

Hvorfor og hvordan melde avvik?
Hvorfor og hvordan klassifisere avvik?
Kan vi ha en felles klassifikasjon lokalt og
nasjonalt?

Meldepliktig hendelse?

- Du skal til å skylle gjennom en venekanyle med NaCl. Du trekker opp fra et hetteglass i en sprøyte og setter sprøyta i venekanylen. Idet du skal til å skylle igjennom, sjekker du en ekstra gang på hetteglasset om det er NaCl du har trukket opp. Nå oppdager du at glasset inneholder KCl og ikke NaCl! Pasienten ville antakelig ikke ha overlevd om du ikke hadde oppdaget feilen.
- MELDER DU DET SOM ET AVVIK?



Billede35



Hvorfor skal avvik registreres?

- Som leder vil jeg vite hva som skjer på min avdeling
- Det som skjer hos oss skjer også andre steder
- Andre kan lære av det som skjer hos oss og hva vi gjør for å hindre gjentakelse
- Ved nasjonalt registrering kan sjeldne ting oppdages raskere
- Som leder bestemmer **jeg** om det er trygt å melde

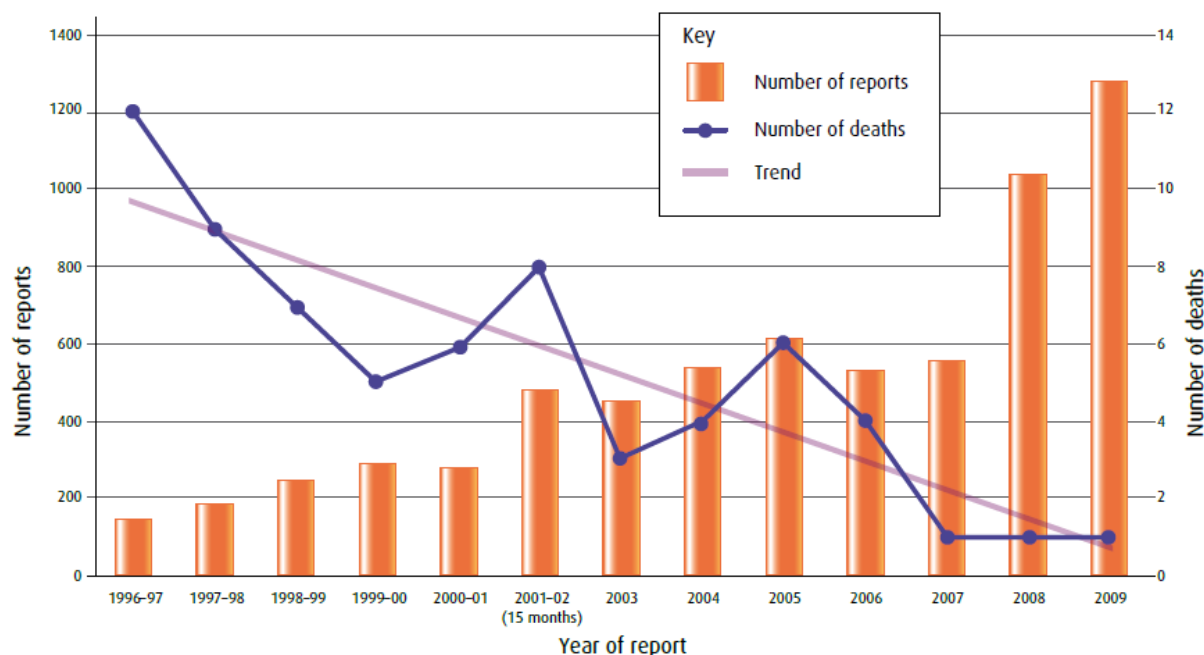
Every system is perfectly designed to get the results it gets.



