		Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling/Ledelse - organisasjon - administrasjon		Retningslinje
Årsaksanalyse ved uønskede hendelser i KPH				Side 1 av 4
Dokument ID: II.KPH.5.5-3	Tilknyttet:	Godkjent dato: 18.11.2024		Revisjon 6.00

Årsaksanalyse

Årsaksanalyse etter utilsiktet hendelse skal avdekke:

- hva som skjedde - ved å oppnå forståelse og ikke fordele skyld
- hvorfor det skjedde – ved å analysere sammenheng mellom årsak og virkning
- forebygge gjentakelse – ved hjelp av systemforbedring

Ved suicid skal årsaksanalysen foreligge innen 6. uker fra hendelsestidspunktet

1. Personfeil eller systemfeil?

For å kunne arbeide med konstruktive forbedringstiltak, er det nødvendig å løfte blikket fra evt. personlig skyld for utilsiktede hendelser, og flytte fokus over på hvordan forbedring kan skje ved å tilrettelegge teknologi og organisering slik at den enkelte ansatte kan yte tryggest mulige helsetjenester.

Utgangsspørsmålet for å avgjøre om en hendelse først og fremst er en personfeil eller en systemfeil, kan være:

“Kunne dette skjedd med en annen kollega av den / de involverte, dersom de hadde kommet i den samme situasjonen?”

Hvis svaret på dette er ja, bør årsaksanalyse med systemfokus gjennomføres med følgende hovedelementer .

Utarbeidet av: Anna Maria Andresdottir	Fagansvarlig: Kvalitetsrådet	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	
---	---------------------------------	---	--



Dokument-id:
II.KPH.5.5-3

Utarbeidet av:
Anna Maria Andresdottir

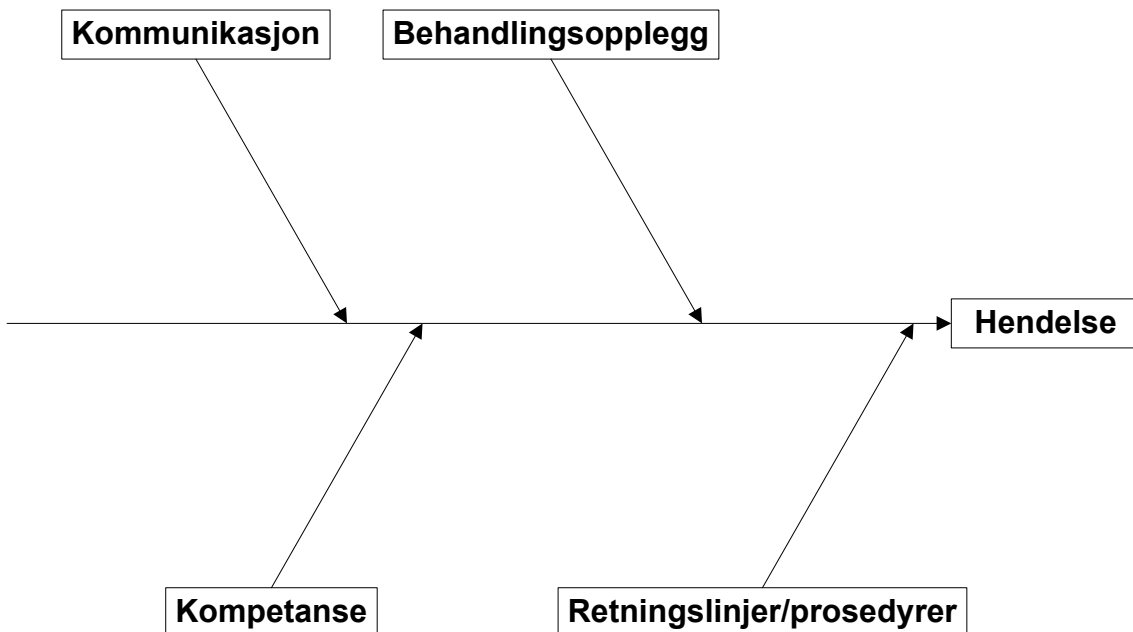
Fagansvarlig:
Kvalitetsrådet

Godkjent dato:
18.11.2024

Godkjent av:
Ingeborg Sele
Danielsen

Revisjon:
6.00

Utskrevet: 18.11.2024



2. Finn bakenforliggende årsaker

Prosedyrer / retningslinjer – i relasjon til oppgaven

- Fantes oppdaterte, skriftlige prosedyrer for oppgaven(e) som var knyttet til den uønskede hendelsen?
- Var de relevante prosedyrer tydelige, forståelige og lett tilgjengelige for personalet?
- Ble de relevante prosedyrer fulgt til daglig?
- Hvis ikke de relevante prosedyrer ble brukt: hva var årsaken til det?

Barrierer / kontrollmekanismer

- Var kontrollmekanismer og / eller styringssystemer involvert i hendelsen (f.eks. sjekklister eller liknende hjelpemidler for den enkeltes hukommelse, eller var det ingen barrierer mot enkle forglemmelser)?
- Var kontrollmekanismer designet med tanke på pasientsikkerhet?
- Var kontrollmekanismer satt i funksjon før den uønskede hendelsen fant sted?
- Var det i designet av kontrollmekanismer innlagt toleranseverdier / feilmarginer (f.eks. alarm ved grenseverdi)?
- Ble de relevante kontrollmekanismer vedlikeholdt / kontrollert rutinemessig? Hvis ikke, se spm. om Prosedyrer / retningslinjer.
- Kunne velfungerende kontrollmekanismer ha medvirket til å forhindre den uønskede hendelsen?
- Ble framgangsmåte / prosedyre / utstyr testet ut før de ble tatt i normal bruk?
- Inneholdt loggbøker mv. for kontrollmekanismene informasjon om design, installasjon, vedlikehold og endringer av framgangsmåter? Hvis ikke, se spm. om Prosedyrer / retningslinjer.
- Hadde ledelsen en metode (f.eks. risikovurdering) til å forutse resultatene av endringene i en framgangsmåte før de ble tatt i normal bruk? Hvis ikke, se spm. om Prosedyrer / retningslinjer.



