



Qualitätsmanagement im Krankenhaus

Qualitäts- und Risikomanagementsystem Prozessorientierte Risikoanalyse



Maria Inés Cartes
Risikomanagerin / Ärztliche Qualitätsbeauftragte
www.mh-hannover.de/risikomanagement.html

06.12.2006

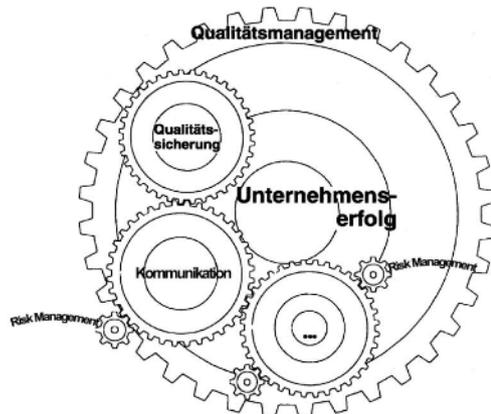
AGENDA

1. Was ist Risikomanagement
2. Wie entstehen Zwischenfälle
3. Instrumente zur Risikoidentifizierung
 - Risikoerkennungssystem in der MHH
 - 4-Schritt-Methode zur Einführung von CIRS im Krankenhaus
 - Prozessorientierte Risikoanalyse
4. Diskussion

06.12.2006

M. I. Cartes © 2006

2



06.12.2006

M. I. Cartes © 2006

3

Was ist Risikomanagement?

„Systematische Vorgehensweise,
um potenzielle Risiken
zu identifizieren, zu bewerten und
Maßnahmen zur Risikohandhabung
auszuwählen und umzusetzen.“

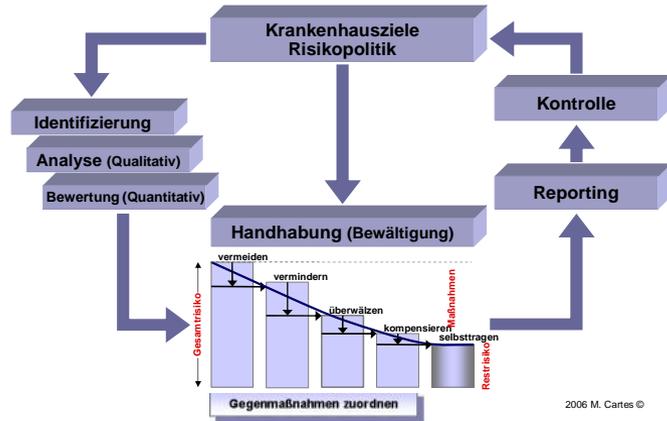
06.12.2006

M. I. Cartes © 2006

4

Risikomanagement-Prozess

M-H



06.12.2006

M. I. Cartes © 2006

5

AGENDA

M-H

1. Was ist Risikomanagement
2. Wie entstehen Zwischenfälle
3. Instrumente zur Risikoidentifizierung
 - Risikoerkennungssystem in der MHH
 - 4-Schritt-Methode zur Einführung von CIRS im Krankenhaus
 - Prozessorientierte Risikoanalyse
4. Diskussion

06.12.2006

M. I. Cartes © 2006

6

Einige Definitionen

M-H

Begriff	Definition	Beispiel
Unerwünschtes Ereignis	Jedes Ereignis, das auf die Behandlung zurückzuführen ist, welche für einen Patienten zu einem negativen Ergebnis führt	Nosokomiale Infektion (unabhängig davon, ob ein Fehler zugrunde lag)
Fehler	Verletzung einer Regel oder Verfolgen eines falschen Plans	Ungenügende Händedesinfektion (Unabhängig davon, ob als Folge ein unerwünschtes Ereignis auftrat)
Schaden	Alle unerwünschten Ereignisse, die auf einen bzw. mehrere Fehler zurückgehen	Nosokomiale Infektion, die auf mangelnde Hygiene zurückzuführen ist
Beinahe-Fehler	Alle Fehler, die nicht zu einem unerwünschten Ereignis führen	Mangelnde Hygiene, ohne dass es zu einer nosokomialen Infektion kommt
Zwischenfall (Incident)	Ein Ereignis (Incident) im Rahmen einer Heilbehandlung, welches zu einer unbeabsichtigten und /oder unnötigen Schädigung einer Person oder zu einem Verlust hätte führen können oder geführt hat.	Nosokomiale Infektion, die aufgetreten ist.
Behandlungsfehler	Schaden, bei dem mangelnde Sorgfalt vorliegt	Nosokomiale Infektion, die auf eine mangelnde Händedesinfektion zurückzuführen ist, die nicht dem Stand der medizinischen Erkenntnis entspricht