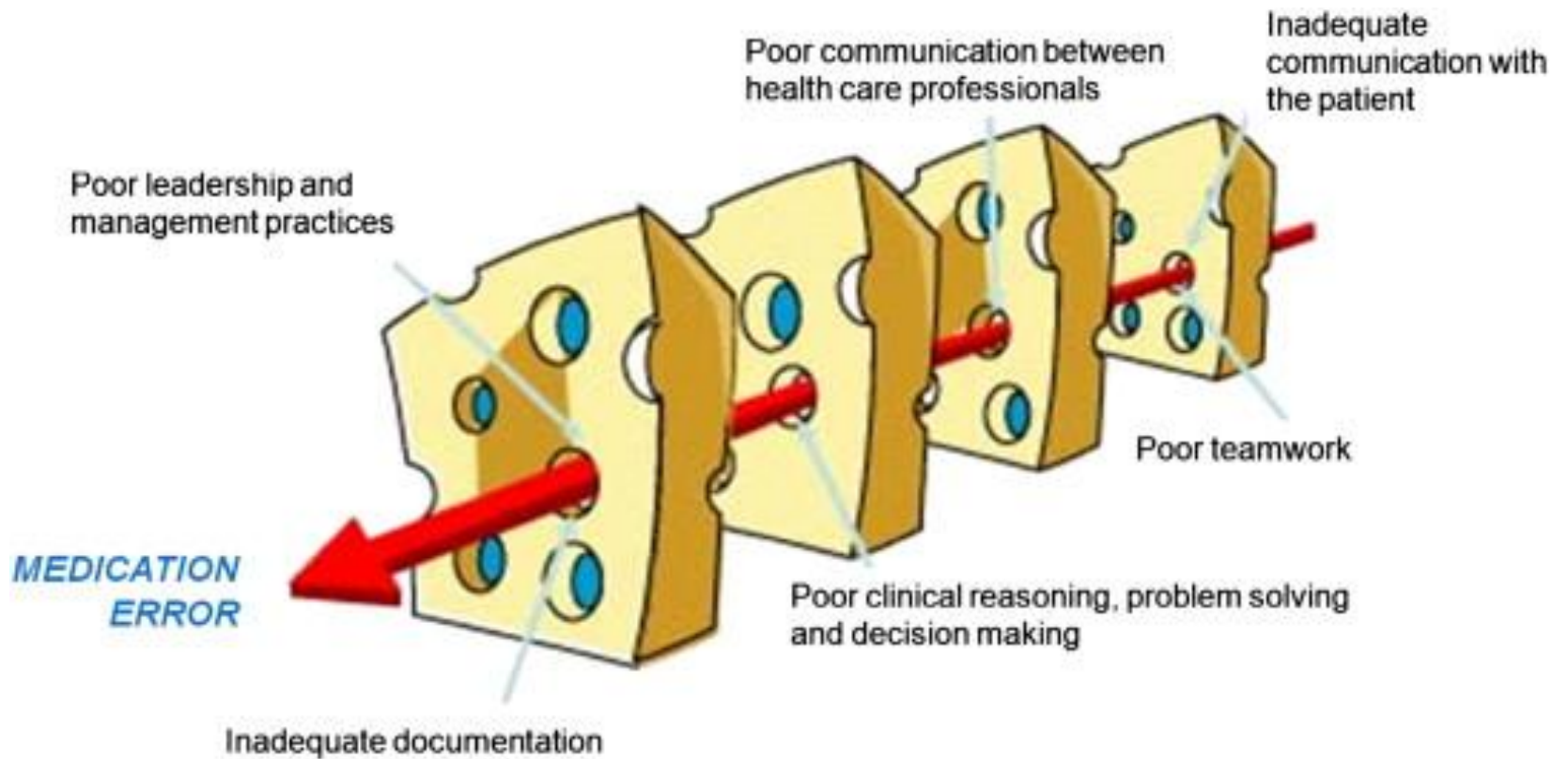
If we want different results we must change the system

