

Lösungen statt Fehler managen

Das Best Practice Risikomanagement Audit

Dr. Axel Fengler, medilox GmbH

Ihr Systemhaus für Patientensicherheit

medilo  GmbH
healthcare solutions

medilox GmbH - Profil

- Risikomanagement
 - Software
 - Implementierung
 - Consulting/Trainings
- Best Practice
 - Content
 - Consulting/Trainings
 - Best Practice Risikomanagement Audit
- Lösungen und Produkte
 - Identifikation und Kennzeichnung
 - Mobile Datenerfassung
 - RFID

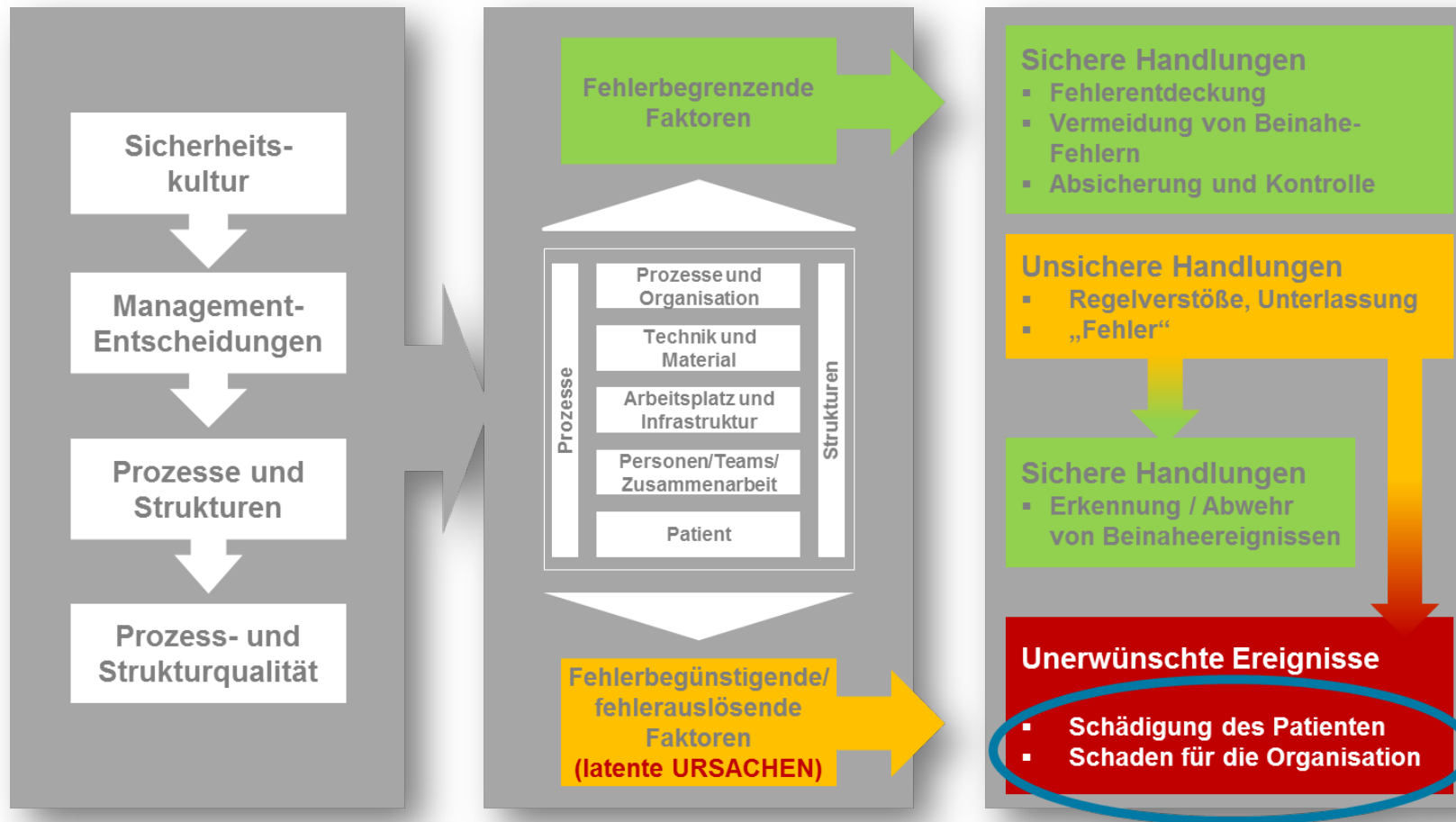
Patientensicherheit – „was uns antreibt“

Patientensicherheit

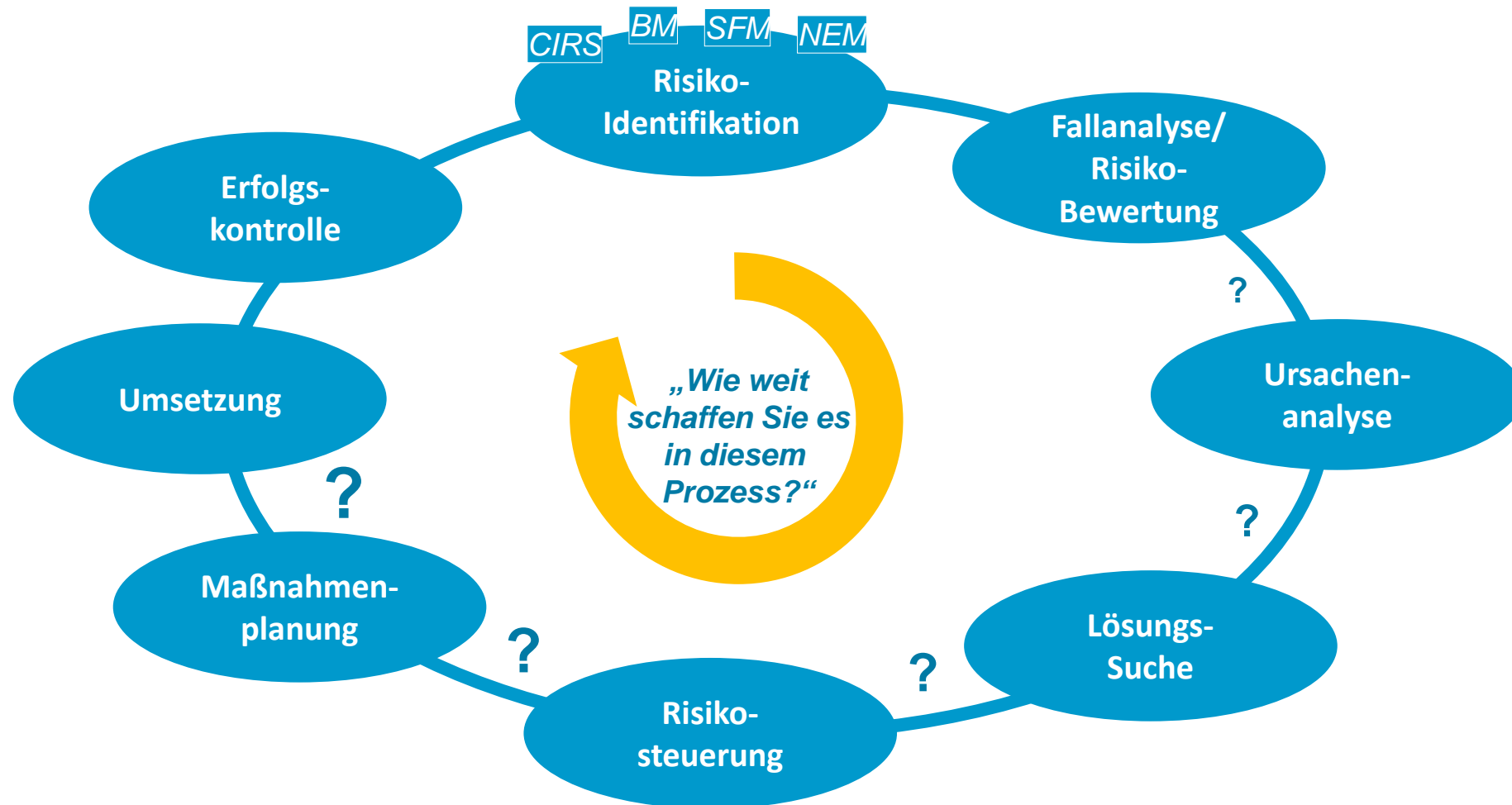
=

Schutz vor vermeidbaren, klinischen Risiken
mit Schaden- oder Schädigungspotential
für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter
und
vor hieraus resultierenden
kaufmännischen Risiken
für die Gesundheitseinrichtung

