CIRS NRW Gipfel 19. November 2014

"Effektive Nutzung des CIRS-Potenzials: Beteiligung und Lernen gezielt fördern"



patientensicherheit schweiz sécurité des patients suisse sicurezza dei pazienti svizzera patient safety switzerland Prof.Dr.med. D. Conen
Präsident der Stiftung
Patientensicherheit Schweiz

Effektive Nutzung der CIRS Potenziale

- Definition
- Das Versprechen
- Die Herausforderungen
- Der Nutzen
- Praktische Vorschläge
- CIRS und Risikomanagement
- Zusammenfassung

Definition: Critical Incident Report System



Ein Critical Incident Report
System (CIRS) ist ein
Erfassungssystem für
Fehler, Beinahe-Schäden
und Schäden, das auf die
Analyse von Fehlerketten
und die Prävention
zukünftiger Fehler
ausgerichtet ist.

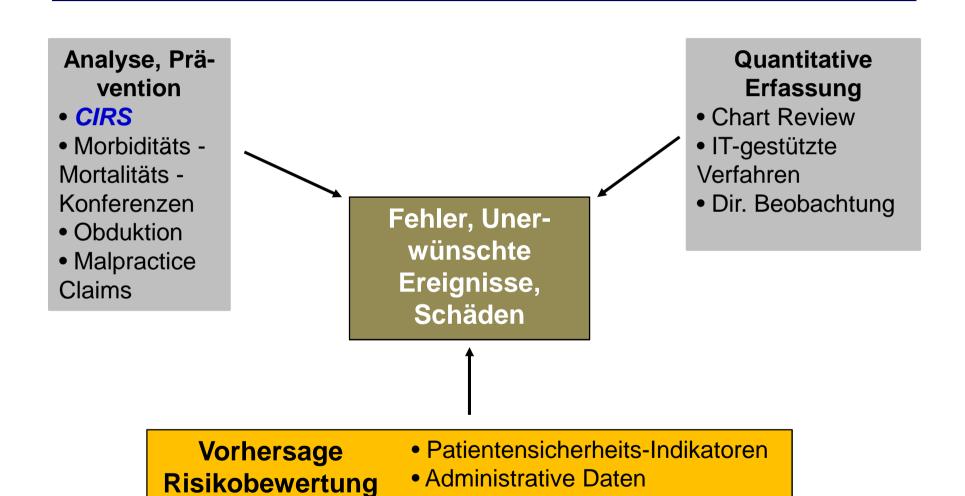
CIRS- Das Versprechen

- Incident Reporting Systeme (IRS) sind Ecksteine zur Verbesserung der Patientensicherheit
 - Haben sich bewährt in high risk industries
- Konzept:
 - Mechanismus zur Risikodetektion,
 - Implementierung von Interventionen zur Risikoreduktion
- Gesundheitswesen:
 - Zeigen den an der Front Arbeitenden Risiken auf und
 - geben Klinikern die Möglichkeit, dem Management Handlungsnotwendigkeiten zur Risikoreduktion aufzuzeigen
 - → Entstehen von CIRS: national, regional, lokal, spezielle Bereiche (IPS,OPS), spezielle Ereignisse (Medikamente, Stürze); öffentliche und private, freiwillig, verpflichtend, offen vs. Anonym.
- Grössere Patientensicherheit?
 - Fortschritt bei vermeidbaren Schaden eher sehr langsam.
 - Hoffnung vieler auf Verbesserungen durch CIRS ist nicht erfüllt worden

Die Herausforderung – CIRS können nicht zur Messung der Sicherheit (Fehlerraten) benutzt werden (1)

- Wachsendes Interesse zur Messung der Sicherheit im Spital, im Gesundheitswesen bei Politikern, Versicherungen, Spitalleitungen und auch Patienten
 - Messung spezifischer unerwünschter Ereignisse (Häufigkeit der Medikationsfehler?)
 - Verantwortlichkeit von Individuen/Organisationen für Sicherheitsprobleme (Warum treten never events in dieser Institution auf?)
 - Messen des Risikoprofils eines Spitals, um Vergütungsentscheide zu fällen (Ist das ein sicheres Spital? Soll ich mich hier betreuen lassen?)
 - →CIRS- Daten sind keine Zufallsstichprobe aus dem Gesamtspektrum der Sicherheitsgefahren
 - → CIRS ist besser geeignet zur Identifikation von Risiken

