?
4. Hvad ændrer vi og hvordan følger vi op?

## Faktuelt forløb (ikke sygehistorien)

- En **præcis kronologisk** afbildning af **serie** af begivenheder, der gik **forud** for den utilsigtede hændelse
  - Beskrives som tekst og/eller forløbsdiagram

Der er på forhånd udarbejdet et udkast til faktuel forløb baseret på:

- Rapporteringen af hændelsen
- Journalmateriale
- Evt. interview af personale

## Find problemområderne

- Kommunikation
- Oplæring
- Arbejdsmiljø
- Udstyr
- Procedurer
- Barrierer/kontrolforanstaltninger



## **Eksempel - Teknisk telefonsvigt**

I forbindelse med tilkald af ambulance til akut dårlig beboer svigter både det håndholdte og det stationære telefonsystem

# Hvad skete der?

- En erfaren ansvarshavende SSA tilkaldes i dagvagten af personalet i et afsnit akut via sin trådløse telefon til en beboer med vejrtrækningsbesvær. Hun vurderer ambulancetilkald påkrævet og ringer 112 fra den håndholdte telefon på kontoret, men kan ikke få forbindelse. Heller ikke fra den stationære telefon, der er udgangspunkt for den trådløse telefon, kan hun komme i kontakt med 112. Da hun er bekendt med lejlighedsvis udfald af telefonsystemet vælger hun at ringe 112 fra sig private mobiltelefon. Ambulance henter beboeren til indlæggelse.
- Der var i situationen god dækning med erfarent personale i afsnittet.
- Konsekvens: Ambulancetilkald forsinket nogle minutter.
- Potentiel alvorlig hændelse, hvis uerfarent personale er i vagt

## Hvorfor skete det?

Hovedårsag: Teknisk svigt af håndholdt telefon, fordi der er døde områder forskellige steder i plejecentret. Dette er konstateret tidligere, og har via henvendelse til telefonserviceselskabet medført installation af signalforstærker i et område af centeret.

Årsagen til det tekniske svigt er ikke fuldt opklaret, da den lejlighedsvis forekomst af udfald i "døde" områder ikke tidligere er konstateret fra den stationære telefon.

## Hvad har vi lært?

- Manglende forbindelse fra trådløs telefon til 112 forekommer, også uden for tidligere konstaterede "døde" områder i centeret, og også fra den stationære telefon.
- Problemet er ikke løst, og der er ikke kommet en tilfredsstillende forklaring fra telefonserviceselskabet
- Ikke alt nyansat personale er informeret om at disse udfald forekommer, og hvordan de skal håndteres
- Telefonsystemet bruges i hele kommunen - der er ikke informationer om, at der har været tilsvarende udfald andre steder.

# Hvad ændrer vi og hvordan følger vi op?

- Ny henvendelse til telefonserviceselskabet mhp. orientering og løsningsforslag
- Test af opkald til 112 fra centrets telefoner i samarbejde med politiet
- Kortlægning af de døde områder i huset.
- Information af personalet om hændelsen og håndtering
- Lederen undersøger, om problemet er forekommet og afhjulpet andre steder i kommunen.
- Ændringer i aktuelle instruks for håndtering af borgere med akut opstået sygdom/tilkald af ambulance via 112.
- Handlingsplanen revurderes og evalueres ved nyt møde om 1 måned.

# Handlingsplaner

- Der udarbejdes handlingsplaner for hver årsag
- Handlingsplanen skal reducere risikoen for at hændelsen sker igen.
- Det skal præciseres hvem der gør hvad til hvornår
- Der skal tages stilling til hvordan og hvornår handlingsplanen skal monitoreres.
  
- Der skal tages stilling til, hvordan den læring der er opnået via analysen kan formidles.

# Handlingsplanernes styrke

## Stærke:

- Eliminering af den menneskelige faktor
  - Etablering af fysiske barrierer
  - Fjernelse af arbejdsstrin
- Massiv ledelsesmæssig fokus
- Gennemgribende kulturændring
- Standardisering af udstyr

## Moderat stærke:

- Kognitiv støtte
  - Tjeklister
  - Design af udstyr/medicin
- Styrke dokumentations- og kommunikationsprocesser
  - Ex Sikker Mundtlig Kommunikation, EPJ
- Reduktion af arbejdsbelastning og reduktion af distraktioner

## Mindre stærke:

- Advarsler og skrivelser
- Undervisning
- Nye retningslinjer
- Tættere observation og dobbelttjek