Risiken - Entstehungsmodell und Ursachen



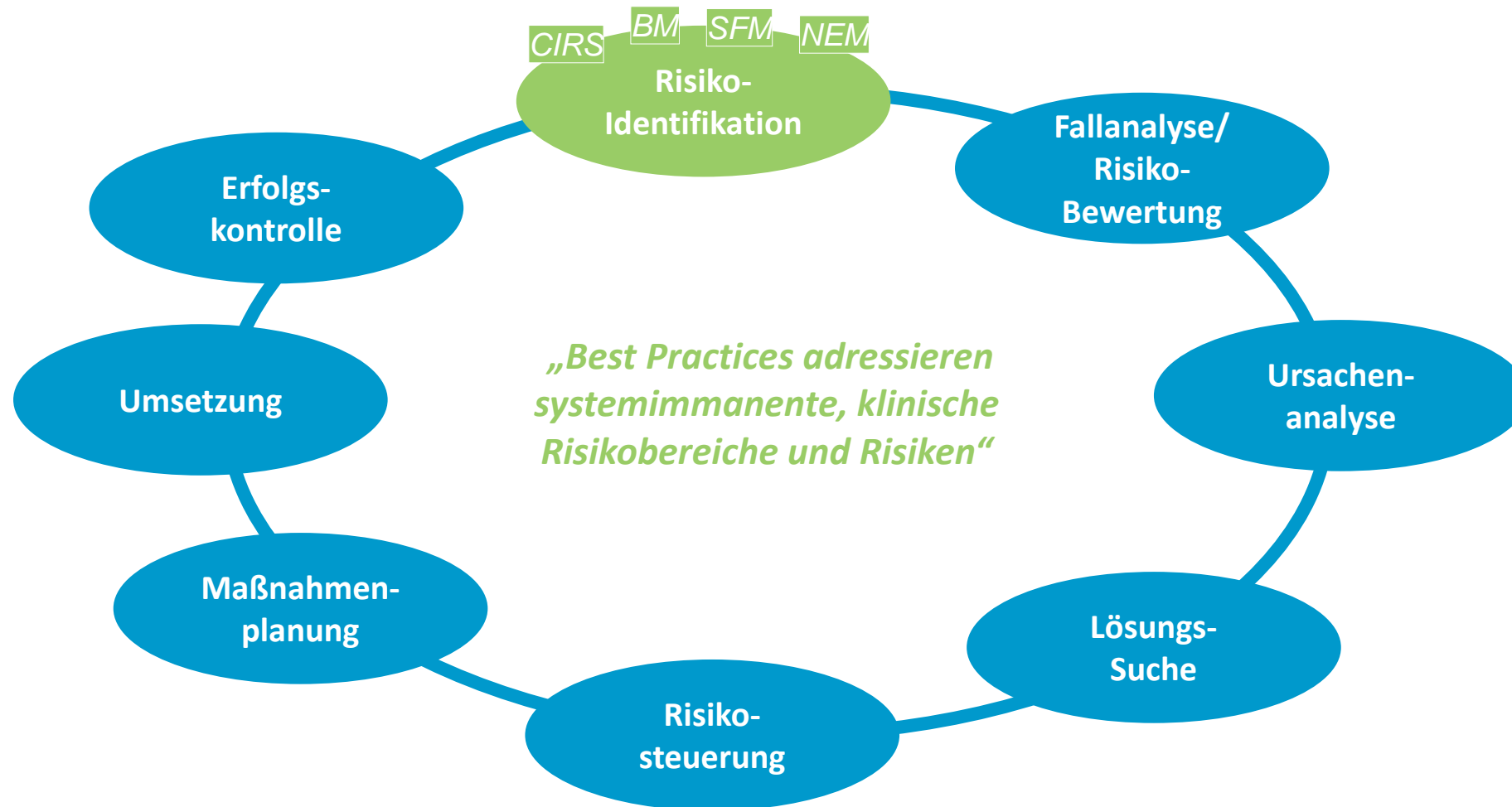
„Risikomanagement-Prozess – alles gut?“



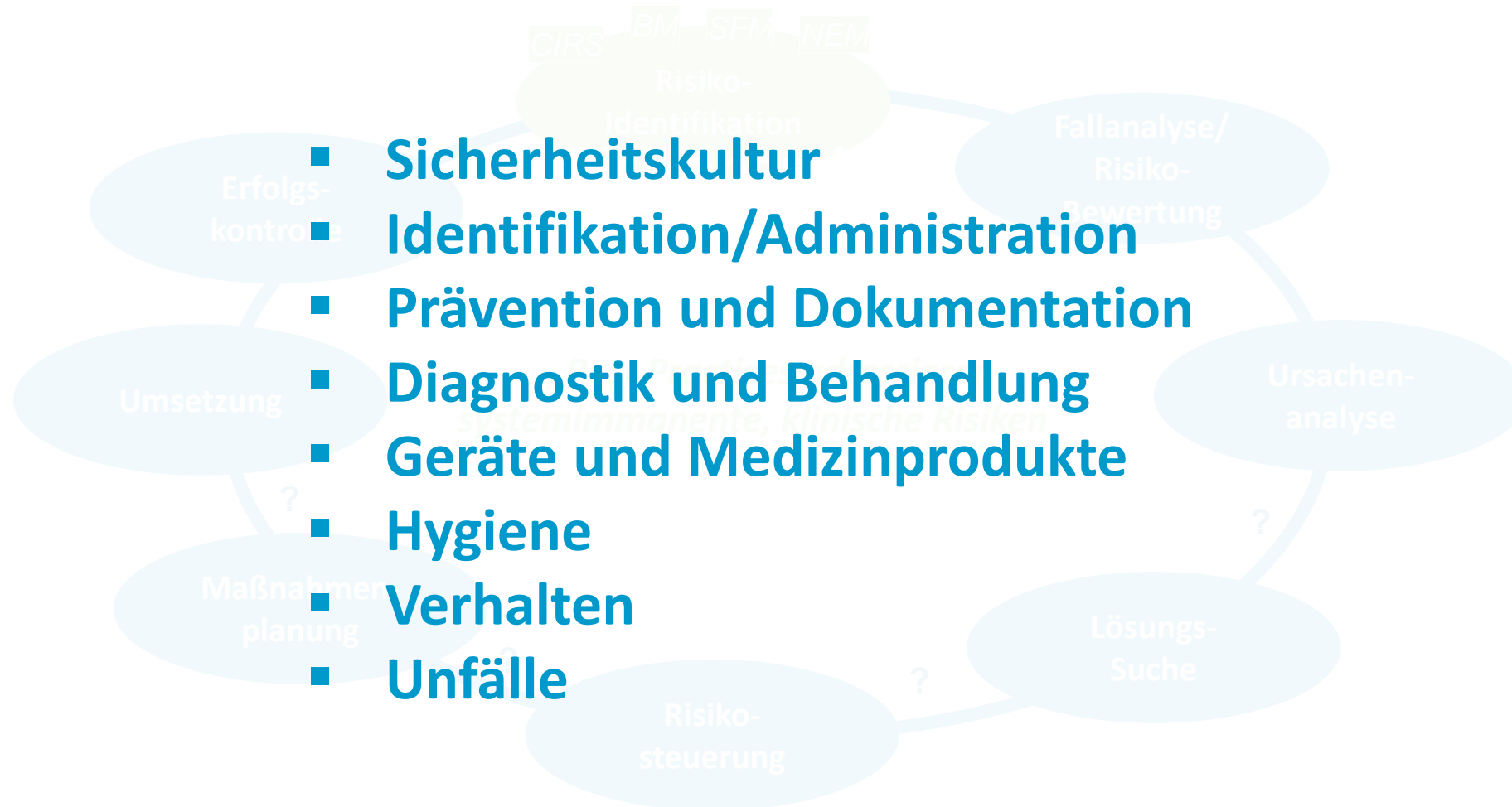
Welchen Beitrag können Best Practices im Risikomanagementprozess leisten?