Messen und Zählen



Die Herausforderung – CIRS können nicht zur Messung der Sicherheit (Fehlerraten) benutzt werden (2,1)

Gründe:

- Underreporting (7% aller AE werden berichtet),
 unterschiedliche Methoden entdecken unterschiedliche
 Ereignistypen und führen zu differenten Schlussfolgerungen
- Variation, was als Ereignis berichtet wird, unterschiedliche Schwellen, etwas zu berichten
- Einige werden mit grösserer Häufung berichtet (Stürze),
 andere weniger (Medikationsfehler)
- Einige Professionals berichten regelmässig (Pflegende), andere weniger (Ärzte).



The frustrating case of incident-reporting systems

Kaveh G Shojania

Qual. Saf. Health Care 2008;17;400-402 doi:10.1136/qshc.2008.029496



- Quelle der Frustation >nützliches Tool zur Erfassung von Problemen der Patientensicherheit und Qualität
- Häufiger ,Underuse' des Systems durch Ärzte
- Zeitaufwand > als der Nutzen
- Es werden Zahlen ohne Verhältnisangaben produziert:
 - X Patienten bluten unter Antikoagulation,
 - Y Patienten fallen aus dem Bett, stürzen im Spital...

Hypothetisches Beispiel: Zahl berichteter AE im CIRS eines Spitals

Klinischer Bereich	Ereignisse/Monat			
Notfallstation	25			
Allgemeine Innere Medizin	19			
Onkologie	112			
Chirurgie	15			
Intensivstation	30			

Die Herausforderung – CIRS können nicht zum Vergleich von Organisationen herangezogen werden (3)

- Underreporting und Bias in diesem System machen Vergleiche unmöglich (vgl. Tab)
 - Auf ersten Blick hat Onkologie eine schlechte Medikationspraxis
 - Wenn aber Onkologie 4x mehr Patienten sieht? Oder
 - 4x mehr Medikamente/Patient anwendet als die anderen Stationen?
 - Aber es stellte sich heraus
 - Die Onkologie ist wachsamer (Chemotherapie!)
 - Sie machte 2x mehr Doppelchecks als die anderen.
 - Nearmisses wurden routinemässig berichtet
 - → Unkritische Nutzung des CIRS zum Vergleich hätte zu falschen Schlüssen über die Sicherheits-Praxis geführt.

Die Herausforderung – CIRS können nicht zur Messung der Sicherheit (Fehlerraten) benutzt werden (2,2)

Gründe:

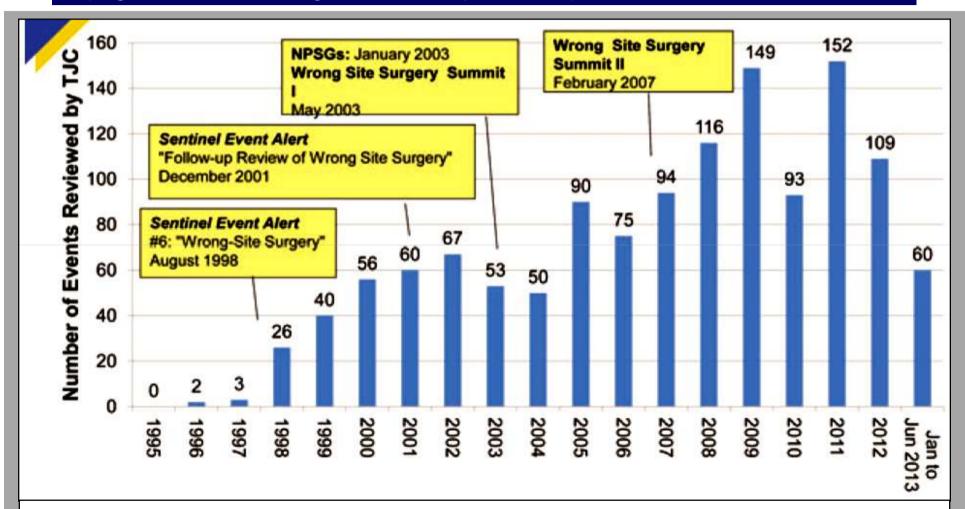
- Underreporting (7% aller AE werden berichtet), unterschiedliche Methoden entdecken unterschiedliche Ereignistypen und führen zu differenten Schlussfolgerungen
- Variation, was als Ereignis berichtet wird, unterschiedliche Schwellen, etwas zu berichten
- Einige werden mit grösserer Häufung berichtet (Stürze), andere weniger (Medikationsfehler)
- Einige Professionals berichten regelmässig (Pflegende), andere weniger (Ärzte).
- Bedingungen für ein valides Messsystem:
 - Klare Definition des Events (Numerator) (im Gesundheitswesen selten)
 - Klare Definition der Population at risk (denominator); nicht gegeben
 - Ein konsistentes Surveillance-System zur Detektion der Events und der Population at risk
- → CIRS erfüllt keine der Bedingungen
 - → Es beruht auf Aufmerksamkeit, Ehrenhaftigkeit, Stimmung der Professionals, AE zu entdecken und zu melden, das ist ungeeignet für ein Surveillance-System.