06.12.2006

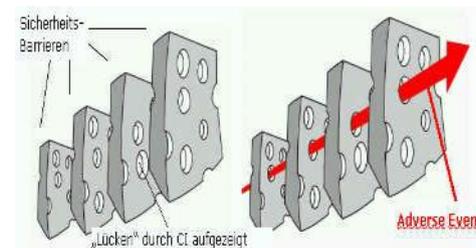
M. I. Cartes © 2006

7

Fehlerkette: Schweizer Käse Modell

M-H

„Emmentaler Modell“



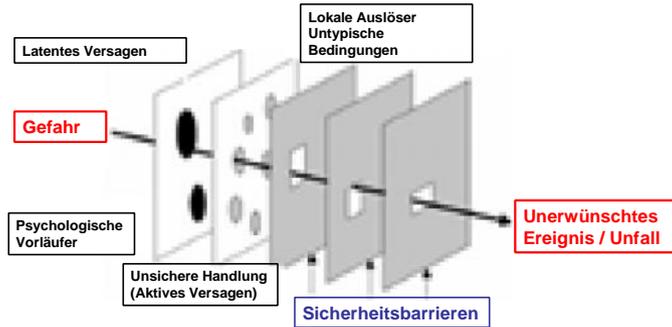
06.12.2006

M. I. Cartes © 2006

8

Schweizer Käse Modell der Sicherheitsbarrieren nach Reason

M-H



06.12.2006

M. I. Cartes © 2006

9

G. Richardson:

M-H

Alle Unfalluntersuchungen, die zu dem Schluss kommen: 'Unfallursache: Menschliches Versagen' sind falsch.

Menschliches Versagen ist nicht die Ursache. Die Ursache findet man in all den Umständen, die die Urteilsfähigkeit des Piloten beeinträchtigt hat.

Mit anderen Worten:

Menschliches Versagen ist das Ergebnis, nicht die Ursache.

Und die Ursache müssen wir aufdecken!

(Dr. M.-A. Hochreutener, 2005, GF Stiftung Patientensicherheit, Schweiz)

06.12.2006

M. I. Cartes © 2006

swissair

TrainingCenter

10

AGENDA

M-H

1. Was ist Risikomanagement
2. Wie entstehen Zwischenfälle
- 3. Instrumente zur Risikoidentifizierung**
 - Risikoerkennungssystem in der MHH
 - 4-Schritt-Methode zur Einführung von CIRS im Krankenhaus
 - Prozessorientierte Risikoanalyse
4. Diskussion

06.12.2006

M. I. Cartes © 2006

11

Risiko-Erkennungssystem der MHH

M-H

1. Ergebnisse aus der Patientenzufriedenheitsbefragung und Beschwerdemanagement
2. Ergebnisse der Externen vergleichenden Qualitätssicherung (EQS)
3. Schadendatenstatistik
4. Analyse von Vorwürfen (Schadensfälle)
5. Meldungen aus dem Incident Reporting (CIRS)
6. Prozess- / Ablauforientierte Risikoanalyse
7. Risikomanagement-Report

06.12.2006

M. I. Cartes © 2006

12

AGENDA



1. Was ist Risikomanagement
2. Wie entstehen Zwischenfälle
3. Instrumente zur Risikoidentifizierung
 - Risikoerkennungssystem in der MHH
 - **4-Schritt-Methode zur Einführung von CIRS im Krankenhaus**
 - Prozessorientierte Risikoanalyse
4. Diskussion

06.12.2006

M. I. Cartes © 2006

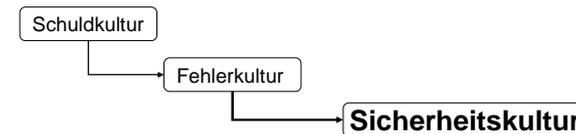
13

CIRS:

Critical Incident Reporting System



- Meldesystem zur Erfassung von kritische Zwischenfälle
- **Ziel:** durch Sammeln von Informationen über kritische Zwischenfälle (incidents) Erkenntnisse für Korrekturen gewinnen und damit künftige Fehler vermeiden
- Entwicklung der Kommunikationskultur (Sicherheitskultur)



06.12.2006

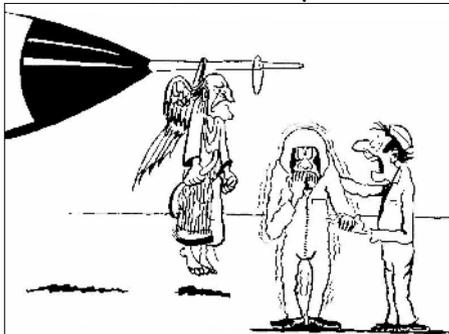
M. I. Cartes © 2006

14

Zweck der Methode



Hören Sie auf zu zittern !
Erzählen Sie einfach, was passiert ist.