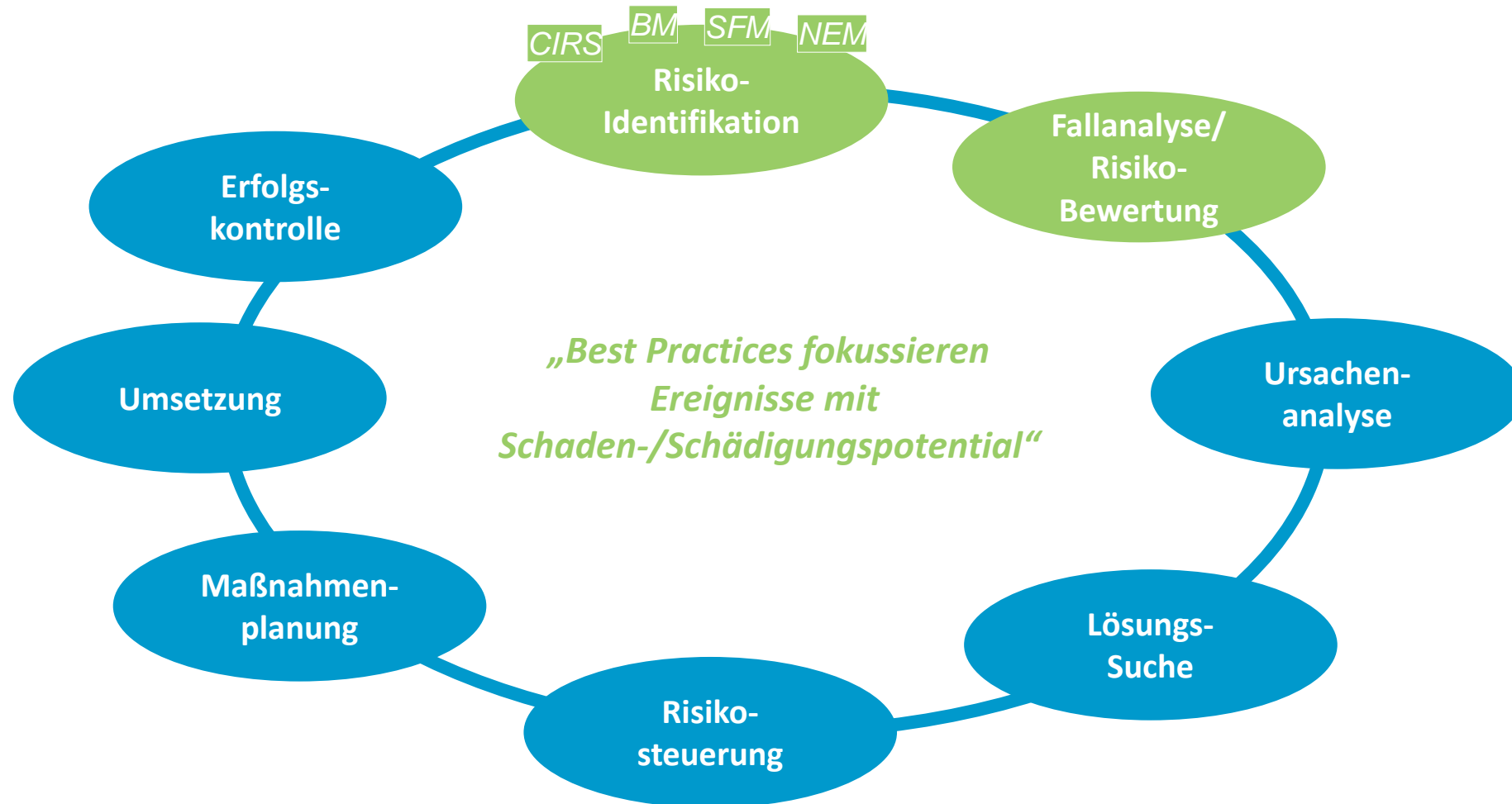
Best Practices adressieren Risiken



Best Practices – Risikobereiche



Risiken bewerten



Risikobewertung „Adverse Events“

■ Adverse Events („unerwünschte Ereignisse mit Schädigungspotential“)

- Aufnahme, Verlegung, Entlassung, Identifikation
- Dokumentation, Patientenakte und Checklisten
- Risikoeinschätzung und Vorsorge
- Aufklärung, Kommunikation und Vertraulichkeit
- Untersuchungen und Diagnostik
- Behandlungen und Ernährung
- Medikationssicherheit
- Patientenunfälle und Stürze
- Medizintechnische Geräte und Medizinprodukte
- Umgebung, Sauberkeit und Hygiene
- Missbrauch und Aggression
- Patientensicherheit in der Psychiatrie
- Patientensicherheit in der Pädiatrie
- Prästationäre Patientensicherheit (Rettungsdienst)