Die Herausforderung – CIRS können nicht zur Feststellung von Veränderung über die Zeit herangezogen werden (4)

 Um Rückschlüsse auf Veränderungen zu machen benötigt man valide Zahlen. (vgl. vorhergehende Aussagen und Abb:)

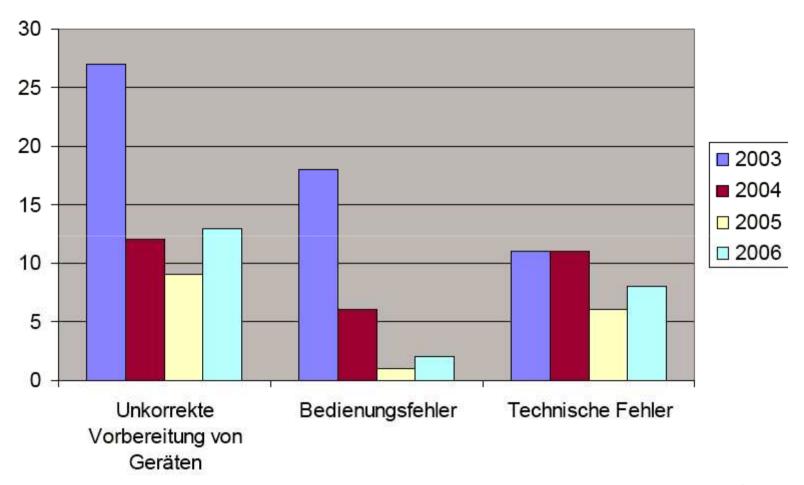
Wrong-patient, Wrong-site, Wrong procedure Events, reviewed by the joint commission,

(regardless of the magnitude of the procedure) J Pub Health Research 2013;2:e27



Reporting of most sentinel events to The Joint Commission is voluntary and represents only a small proportion of actual events. Therefore these are not an epidemiologic data set and no conclusions should be drawn about the actual relative frequency of events or trends over time

...aus dem Qualitätsbericht... Stimmt die Interpretation?



<u>CIRS:</u> Aufgrund der vielen Meldungen von Bedienungsfehlern im Jahr 2003 wurden Checklisten erstellt und die Schulung intensiviert. *In den folgenden Jahren gingen dann die Meldungen dazu deutlich zurück, hingegen nicht die technischen Gerätefehler.* (Neonatologie, USZ)

Die Herausforderung – CIRS können nicht zur Feststellung von Veränderung über die Zeit herangezogen werden (4)

- Um Rückschlüsse auf Veränderungen zu machen benötigt man valide Zahlen. (vgl. vorhergehende Aussagen und Abb:)
 - Ursachen: bei Berichten an die Joint Commission: eher gesteigertes Berichten und verändertes Bewusstsein und kein eigentliches Anwachsen von wrong side surgery Ereignissen
 - Auch im Fall des USZ- Berichts ist obige Interpretation angezeigt: eher Rückgang der Berichtrate und nicht Rückgang der Ereignisse

Grundsätzliches zum CIRS



Gründer: Aviation Safety Reporting System der NASA ASRS

"Counting Incidents is a waste of time"

- Keine Auswertung statistischer Messgrössen
- Keine Rückschlüsse auf die Gesamtheit
- Keine Zu- oder Abnahmetendenz
 - Meldeverhalten?
 - Mehrfachmeldung
- <u>Aber:</u> Auswertung realer Einzelfälle "Fensterblick" auf's System Möglichkeit zur Identifizierung systemischer Ursachen.
- "Lack of denominator", "Lack of Numerator"
- "Reporter Bias"

Die Herausforderung – CIRS generieren zu viele Meldungen (5)

Johns Hopkins Hospital (~ 1000Betten) generiert ca.500 Meldungen/Monat.