Ziel ist ein analytischer Dialog...

- beleben und fördern
- entkrampfen und dynamisieren
- rationalisieren und systematisieren
- strukturieren und institutionalisieren

(Dr. M.-A. Hochreutener, 2005, GF Stiftung Patientensicherheit, Schweiz)

06.12.2006

M. I. Cartes © 2006

15

4 Schritt Methode



- Schritt 1:** Die CIRS – Entscheidung
- Schritt 2:** Die CIRS- Vorbereitung
- Schritt 3:** Die CIRS- Planung
- Schritt 4:** Die CIRS- Umsetzung

06.12.2006

M. I. Cartes © 2006

16

Schritt 1: Die CIRS – Entscheidung



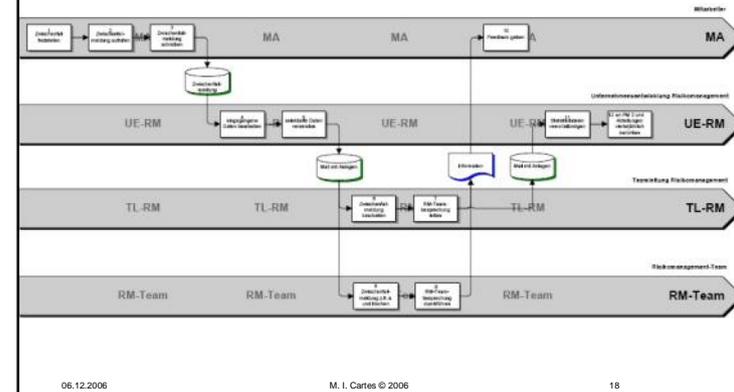
1. Verantwortung der Krankenhausleitung
 - Top-Down Einführung
2. Stärken von CIRS
 - Anzahl
 - Ursacheanalyse / Lernpotential / Bewältigungsstrategien
 - Niedrige zusätzliche Kosten
3. Schwächen von CIRS
 - Unterreporting
 - Befangenheit
4. Risiken und Chancen von CIRS
Rechtsabteilung, Haftpflichtversicherung

06.12.2006

M. I. Cates © 2006

17

Workflow Incident Reporting



06.12.2006

M. I. Cates © 2006

18

Das gleiche in grün...



06.12.2006

M. I. Cates © 2006

19

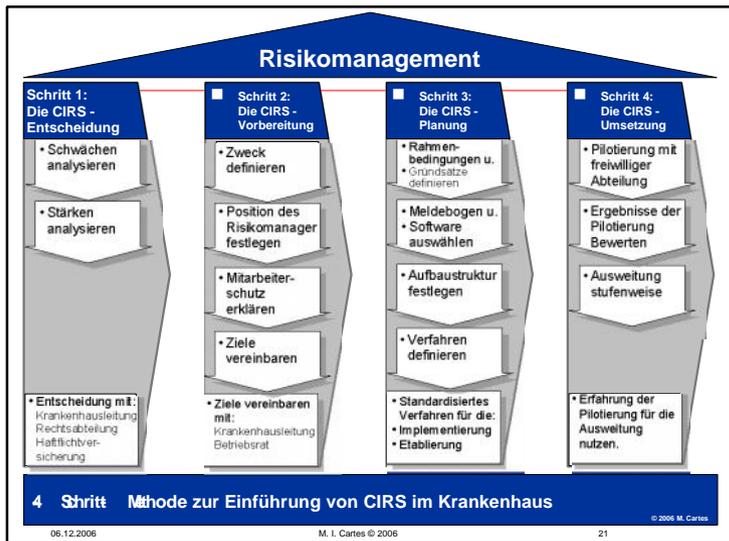
Noch ein Erfolg!



06.12.2006

M. I. Cates © 2006

20



AGENDA

M-H

1. Was ist Risikomanagement
2. Wie entstehen Zwischenfälle
3. Instrumente zur Risikoidentifizierung
 - Risikoerkennungssystem in der MHH
 - 4-Schritt-Methode zur Einführung von CIRS im Krankenhaus
 - **Prozessorientierte Risikoanalyse**
4. Diskussion