Fallanalyse/
Risiko-
Bewertung

Ursachen-
analyse

Lösungs-
Suche

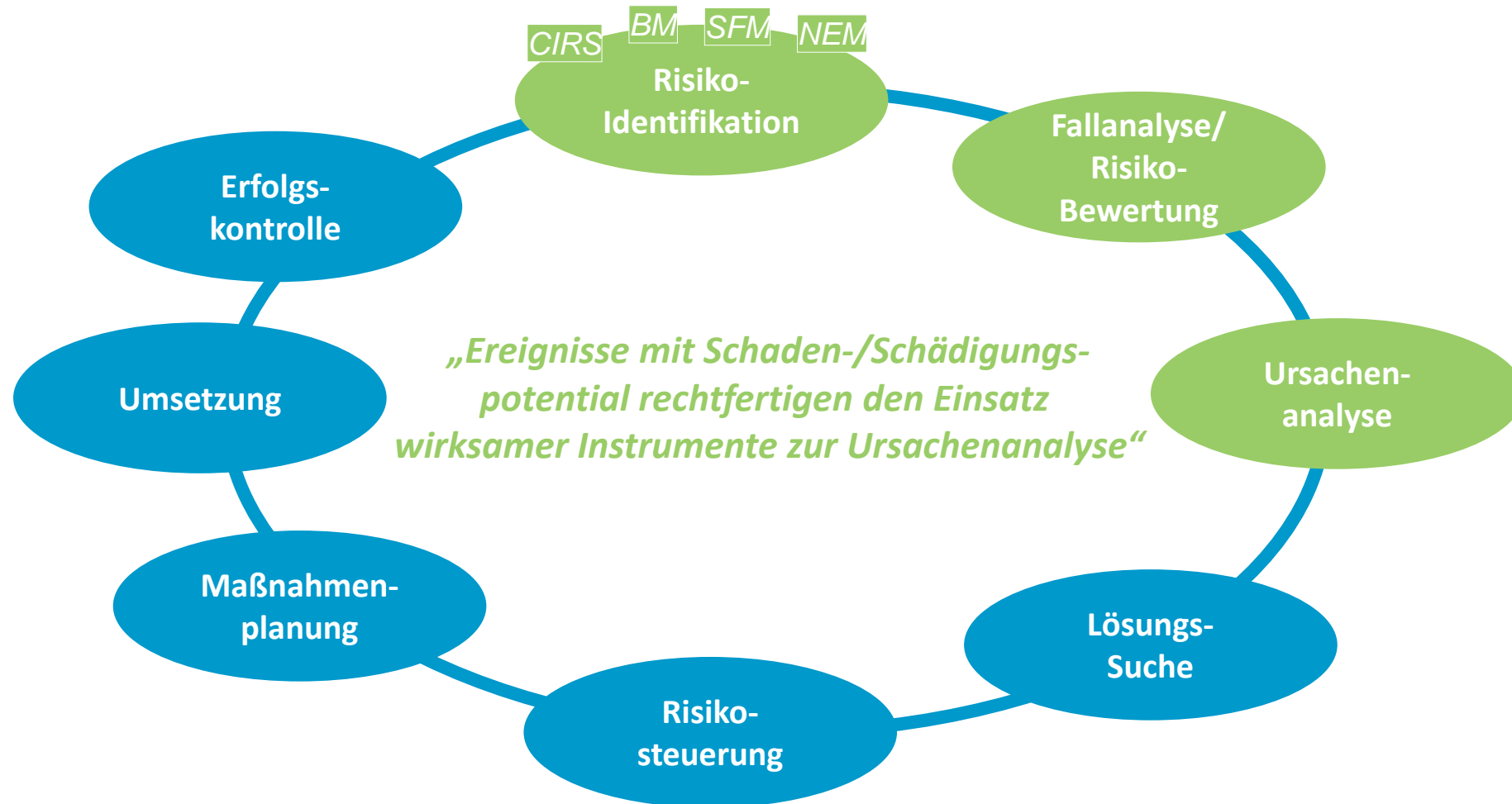
Risiko-

Risikobewertung „Never Events“

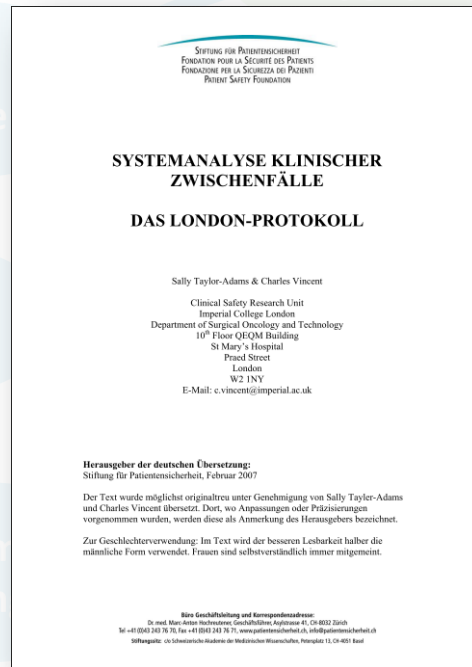
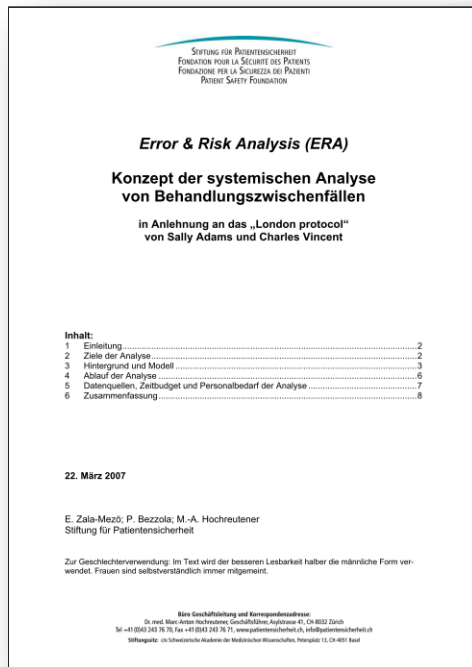
■ Never Events

- 1. Patienten- und Seitenverwechslung
- 2. Falsches Implantat / falsche Prothese
- 3. Im Körper belassener Fremdkörper nach invasivem Eingriff
- 4. Fehlende Verdünnung konzentrierter Elektrolytlösungen (z.B. Kalium)
- 5. Falscher Applikationsweg bei Arzneimittelverabreichung (z.B. parenteral statt enteral)
- 6. Überdosierung von Insulin wegen falscher Verordnung, Verschreibung oder Anwendung der Insulinpumpe
- 7. Überdosierung von Methotrexat (gilt nicht für Krebsbehandlung)
- 8. Überdosierung von Midazolam bei Wachnarkosen
- 9. Einsatz nicht fest installierter Haltegriffe in Dusche und Bad
- 10. Patientenunfälle auf Grund nicht hinreichend gesicherter Fenster
- 11. Einklemmen von Kopf/Hals/Nacken durch ungeeignete Bettgitter/Matratzen/Bettrahmen
- 12. Transfusion oder Transplantation von ABO-inkompatiblen Blutbestandteilen/Organen
- 13. Fehlintubation
- 14. Verbrennung durch Waschen/Baden von Patienten mit zu heißem Wasser

Ursachenanalyse

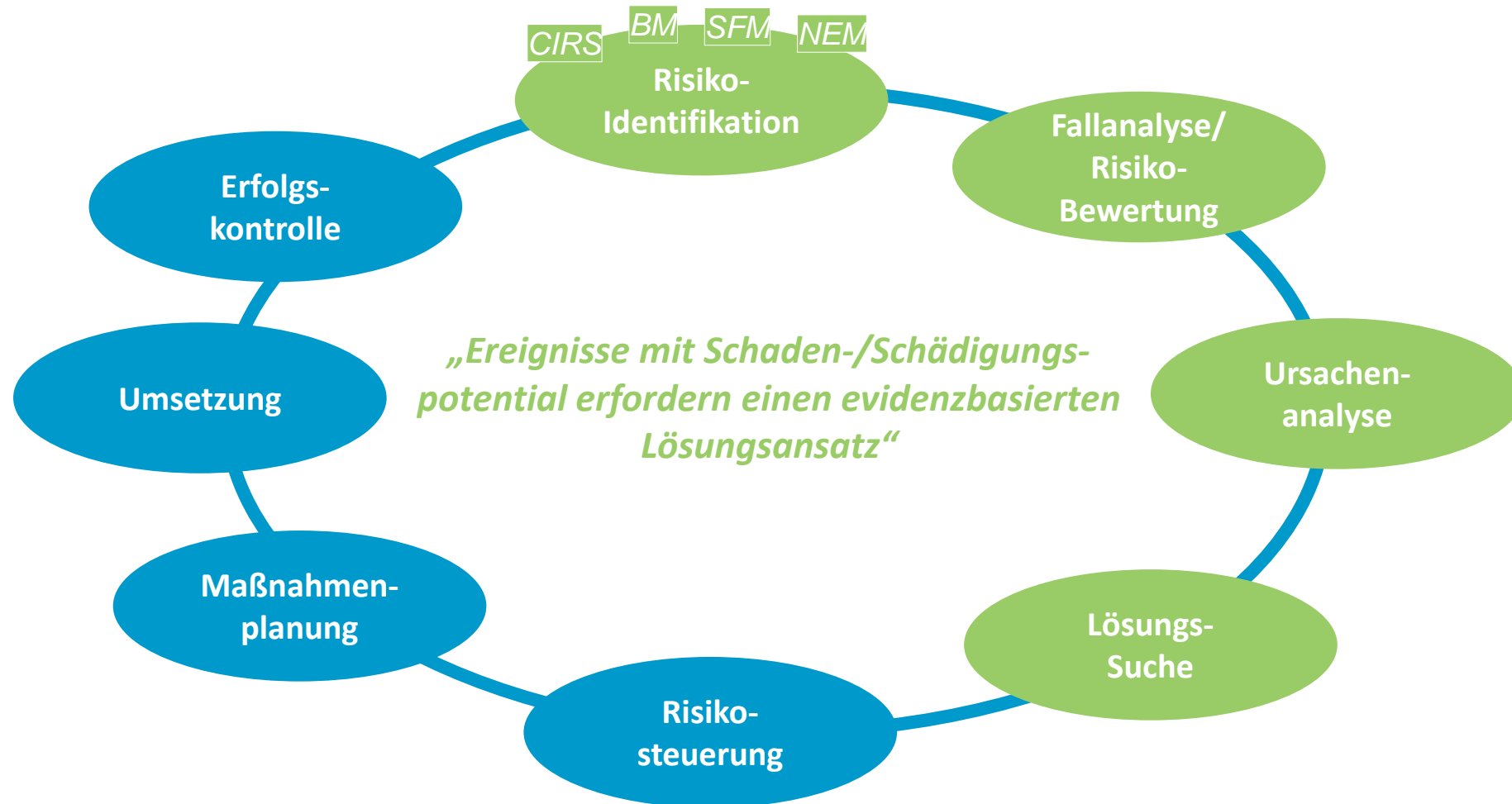


Best Practice Ursachenanalyse



- Ursachenanalyse
- ERA (Error & Risk Analysis)
- London Protocol
- ...