- Die Ressourcen, diese zu lesen, sind beschränkt erst recht die für die Analyse
- → Unzufriedenheit der Nutzer
- Manche Meldungen bieten nur wenig zusätzlichen Nutzen für das System. Z.B. enthalten Berichte über Stürze meist folgendes Muster: Pflegende fand Patienten auf dem Boden liegend, nachdem er versuchte, das Bett zu verlassen. Arzt wurde orientiert, nach der Untersuchung wurde kein bleibender Schaden diagnostiziert.

Ohne weitere Details oder Handlungen hat dieser Bericht nur einen begrenzten Nutzen, und lässt keinen Vorteil für den Berichterstatter erwarten, dieses Ereignis zu melden

Die Herausforderung — CIRS werden oft nicht tiefgehend analysiert und münden nicht in Interventionen zur Risikoreduktion (6)

- Mangelhafte Ressourcen lassen oft nur eine oberflächliche Analyse von Fehlern zu.
 - Analysiert die richtige Stelle? wurde die Analysetechnik geschult? Training in Human factors? Dies im Gegensatz zu anderen Hochrisikoindustrien.
 - Sinnvolle Veränderungen werden nur unregelmässig vorgenommen; die Mehrzahl der Veränderungen betreffen Information des involvierten Staff sowie Aus- und Weiterbildung resp. Training.
 - Das führt zum Auftreten ähnlicher Ereignisse in anderen Organisationen des Gesundheitswesens oder so gar im gleichen Betrieb.
 - Gründe für fehlende sinnvolle Veränderungen:
 - Kosten-/Arbeitsdruck, schmale finanzielle Margen; begrenzte regulatorische Kompetenzen; Mangel an Standardisierungen, die professionelle Kultur und mangelnder Wille der Institution etc.
 - → Dieser Mangel an sinnvollen Veränderungen schwächt den potenziellen Nutzen eines CIRS ab. Manche Herausforderungen sind national und lassen den einzelnen Spitälern nur wenig Möglichkeiten für Veränderungen.
 - → Z.B. die Problematik von Medikationsfehlern, die in irgendeinem Spital auftauchen: Ein einzelnes Spital hat nur geringe Möglichkeiten ein Problem von zwei *Look alike sound alike Medikamenten* mit einer x-fach höheren Wirkungsdifferenz. Spitälern greifen dann aufTraining und Weiterbildung zurück, die weniger wirksam sind, das Risiko permanent zu reduzieren

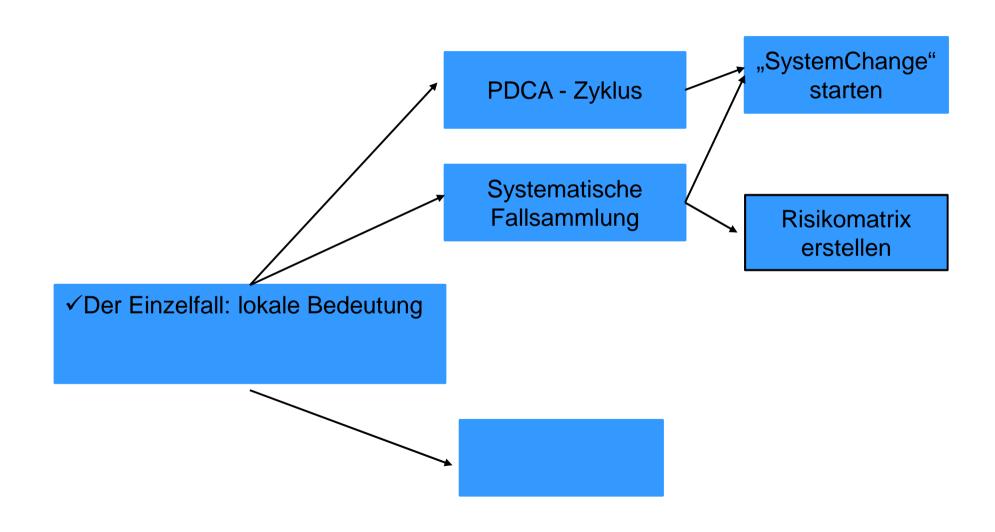
Die Herausforderung – CIRS sind mit Kosten verbunden (7)