06.12.2006 M. I. Cartes © 2006 22

Herald of Free Enterprise

Zeebrugge, 6. März 1987

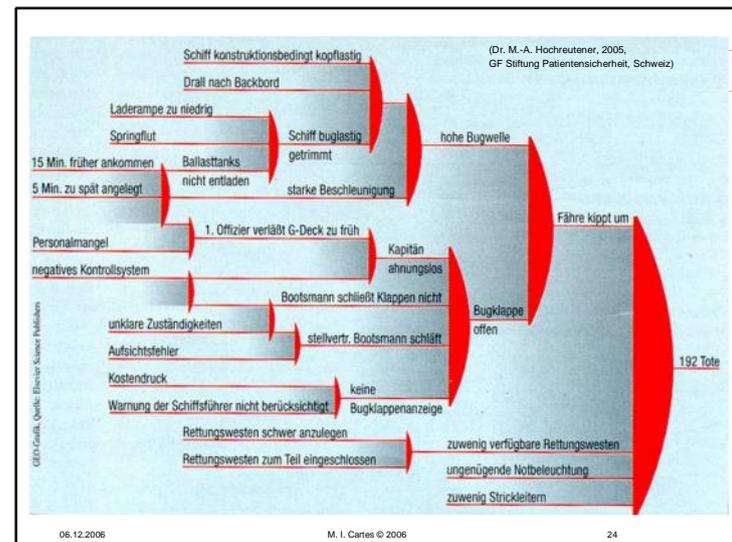
M-H

Ein einzelner Fehler ?

The Herald of Free Enterprise

(Dr. M.-A. Hochreutener, 2005, GF Stiftung Patientensicherheit, Schweiz)

06.12.2006 M. I. Cartes © 2006 23



Prozessorientierte Risikoanalyse **M-H**

■ Methode

- Error & Risk Analysis
Stiftung für Patientensicherheit / (Dr. Hochreutener)

- Prozessmanagement bzw. Prozessorientierung nach Prof. Binner

06.12.2006

M. I. Cartes © 2006

25

Prozessorientierte Risikoanalyse **M-H**

■ Methode

1. Erfassung des Ist-Prozesses vor Ort
2. Identifikation von Risikofunktionen mit den Beteiligten
3. Nutzung vorhandener Erfahrung über Risikokonstellationen
4. Beschreibung von möglichen Verbesserungsmaßnahmen
5. Analyse und Bewertung der vorgeschlagenen Maßnahmen in lokalem Kontext durch die Beteiligten
6. Einleitung und Umsetzung von Maßnahmen in eigener Verantwortung oder mit Unterstützung vom Risikomanagement
7. Prüfung von Umsetzung anhand Stichproben (Audits)
8. Bericht an die Beteiligten und an die Leitung

06.12.2006

M. I. Cartes © 2006

26

Prozessorientierte Risikoanalyse **M-H**

■ Vorteile:

- Nutzung von vorhandener Erfahrung
- Erreichung von prozessorientierter abteilungsübergreifender Denkweise bei den Beteiligten
- Steigerung des Verantwortungsbewusstseins der Handlungen bei den Mitarbeitern
- Schnelle Erfassung von Risiken, Fehlvorgängen und begünstigenden Faktoren
- Ergebnisse: optimale gezielte Maßnahmen, die von allen getragen werden

06.12.2006

M. I. Cartes © 2006

27

Prozessorientierte Risikoanalyse **M-H**

■ Nachteile:

- Ressourcenintensiv
 - Zeit
 - Kosten
- Die Methode findet selten Gebrauch
- Risikomanagementqualifikation erforderlich
- Die angewendete Methode ist keine Routine

06.12.2006

M. I. Cartes © 2006

28

Prozessorientierte Risikoanalyse



■ Anwendung bei:

- Analyse von gravierenden Beinahe-Zwischenfällen (Zwischenfälle)
- Betroffenheit mehrerer Kernprozesse
- Beteiligung mehrerer Abteilungen
- komplexen Prozessen

06.12.2006

M. I. Cartes © 2006

29

Prozessorientierte Risikoanalyse



Fazit

- Indizierte Methode bei gravierenden (Beinahe) Zwischenfällen
- Methode ex-post : Retrospektive Analyse
- Ressourcenintensiv
- Risikomanagementqualifikation erforderlich
- Nutzung der vorhandenen Erfahrung
- Erfolgreiche und positive Änderungen mit sehr guter Akzeptanz werden erreicht
- Erreichung von prozessorientierter abteilungsübergreifender Denkweise bei den Beteiligten

06.12.2006

M. I. Cartes © 2006

30

Wahrnehmung ist wichtig



06.12.2006

M. I. Cartes © 2006

31

PROF. BINNER
AKADEMIE

ANWENDER- UND EXPERTENTAG
GESUNDHEITSWESEN



Prozessorientierte Risikoanalyse

**Muchas gracias
für Ihre Aufmerksamkeit**

Maria Inés Cartes
Ärztliche Qualitätsbeauftragte
Risikomanagerin
cartes.maria@mh-hannover.de
0511 532 6033
www.mh-hannover.de/risikomanagement.html

06.12.2006

M. I. Cartes © 2006

32