Lösungssuche



Evidenzbasierte Lösung Beispiel Hämotherapie

The Chief Medical Officer's National Blood Transfusion Committee
SHOT
Safer practice notice 14
Notice
9 November 2006

Right patient, right blood
Blood transfusions involve a complex sequence of activities and, to ensure the right patient receives the right blood, there must be strict checking procedures in place at each stage.
An initiative has been launched that offers a range of long and short term strategies to ensure blood transfusions are carried out safely. The National Patient Safety Agency (NPSA), the Chief Medical Officer's National Blood Transfusion Committee (NBTC) and Serious Hazards of Transfusion (SHOT) have collaborated to develop and evaluate these strategies.
Administering the wrong blood type (ABO incompatibility) is the most serious outcome of error during transfusions. Most of these incidents are due to the failure of the final identity checks carried out between the patient (at the patient's side) and the blood to be transfused.
SHOT data have shown that between 1996 and 2004, five patients died as a direct result of being given ABO incompatible blood. ABO incompatibility contributed to the deaths of a further nine patients and caused major morbidity in 54 patients.
Action for the NHS and the independent sector
By May 2007, all NHS and independent sector organisations responsible for administering blood transfusions in England and Wales should have:
1 Agreed to and started to implement an action plan for competency-based training and assessment for all staff involved in blood transfusions.
2 Ensured that the compatibility form (or equivalent) and patient notes are **not** used as part of the final check at the patient's side. They should comply with their blood transfusion policy which stipulates that the final identity check must be done next to the patient by matching the blood pack with the patient's wristband (or identity band/photo identification card).
3 Systematically examined their local blood transfusion procedures, using formal risk assessment processes, and appraised the feasibility and relevance of using:
a bar codes or other electronic identification and tracking systems for patients, samples and blood products (a clinical transfusion management system);
b photo identification cards for patients who undergo regular blood transfusions;
c a labelling system of matching samples and blood for transfusion to the patient concerned.

For response by:
NHS and independent sector organisations responsible for administering blood transfusions in England and Wales.
For action by:
Chief executives
The NPSA recommends NHS organisations inform:
• Nursing directors
• Medical directors
• Transfusion practitioners

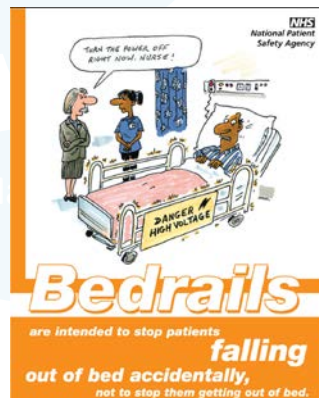
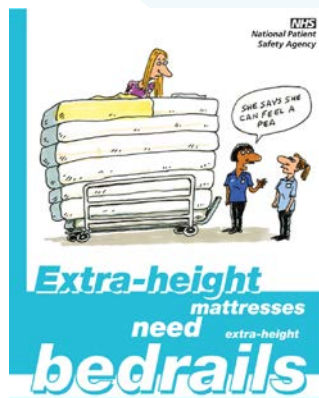
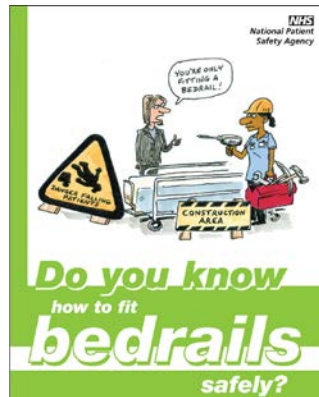
The NPSA has referred:
• Chief executive/general directors, with relevant experience health and/or clinical affairs (NHS) and regional affairs (NHS) • Clinical governance leads • Risk managers • Patient education service (staff in England) • Senior managers • Hospital transfusion committees • NHS Blood and Transplant • The Whole Blood Service • Regional Blood Transfusion Committees • Healthcare Commission • Healthcare Inspectorates • NHS Funding and Safety Agency • NHS Health Service • Local, regional and professional bodies • NHS Trusts • NHS Local Commissioning Organisations and Community Health Councils in Wales • Independent Healthcare Advisory Services

Commission for Social Care Inspection
• National Association of Theatre Nurses
• National Association of Anaesthetists in Surgical Practice
• Commission for Health Informatics
• Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency
• NHS Inspectorate of Health and Social Care (NHSI) and CQC (NHS) Northern Ireland

Immediate action
Action
Update
Information request
Ref: NPSA/2006/14

- **Never Event Nr. 12:**
Transfusion oder Transplantation von ABO-inkompatiblen Blutbestandteilen/Organen
- **Fehlverabreichung von Blutprodukten**
 - Verwechslung von Patienten
 - Fehlzusammenordnung von Blutprodukten
- **Best Practice (Ausschnitt):**
 - Patientenbezogen Kennzeichnung des Blutprodukts
 - Patientenidentifikation mit Patientenarmband
 - Identitätsprüfung am Patientenbett (Ansprache wo möglich, Identifikationsdaten Patientenarmband)
 - Abgleich von Blutprodukt-Kennzeichnung und Patientenidentität gem. Patientenarmband am Patientenbett

Evidenzbasierte Lösung Beispiel Bettgitter



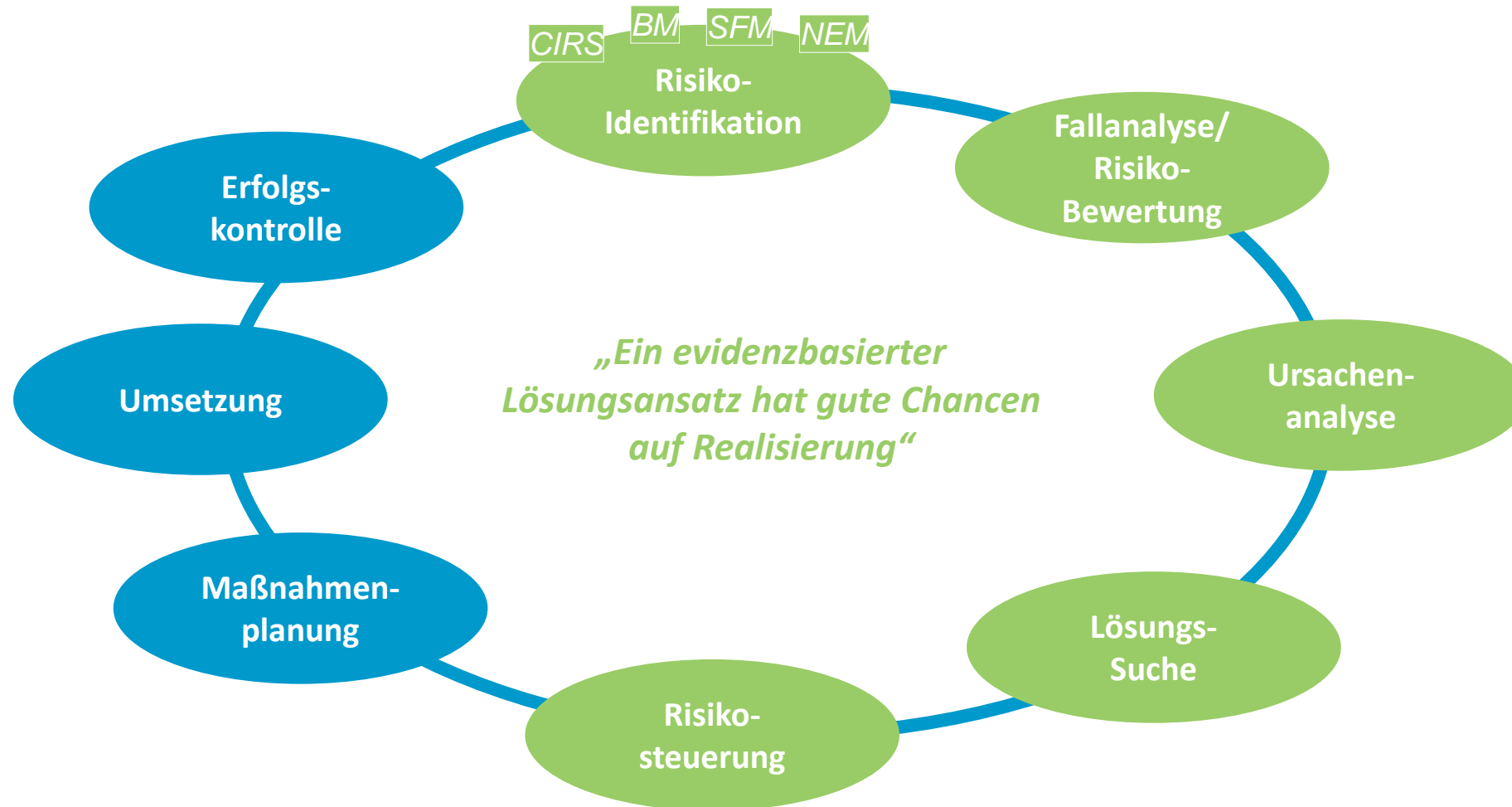
■ **Never Event Nr. 11:**

Einklemmen von Kopf/Hals/Nacken durch ungeeignete Bettgitter/Matratzen/Bettrahmen