- Einrichtung
- Training
 - Gebrauch, wie berichten, sammeln und analysieren der Daten aus dem System.
 - z.B. Statt über den x-ten Sturz zu berichten und weitere Informationen darüber zu sammeln, wären die Mittel besser verwendet, wenn best practice Modelle implementiert würden.
 - → Risiko assessment, Risikokommunikation, stündliches Runden mit Fragen nach Comfort, Sicherheit, Schmerzen, Toilette, Medikationsänderung.
- Verhinderung von Fehlern, Schaden führt andererseits zur Kostenreduktion. Aber durch *Präventionsmassnahmen* erzielbare Vorteile sind theoretisch, Kosten hingegen real.

Nutzen- CIRS zur Identifikation von lokalen Risiken (1)

- Einzelne Berichte über near misses können durch systematische Analyse grösseren Schaden verhindern (der Blick durch's Fenster aufs System).
 - → Verschiedene Analysetools erlauben die Ursachenfindung und erlauben es aus Fehlern zu lernen

III. CIRS/CIRRNET Nutzen lokal – Lerneffekt (1)



Analysemöglichkeiten für gemeldete Ereignisse (2)

Jede Meldung wird eingeteilt nach

- Schweregrad der tatsächlichen bzw.möglichen Konsequenzen (1-5),
- Eintretenswahrscheinlichkeit: Score: selten 1 bis häufig 5
- das Produkt aus beiden ist der Patientensicherheitsindex: Einteilung in
 - tief: 1-5 Punkte; mittel: 6-14 Punkte; hoch: 15-25 Punkte
- Kritische Ereignisse mit hohem Index: z.B. nach dem London Protokoll analysieren

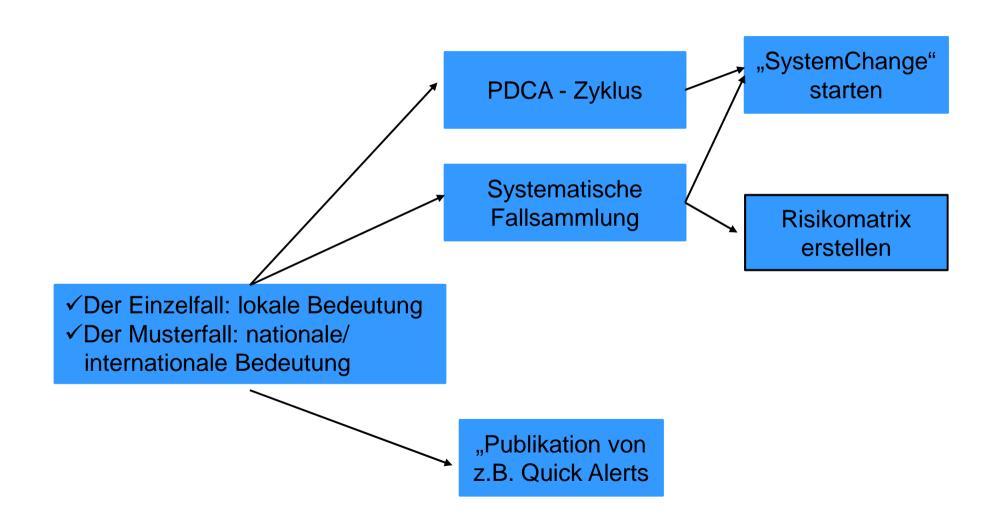
Likelihood score		1 Rare (~1×/10 years)	2 Unlikely (1×/3 years)	3 Possible (1×/year)	4 Likely (1×/3 months)	5 Frequent (1×/month)
Cor	nsequence score					
5	Catastrophic (death or permanent disability)	5	10	15	20	25
4	Major (long-term disability)	4	8	12	16	20
3	Moderate (injury requiring intervention in ICU)	3	6	9	12	15
2	Minor (injury requiring intervention not bound to ICU)	2	4	6	8	10
1	Negligible (no intervention needed)	1	2	3	4	5

