

## 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

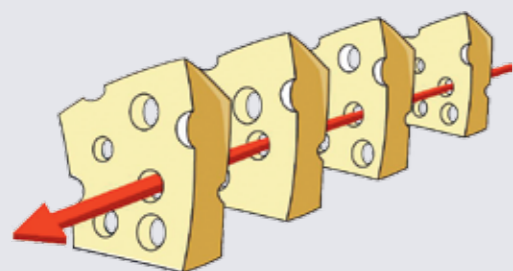
– tjekliste til processen

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 DPSD2

## 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

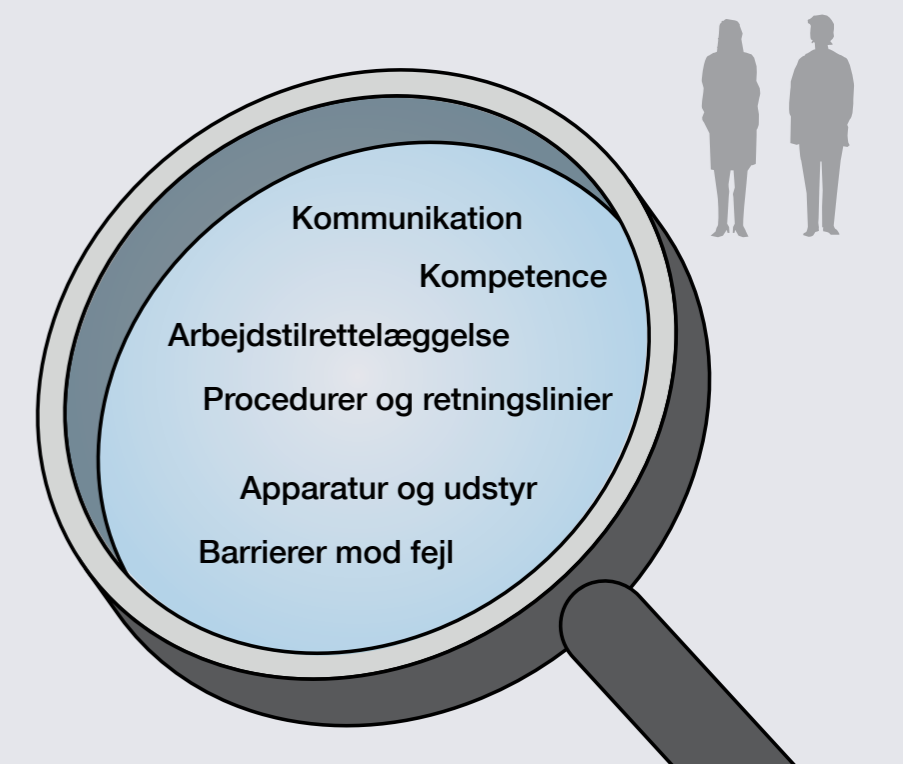
### EN GOD HANDLINGSPLAN

- 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