Flere meldinger og færre dødsfall

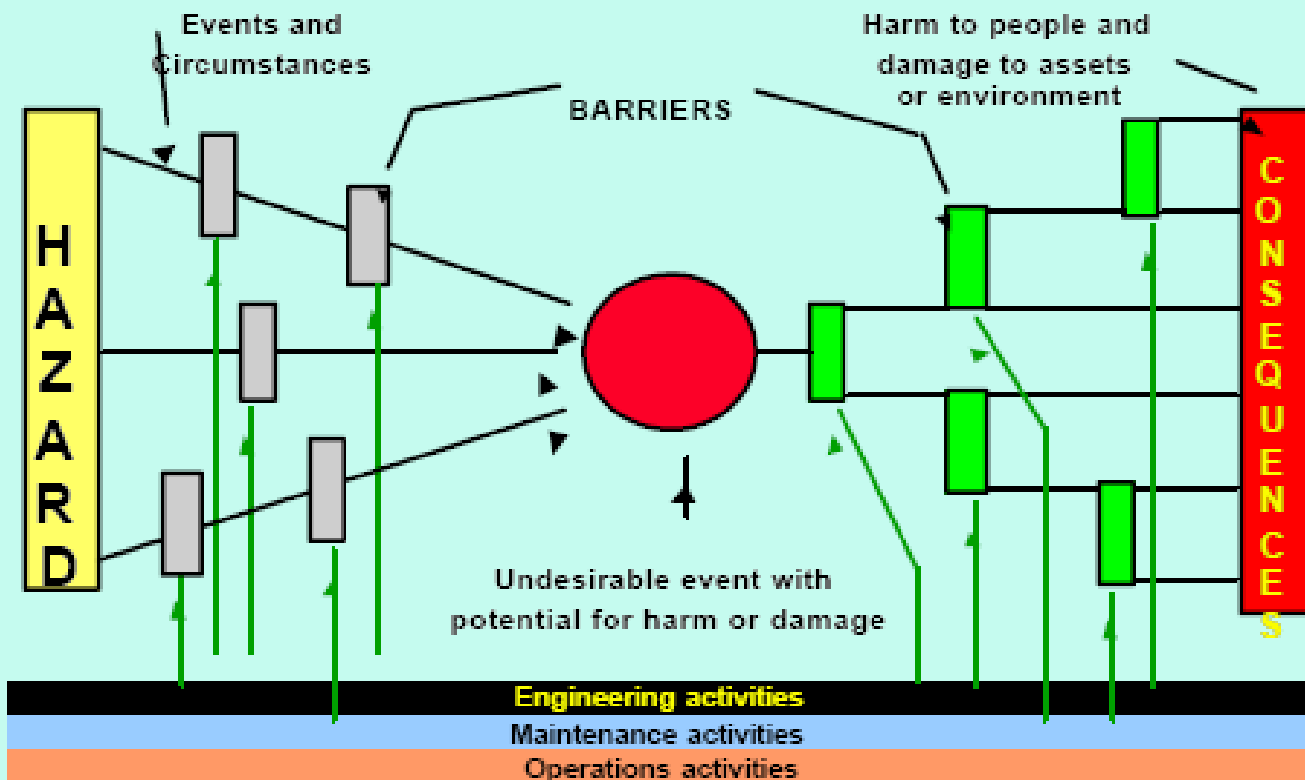
Trends in total reports and total deaths definitely attributable to transfusion between 1996 and 2009



This is the hallmark of an effective vigilance system, in that the participation in the scheme, and thus total reports, increases as users become engaged with the process while the number of serious incidents declines.