Frey B. Schwappach D, Current Opinion in Critical Care 2010; 16: 649-653

Nutzen- CIRS zur Aggregation von Erfahrungen für ungewöhnliche Bedingungen (2)

- Die Sammlung ungewöhnlicher Ereignisse kann Einblick in Risiken und Umstände gewähren.
 - Z.B. zeigte die Sammlung von 132 wrong side surgery Ereignissen in Colorado, dass in 100% der Fälle ein Kommunikationsfehler vorlag und in 72% ein time out nicht stattfand. Das zu sammeln dauerte 6 Jahre und erforderte Daten von 5937 Ärzten. Ein einzelne Institution hätte nicht genügend Erfahrungen/Ereignisse um solche Muster zu identifizieren,
 - → Deshalb kann die Aggregation und Analyse von ungewöhnlichen Ereignissen aus einem CIRS von verschiedenen Organisationen in solchen Fällen nützlich sein.

CIRS/CIRRNET Nutzen national – Lerneffekt (2)



Nutzen- CIRS zum Lernen aus Fehlern lokal, regional und überregional (3)



- Überregionales Lernen von anderen
- Austausch mit Experten zu spezifischen international relevanten Problemfeldern der Patientensicherheit,
- gemeinsame Entwicklung und Veröffentlichung von Empfehlungen
- Manifestation des Engagements in Patientensicherheit,
- Manifestation des klinischen Risikomanagements nach aussen (Patienten, Haftpflichtversicherer, KK, Politik), und nach innen.
- Fehlermeldesysteme als ein Charakteristikum der Sicherheitskultur

Nutzen – CIRS zur Verbesserung der Sicherheitskultur (4)

- Der vollständige Berichtzyklus:
 - Implementieren
 - Berichten
 - Analyse
 - Implementierung von Systemveränderungen
 - Beurteilung ob Veränderung eine Verbesserung ist (Plan-Docheck-Act)
- Kommunikation mit den Mitarbeitenden kann als Methode zur Veränderung der Sicherheitskultur betrachtet werden, unabhängig vom CIRS selbst.

Praktische Vorschläge

- Vereinfachung des Berichtens
 - Elektronisch, nur minimal data set, freier Text, keine Kategorisierung,
 - die Flut von Meldungen führt zur Unvollständigkeiten und Ungenauigkeiten, Erfahrener sollte "Spreu vom Weizen" trennen.

Praktische Vorschläge (2) Berichten für den Meldenden sinnvoll machen

- Die Meldefreudigkeit leidet, wenn identifizierte Probleme nicht angegangen wurden.
- Feedback an den Reporter
 - Meldung ist angekommen, gelesen und als wichtig eingeschätzt
 - Kommunikationzyklus (Sender-Empfänger) muss geschlossen werden. Wenn das nicht passiert, wird gerade auch bei Klinkern, die unter Druck arbeiten müssen, die Meldebereitschaft ab- und nicht zunehmen.
- Kommunikationskonzept zur Klärung des Sinns eines CIRS.

Praktische Vorschläge - Kommunikationskonzept (3)

- Empathie (Fähigkeit, Gedanken und Gefühle des anderen zu verstehen)
 - CIRS-Verantwortliche sollten die Perspektive von Klinikern einnehmen, verstehen warum sie jetzt nicht berichten und
 - sie sollten ihre Kommunikationstrategie an diese Gründe anpassen, um eine Steigerung der Berichtsraten zu erreichen
- Kommunikation auf verschiedenen Kanälen
 - Schriftlich ist anfällig für Missverständnisse, der Bericht eines AE kann missinterpretiert werden oder die Antwort des Riskmanagements kann missinterpretiert werden.
 - Jede Art von Verhalten ist Kommunikation: kein Feedback kommuniziert z.B.: Sie kümmern sich nicht um die Beantwortung!
- Kommunikation hat wörtliche und Beziehungsimplikationen
 - z.B. die Meldung, dass der Bericht über einen AE angekommen ist (informativ)
 - Aber auch einen Beziehungsausdruck, z.B. sich bedanken, auf die bevorstehende Analyse hinweisen, kann Vertrauen, Kommitment übermitteln.
 - → Diese Kommunikationskultur ist die Bedingung für Sicherheitskultur