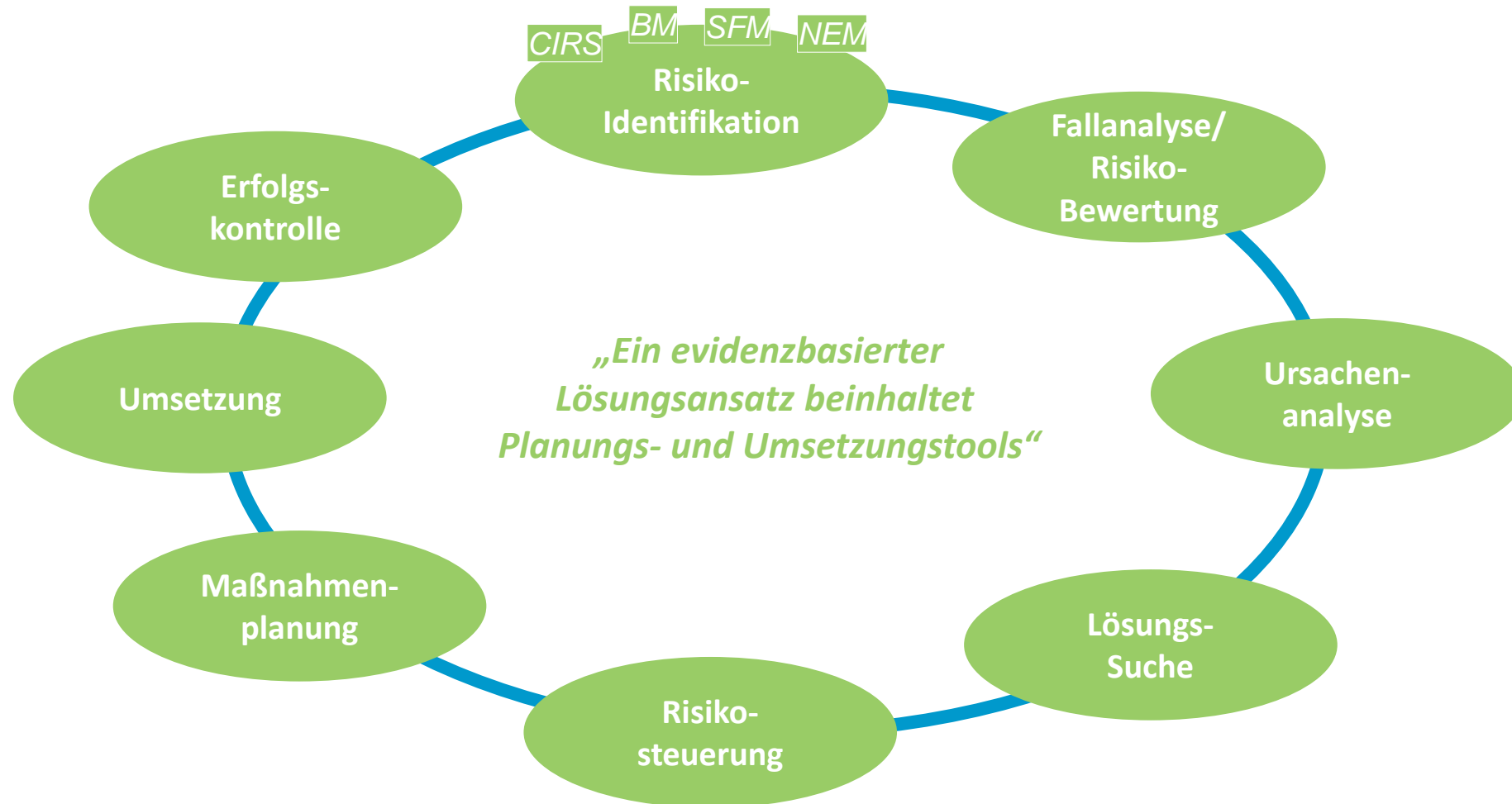
■ **Best Practice (Zusammenfassung):**

- Wartung und Vollständigkeit der Bettgitter gewährleisten
- Nur sichere Bettgitterbefestigungen verwenden
- Nur zum Bett zugehörige Bettgitter verwenden
- Risiken erkennen, die zum Einklemmen von Kopf, Hals und Brustbereich führen können (Abstand Bettgitterstäbe, Lücken zwischen Matratzen Bett und Bettgitter, ...)

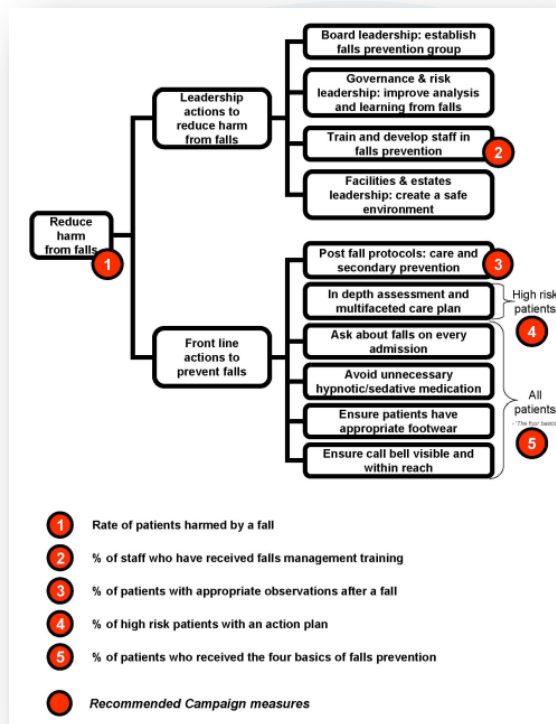
Risikosteuerung



Maßnahmenplanung, -umsetzung und Erfolgskontrolle



Beispiel Sturzprävention



■ Sturz-Prävention:

■ „Meldekreis Sturzereignisse“

- Lernen aus bekannten Sturzereignissen
- Schulungen Sturzprävention
- Beseitigung baulicher Sturzursachen

■ Sturz-Management

- Intervention und Prävention
- Sturzanamnese und Behandlungsplan
- Medikationsmanagement
- Bekleidung / Schuhe
- Patientenruf

■ Erfolgskontrolle

- Indikatoren und Reporting

Best Practice Risikomanagement-Audit zum Thema Identifikation



Schritt 1:
**Erfüllungsgrad
anerkannter
Empfehlungen
auditieren**

Thema 2: Identifikation	
1. Erhalten alle Patienten ein Patientenarmband?	
Grün:	Es erfolgt ein flächendeckender Einsatz von Patientenidentifikationsarmbändern. ⁸
Gelb:	Es erfolgt teilweise der Einsatz von Patientenarmbändern.
Rot:	Es werden keine Patientenarmbänder verwendet.
<i>Donabedian: Strukturqualität</i>	
2. Wie wird sichergestellt, dass die richtige Seite untersucht/ behandelt/operiert wird?	
Grün:	Die betroffene Seite wird markiert. Der Patient wird aufgefordert aktiv die Körperstelle zu zeigen, die schmerzt/die operiert werden soll. Vor der medizinischen Intervention wird die markierte Stelle mit dem Befund/Eingangsdiagnose o. ä. abgeglichen. ⁹
Gelb:	Patient wird gefragt, welche Körperstelle schmerzt/operiert werden soll. Plausibilitätsprüfung anhand der Akte/vorheriger Befunde, die unregelmäßig (z.B. nicht jeder Arzt markiert die Körperstelle).
Rot:	Die betroffene Seite/Körperstelle wird nicht markiert. Patienten, welche Körperstelle schmerzt.
<i>Donabedian: Prozessqualität</i>	
3. Wie wird mit zwei namensgleichen Patienten umgegangen?	
Grün:	Namensgleiche Patienten werden nicht in dasselbe Zimmer gelegt und wenn möglich von unterschiedlichen Ärzten betreut. Die Ansprache erfolgt mit Vor-und Nachnamen. Es erfolgt ein Abgleich vom Geburtsdatum ¹⁰ und Fallnummer
Gelb:	Die Ansprache erfolgt mit Vor- und Nachnamen. Zudem erfolgt ein Abgleich vom Geburtsdatum.
Rot:	Es erfolgen keine zusätzlichen Sicherungsmechanismen.
<i>Donabedian: Prozessqualität</i>	