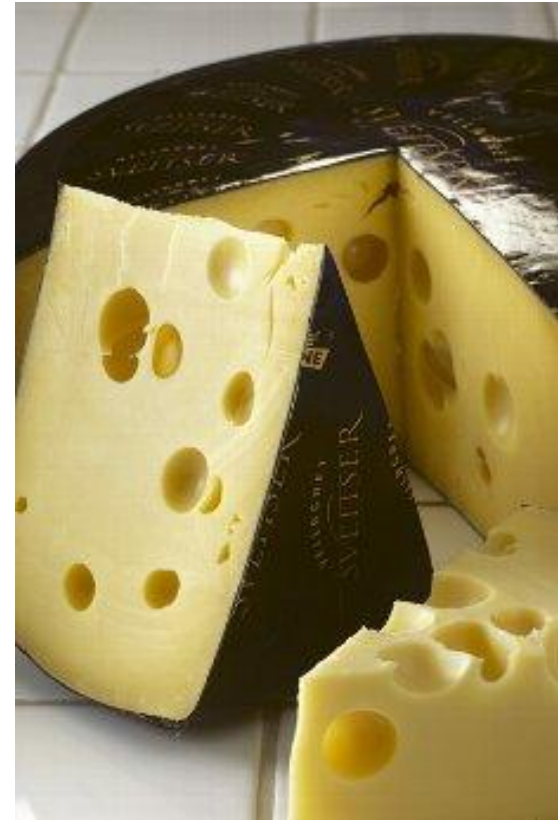


Bow-tie Concept



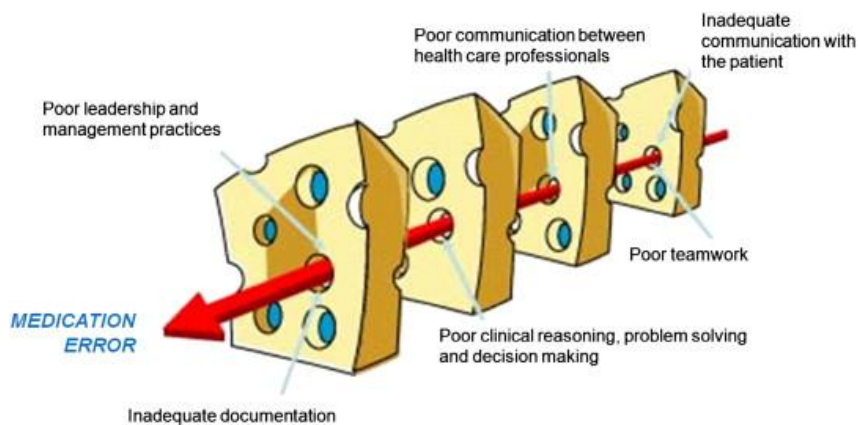
Analyse

- Hva skjedde?
- Hvorfor skjedde det?
- Hvordan kan vi forhindre noe liknende å skje igjen?



Et avvikssystem eller meldesystem er ikke et tellesystem, men ...

- Klassifisering er nyttig for å få oversikt over hva som skjer i en større sammenheng, f.eks. i et sykehus eller nasjonalt.
- Klassifisering hjelper til med å strukturere tankene og kan bedre analysen av en enkelt hendelse.
- Klassifisering gjør det mulig å telle fordi man kan skille epler og pærer.
- Telling er viktig for prioriteringsarbeidet – hvor får man mest effekt av tiltak?
- Telling er viktig i forbedringsarbeidet.
- Telling er viktig for å sammenlikne.



- Skal bare den viktigste hendelsestypen klassifiseres?
- Klassifiseringen kan brukes for å finne "like" saker og analysere disse samlet

Klassifisering av uønskede legemiddelhendelser må sees i sammenheng med annen klassifisering.

- Ble pasienten skadet og hvis ja, hvor alvorlig?
 - Ofte vanskelig å si om skaden skyldes uheldig hendelse eller f.eks. grunnsykdommen.
- Hvordan ble hendelsen oppdaget?
 - Av den som var involvert, av pasienten, av rutinemessige sikkerhetskontroller, annen strukturert overvåking.
- Hva bidro til den uønskede hendelsen?
 - Høyt arbeidspress, fysiske forhold slik som dårlig lys, forstyrrelser, dårlig dokumentasjon, manglende informasjon, dårlig opplæring.