Dokument-id: II.KPH.5.5-3	Utarbeidet av: Anna Maria Andresdottir	Fagansvarlig: Kvalitetsrådet	Godkjent dato: 18.11.2024	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 6.00
------------------------------	---	---------------------------------	------------------------------	--	-------------------

Utskrevet: 18.11.2024

Kommunikasjon – relatert til pasienten

- Ble pasienten korrekt identifisert?
- Ble relevant informasjon om pasientens tilstand overlevert til riktig tid?
- Ble relevant informasjon om pasienten brukt på det riktige tidspunkt?
- Ga tilgjengelig dokumentasjon (journal, prøvesvar etc.) et klart bilde av undersøkelsesresultater, behandlingsplaner og pasientens reaksjon på behandlingen?
- Hadde alle ordinerte undersøkelser blitt utført?
- Var det enighet om tolkning av prøvesvar?
- Var nødvendig informasjon, for eksempel journal, prøvesvar etc. tilgjengelig til riktig tid?
- Ble pasient / pårørende aktivt involvert i den kliniske vurdering og behandlingsplanen?
- Var det kontinuitetsproblemer i pasientbehandlingen i forbindelse med overflytting?
- Var kommunikasjonen mellom personale og pasient hensiktsmessig (presis og entydig)?
- Var kommunikasjonen mellom personale og pårørende hensiktsmessig (presis og entydig)?

Kommunikasjon – ledelse

- Hadde ledelsen etablert passende metoder til formidling av informasjon på en måte som var lett tilgjengelig, lett å bruke og som var oppdatert?
- Foregikk kommunikasjon vedrørende mulige risikofaktorer uten vanskeligheter / hindringer?
- Ble det brukt kontrollmekanismer som støtter personalets kommunikasjon, f.eks. nedskrivning og tilbakelesing ved telefonordinasjon eller bekreftelse av beskjeder?
- Var kommunikasjonen mellom ledelse og medarbeidere hensiktsmessig (presis og entydig)?

Kommunikasjon – mellom kolleger

- Var kommunikasjonen mellom medarbeidere hensiktsmessig (presis og entydig)?
 - Mellom uerfarne og erfarne medarbeidere
 - Mellom medarbeidere på samme nivå
 - Mellom faggrupper
- Var det uttalte eller ikke-uttalte uenigheter eller bekymringer?
- Var kommunikasjon ved vaktskifte hensiktsmessig (presis og entydig)?
- Ble det kommunisert på en fullgod måte på tvers av organisatoriske enheter?
- Er den generelle innstilling og praksis i enheten slik at personalet oppfordres til å komme med observasjoner, forslag eller advarsler om risikofylte situasjoner?

Kommunikasjon – annet

- Ble prosedyrer og retningslinjer kommunisert tilfredsstillende?
- Hvis nei, se spørsmålene om Prosedyrer / retningslinjer.
- Ble korrekt faglig informasjon formidlet på en hensiktsmessig måte på det riktige tidspunkt til de rette medarbeiderne? Hvis nei, beskriv hvordan formidlingen ikke var tilfredsstillende.

Opplæring

- Var det et system til å avdekke personalets behov for opplæring og trening (f.eks. sjekklister, opplæringsprogrammer eller kompetanseplaner)?



Årsaksanalyse ved uønskede hendelser i KPH

Side: 4
Av: 4

Dokument-id: II.KPH.5.5-3	Utarbeidet av: Anna Maria Andresdottir	Fagansvarlig: Kvalitetsrådet	Godkjent dato: 18.11.2024	Godkjent av: Ingeborg Sele Danielsen	Revisjon: 6.00
------------------------------	---	---------------------------------	------------------------------	--	-------------------

Utskrevet: 18.11.2024

- Var det sørget for opplæring før start av nye arbeidsprosesser?
- Ble resultatene av opplæring kontrollert?
- Var opplæringsprogrammet for personalet designet på en måte som hjelper personalet til å utføre deres arbeid uten å medføre uønskede hendelser?
- Var opplæringen av personalet god nok til de oppgavene som skulle utføres da den uønskede hendelsen fant sted (herunder repetisjon av viktige men sjeldne situasjoner som f.eks. HLR)? Hvis ikke, vurder følgende faktorer:
 - ⊖ Instruksjon / veiledning
 - ⊖ Prosedyrer / retningslinjer
 - ⊖ Opplæring
- Hvis dette var et problem, se spm. om Prosedyrer / retningslinjer.
- Var prosedyrer og utstyr gjennomgått for å sikre overensstemmelse mellom personalet, oppgaven og utstyret? Hvis prosedyrene ikke ble fulgt etter intensjonen, se spm. om Prosedyrer / retningslinjer.
- Var personalet opplært i bruken av kontrollmekanismer / barrierer mot uønskede hendelser, f.eks. dobbeltkontroll? Hvis dette var et problem, se spm. om Barrierer og kontrollmekanismer.

Kryssreferanser

Eksterne referanser