Beispiel Identifikation:
Best Practice-Audit mit APS-
Handlungsempfehlungen

Quellenangaben:

⁸ Vgl. APS Handlungsempfehlungen zur sicheren Patientenidentifikation, ohne Jahresangabe, S. 3

⁹ Vgl. APS Empfehlungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen, 2007, S. 13

¹⁰ Vgl. APS Handlungsempfehlungen zur sicheren Patientenidentifikation, ohne Jahresangabe, S. 4

Softwaregestütztes Best-Practice-Risikomanagement-Audit

Browser: asp3.intrafox.net/cgi-bin/external_intrafox.app

intrafox Auditdurchführung

Auditinformationen

Auditnummer: 2014-0012	Auditiertes Bereich: Medizinischer Bereich	Auditor:
Regelwerk:	Inhalt: Prozessaudit	Co-Auditor:
Typ: externes Audit	Thema: Medizinischer Bereich	Verantw. vor Ort:
Anlass: Überwachungsaudit	Plan Beginn: 15.10.2014 11:36	
	Plan Ende: 28.11.2014 11:36	

Organisationseinheit: Keine Organisationseinheiten zugeordnet.

Mitgeltende Dokumente

Pos.	Frage / Forderung	Prüfungshandlung	Kategorie	Feststellung	Notizen des Auditors
1	Wie wird mit namensgleichen Patienten umgegangen?	<p>Grün: Namensgleiche Patienten werden nicht in dasselbe Zimmer gelegt und wenn möglich von unterschiedlichen Ärzten betreut. Die Ansprache erfolgt mit Vor- und Nachnamen. Es erfolgt ein Abgleich vom Geburtsdatum und Fallnummer</p> <p>Gelb: Die Ansprache erfolgt mit Vor- und Nachnamen. Zudem erfolgt ein Abgleich vom Geburtsdatum.</p> <p>Rot: Es erfolgen keine zusätzlichen Sicherungsmechanismen.</p>	gelb	<p>Die Patienten werden nicht sicher in verschiedene Zimmer organisiert. Ansprache meistens mit Name/Vorname.</p>	<p>Einführung von Patientenarmbändern ist geplant.</p>

Ampel-Bewertung in Kategorien „rot“, „gelb“ oder „grün“

MS Office-gestütztes Best-Practice-Risikomanagement-Audit

Nr.	Thema	Fragestellung	Best Practice	Antwort	Bewertung 1,0-3,0
1	Sicherheitskultur als Grundlage für Patientensicherheit	Die Grundlage für Patientensicherheit ist, dass alle Mitarbeiter gerne dazu bereit sind, unerwünschte Ereignisse, also Ereignisse, welche den Patienten schädigen und vielleicht auch dem Krankenhaus schaden können, zu erkennen, zu kommunizieren und zu vermindern. Ist diese Bereitschaft gegeben?	<p>GRÜN (3,0) Diese Bereitschaft ist bei allen Führungskräften und Mitarbeitern gegeben.</p> <p>GELB (2,0) Diese Bereitschaft ist bei manchen Führungskräften und Mitarbeitern gegeben.</p> <p>ROT (1,0) Diese Bereitschaft muss noch entwickelt werden.</p>		2,5
2	Sicherheitskultur als Grundlage für Patientensicherheit	Proaktives Risikomanagement hilft, unerwünschte Ereignisse gar nicht erst entstehen zu lassen. Krankenhausstypische Risiken und evidenzbasierte Empfehlungen zur Erhöhung der Patientensicherheit sind publiziert und verfügbar. Inwieweit wird proaktives Risikomanagement betrieben?	<p>GRÜN (3,0) Handlungsempfehlungen zu klinischen Risiken sind in hohem Maße bekannt und werden diskutiert.</p> <p>GELB (2,0) Handlungsempfehlungen zu klinischen Risiken sind teilweise bekannt</p> <p>ROT (1,0) Handlungsempfehlungen zu klinischen Risiken sind nicht bekannt.</p>		1,5
3	Sicherheitskultur als Grundlage für Patientensicherheit	Sicherheitskultur erfordert Führung und Verantwortung: Führungskräfte leben Sicherheitskultur vor und sind bereit, unerwünschte Ereignisse zu kommunizieren. Ist dies gegeben?	<p>GRÜN (3,0) Alle Führungskräfte wissen um ihre Vorbildfunktion und Führungsverantwortung hinsichtlich Patientensicherheit und Umgang mit unerwünschten Ereignissen</p> <p>GELB (2,0) Einige Führungskräfte wissen um ihre Vorbildfunktion und Führungsverantwortung hinsichtlich Patientensicherheit und Umgang mit unerwünschten Ereignissen</p> <p>ROT (1,0) Vereinzelt leben Führungskräfte ihre Vorbildfunktion nicht</p>		2,0

**Beispiel:
Audit Sicherheitskultur
(Ausschnitt)
Format: *.xls**

Best Practice-Erfüllungsgrad und strategischen Handlungsbedarf kombinieren

Best Practice Risikomanagement Audit

Thema 2: Identifikation

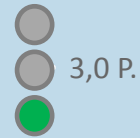
1. Erhalten alle Patienten ein Patientenarmband?

Grün: Es erfolgt ein flächendeckender Einsatz von Patientenidentifikationsarmbändern. ⁸

Gelb: Es erfolgt teilweise der Einsatz von Patientenarmbändern.

Rot: Es werden keine Patientenarmbänder verwendet.

Donabedian: Strukturqualität



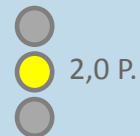
2. Wie wird sichergestellt, dass die richtige Seite untersucht/ behandelt/operiert wird?

Grün: Die betroffene Seite wird markiert. Der Patient wird aufgefordert aktiv die Körperstelle zu zeigen, die schmerzt/die operiert werden soll. Vor der medizinischen Intervention wird die markierte Stelle mit dem Befund/Eingangsdiagnose o. ä. abgeglichen. ⁹

Gelb: Patient wird gefragt, welche Körperstelle schmerzt/operiert wird. Plausibilitätsprüfung anhand der Akte/vorheriger Befunde, die regelmäßig (z.B. nicht jeder Arzt markiert die Körperstelle) unregelmäßig (z.B. nicht jeder Arzt markiert die Körperstelle).

Rot: Die betroffene Seite/Körperstelle wird nicht markiert. Patienten, welche Körperstelle schmerzt.

Donabedian: Prozessqualität



Beispiel Identifikation:
Best Practice-Audit mit APS-
Handlungsempfehlungen

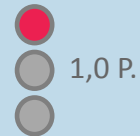
3. Wie wird mit zwei namensgleichen Patienten umgegangen?

Grün: Namensgleiche Patienten werden nicht in dasselbe Zimmer gelegt und wenn möglich von unterschiedlichen Ärzten betreut. Die Ansprache erfolgt mit Vor- und Nachnamen. Es erfolgt ein Abgleich vom Geburtsdatum¹⁰ und Fällnummer

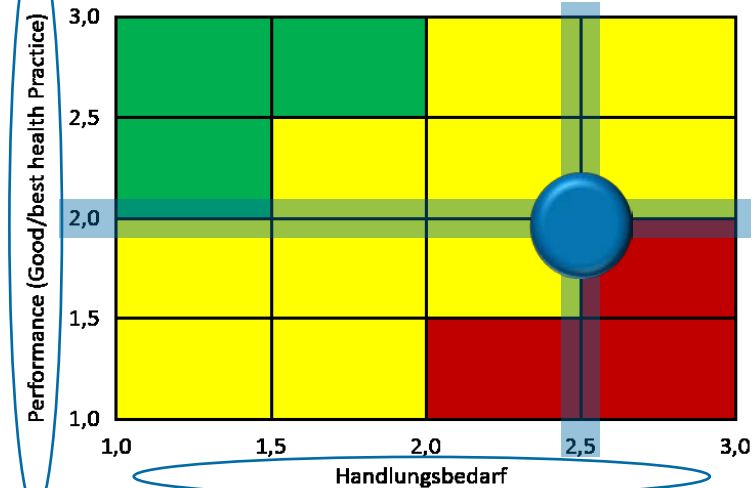
Gelb: Die Ansprache erfolgt mit Vor- und Nachnamen. Zudem erfolgt ein Abgleich vom Geburtsdatum.