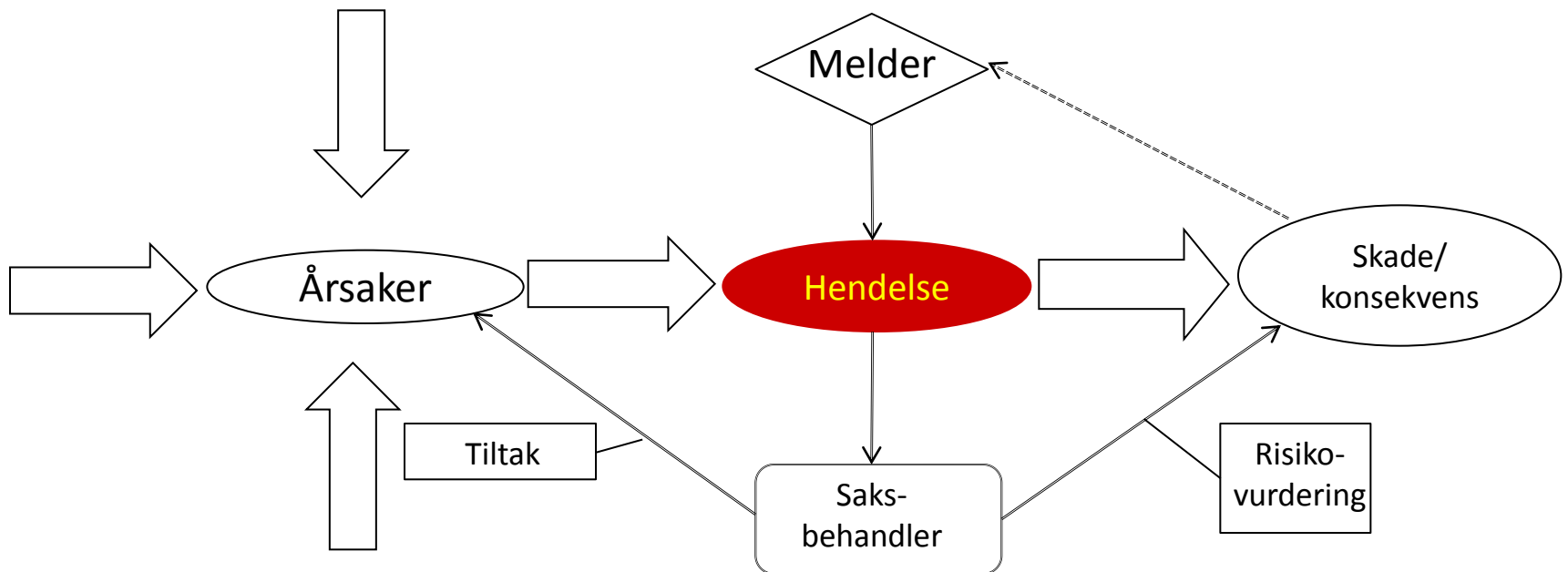
Problem og prosess

- Hvor i prosessen skjedde hendelsen?
- Hva var problemet?
- Sammen eller hver for seg?
- Nasjonalt kan man ikke bli like detaljert som man bør være lokalt.
 - Nasjonalt blir strukturen viktigere.
 - Struktur tar høyde for de hendelsene man ikke har tenkt på, og de sjeldne hendelsene
 - Lokalt kan man være detaljert.

Menneskelig feil?

- Stort sett er det alltid en menneskelig feil. Noen ganger er det vanskelig å finne noe annet, men vi må alltid se bak dette og spørre hvorfor minst 5 ganger.

Årsaker og virkning



Primærårsak til hendelsen og hvilken hovedprosess hendelsen knyttes til

	En defekt i blodproduktet	En feil ved utstyret	Menneskelig feil	Annet	Total
Fullblodtapping	0	5	16	40	61
Aferesetapping	0	0	2	0	2
Testing av giverblod	0	1	7	7	15
Behandling (komponentfremstilling)	0	0	1	0	1
Lagring og transport	0	1	4	0	5
Distribusjon	0	1	4	0	5
Materiell	0	1	0	0	1
Prøvetaking	0	1	21	1	23
Annet	0	0	5	3	8
Total	0	10	60	51	121

Tabell 4 Meldetype – detaljer		Antall	Prosent
Smitte påvist ved testing	Nyregistrering	0	0,0
	Tapping	3	2,5
Ved intervju fremkommer det informasjon som hadde påvirket avgjørelsen om forrige og ev. tidligere tappinger.	Sykdom	4	3,3
	Medisiner	2	1,7
	Reise	5	4,1
	Annen smitterisiko	14	11,6
Giveren fyller ikke kravene, men blir likevel tappet		15	12,4
Hb målt etter tapping var for lav (Hb ikke målt før tapping)		0	0,0
Giveren informerer kort tid etter tapping om noe som gjør at blodet ikke skal brukes	Sykdom	12	9,9
	Smitterisiko	1	0,8
	Annen informasjon	2	1,7
Teknisk svikt utstyr		4	3,3
Tappet for mye		3	2,5
Virusanalyser ikke utført		2	1,7
Blodtypesvar feil		3	2,5
Analysesvar feilregistrert eller ikke registrert		2	1,7
Ikke tatt hensyn til kjent antistoff		3	2,5
Analyser annet		6	5,0
Henting og transport		2	1,7
Prøver merket feil		24	19,8
Annen feilmerking		5	4,1
Feil med blodproduktet		1	0,8
Feil utstyr eller reagens brukt		0	0,0
Blod ut av karantene uten at krav til frigivning er oppfylt		5	4,1
Blod klargjort av sykepleier til feil pasient		0	0,0
Annet		3	2,5
Total		121	100

Kan vi ha et felles nasjonalt klassifiseringssystem

- Samme system?
- Samme system, men forskjellig detaljeringsnivå?
- Forskjellige systemer lokalt og nasjonalt?

Legemiddelhendelser

- Må vi ha legemiddelnavn og/eller ATC-nummer?
- Må vi i så fall også vite hvilke andre medisiner pasienten bruker?

Meldt hendelse. Hvordan klassifisere?

- Jeg skulle til å skylle gjennom en venekanyle med NaCl. Jeg trakk opp fra et hetteglass i en sprøyte og satte sprøyta i venekanylen. Idet jeg skal til å skylle igjennom, sjekker jeg en ekstra gang på hetteglasset om det er NaCl jeg har trukket opp. Jeg oppdager at glasset inneholder KCl og ikke NaCl! Pasienten ville antakelig ikke ha overlevd om jeg ikke hadde oppdaget feilen.