Rot: Es erfolgen keine zusätzlichen Sicherungsmechanismen.

Donabedian: Prozessqualität



Best Practice Risikomanagement Matrix



Audit strategischer Handlungsbedarf

Erhebung (Audit-Fragen, z.B.)	Bewertung
Versicherungsrisiken	2,5
Erlösrisiken	2,8
Risiken Außendarstellung	2,2
Durchschnitt	2,5

Alle Adverse Event-Risikobereiche sind auf Risiko-Ebene mit Best-Practice-Content hinterlegt

- **Adverse Events („unerwünschte Ereignisse mit Schädigungspotential“)**
 - Aufnahme, Verlegung, Entlassung, Identifikation
 - Dokumentation, Patientenakte und Checklisten
 - Risikoeinschätzung und Vorsorge
 - Aufklärung, Kommunikation und Vertraulichkeit
 - Untersuchungen und Diagnostik
 - Behandlungen und Ernährung
 - Medikationssicherheit
 - Patientenunfälle und Stürze
 - Medizintechnische Geräte und Medizinprodukte
 - Umgebung, Sauberkeit und Hygiene
 - Missbrauch und Aggression
 - Patientensicherheit in der Psychiatrie
 - Patientensicherheit in der Pädiatrie
 - Prästationäre Patientensicherheit (Rettungsdienst)

Welche Themen betreffen
meine Einrichtung am meisten?

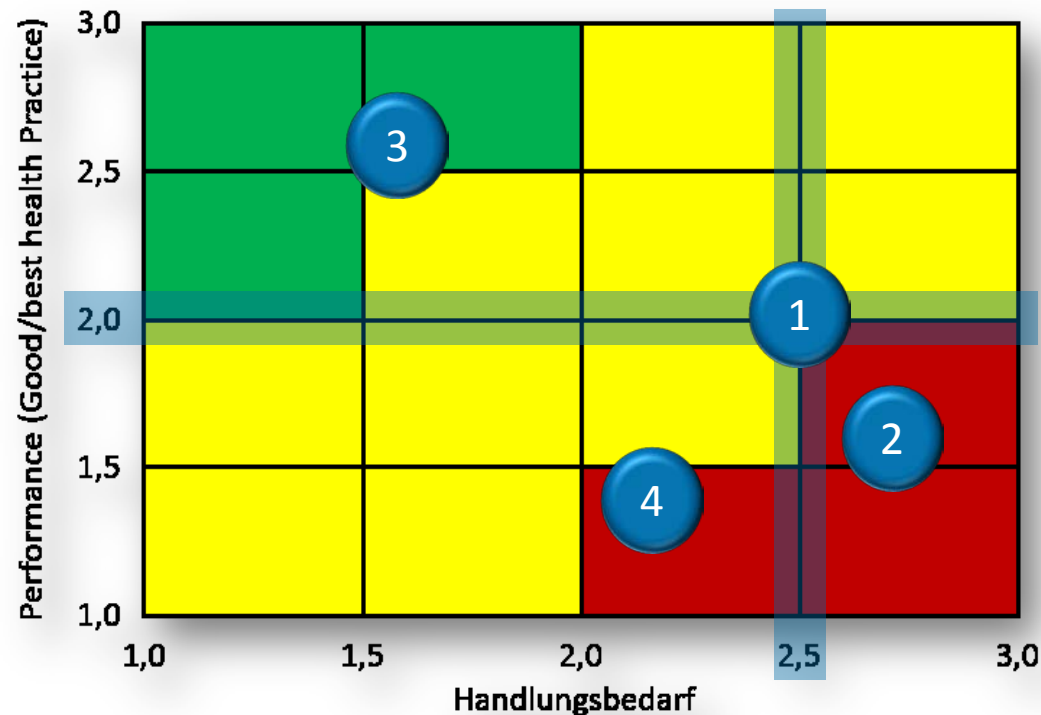
An welcher Stelle lohnt es sich
am besten, in
Patientensicherheit zu
investieren?

Antwort:

Best Practice Risikomanagement
Audit, um den Handlungsbedarf
zu ermitteln und zu priorisieren

Risiken priorisieren und Best Practice Handlungsempfehlungen anwenden

Best Practice Risikomanagement Matrix



Legende:

- 1: Identifikation
- 2: Medikation
- 3: Hygiene
- 4: Medizintechnische Geräte

Klinisch-/strategisches Handlungspotential

- Hoch (Red)
- mittel (Yellow)
- gering (Green)

Vorteile Best Practice Risikomanagement Audit

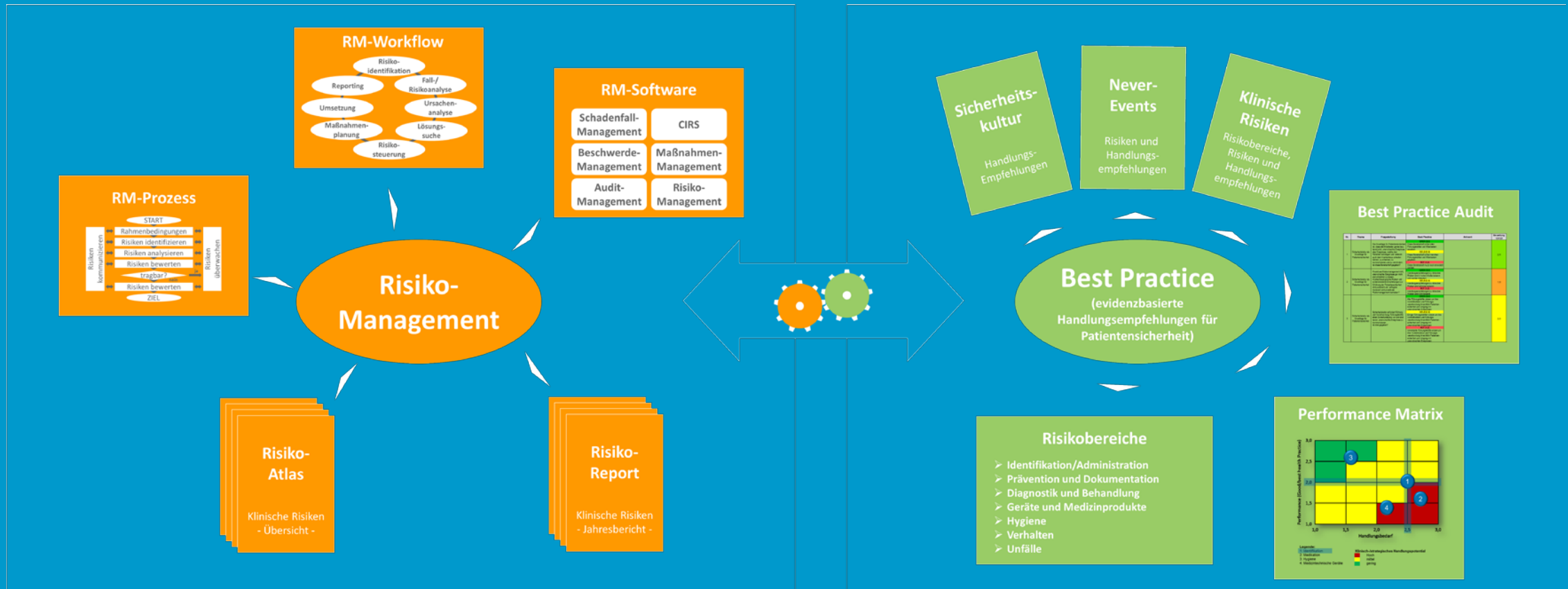
Einheitliche Bewertung klinischer Risiken auf Basis evidenzbasierter Handlungsempfehlungen

Berücksichtigung strategischer Unternehmensziele und Vorgaben

Identifikation von Themen und Lösungen mit optimalem Ressourceneinsatz

„Lösungen statt Fehler managen“

Wir meinen: Risikomanagement kann von Best Practices profitieren. *Was meinen Sie?*



Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Axel Fengler
medilox GmbH
Herrenshoffer Str. 22 A
41352 Korschenbroich
Tel.: 02161-465-1972
Mail: fengler@medilox.de
Web: www.medilox.de