Praktische Vorschläge - Kommunikationskonzept (4)

- Rechtzeitiges Feedback an den Reporter
 - Dank und Information über weiteres Vorgehen, damit allenfalls Übermittlung von "das Berichten und der Zeitaufwand haben sich gelohnt",
- CIRS-Verantwortliche
 - sollen die Berichte beim Staff bekannt machen
 - Bekanntmachung der Risiken
 - Forum schaffen zur Ideengenerierung zur Risikoreduktion
 - Verbreitung der Lösungen
- Führungsverantwortliche
 - Mittel zur Verfügung stellen zur Sammlung, Analyse der Daten und Abschwächen der Risiken.
 - So eingeleitete und bekanntgemachte Veränderungen tragen zur Entwicklung der Sicherheitskultur bei.
- Kommunikation der durch CIRS-meldungen hervorgerufenen Veränderungen

Streit um Führung im Jak Uniklinikum eskaliert

Mannheim Der Dekan fordert angesichts der staatsanwaltlichen Ermittlungen eine neue Leitungsstruktur. Von Johanna Eberhardt

um zweiten Mal innerhalb weniger Tage sind am Mittwoch Beamte der Mannheimer Staatsanwaltschaft und der Polizei mit Unterstützung des Regierungspräsidiums Karlsruhe zu einer Durchsuchung im Universitätsklinikum Mannheim angerückt. Hintergrund der

Nach einem Bericht von "Spiegel-Online", der gleichfalls am Mittwoch erschienen ist, hat es in dem überregionalen Klinikfehlermeldenetz CIRS bereits seit etwa zwei Jahren wiederholt anonyme Beschwerden über Defizite der Sterilisation in Mannheim gegeben. Mitarbeiter hätten dort unter anderem über falsch gepackte OP-Sets oder über mit Haaren und Knochenresten verunreinigte Instrumente geklagt. Einmal habe ein Arzt eine tote Fliege beim OP-Besteck gefunden, ein anderes Mal seien Staphylokokken in zwei Sets nachgewiesen worden.

Probleme:

- Mitarbeiter melden
- Klinikleitung reagiert nicht
- Gelangen an die Öffentlichkeit
- Staatsanwaltschaft nach anonymer Anzeige: Ermittlung wegen Verstosses gegen das *Medizinproduktegesetz* und Im Raum steht der Vorwurf der fahrlässigen *Körperverletzung*

Praktische Vorschläge – Priorisierung von Meldungen und Analysen (5)

- Luftfahrt hat als einzigen Fokus fatale Unfälle. Im Gesundheitswesen hat diese fehlende Fokusierung zu einer Fragmentierung der Anstrengungen geführt.
 - Flut von Meldungen, wenig Tiefgang bei Analysen
 - Weniger strenge Lösungen
- Alternativen
 - Nicht nur beschränken auf Fehler ohne Schaden
 - Melden von Fehlern mit leichtem Schaden
 - Vermeidbar
 - Fehler die häufig passieren (z.B.Medikationsfehler)
 - Fehler, die zu grossem Schaden führen: Stürze
 - Fehler, die zu grösster Besorgniss Anlass geben (serious reportable Events (SRE)
 - Verwechslungen
 - Wrong-site surgery
- Nationaler und internationaler Austausch mit Healthprofessionals Fachgesellschaften, Industrievertretern (Medical device-Produzenten)

Charakteristika erfolgreicher Fehlermeldesysteme

- Nicht —"bestrafend": Berichtende vertrauen darauf, dass aus einer Meldung keine Strafe resultiert.
- Vertraulich: Identitäten werden Dritten nicht eröffnet
- Unabhängig: Das System wird nicht von einer Organisation kontrolliert, die die Macht hätte, den Berichtenden zu bestrafen.
- Analyse durch Experten: Berichte werden analysiert von Personen, die geübt sind, Ursache Wirkungsbeziehungen zu identifizieren (root-cause-analysis (RCA)) und die vertraut sind mit der Arbeitsumgebung.
- Zeitnah: Die Analyse erfolgt prompt, Empfehlungen werden rasch verbreitet, insbesondere dann, wenn Fehler mit einem signifikanten Risiko verbunden sind.
- System orientiert: Die Analyse ist eher fokusiert auf Systeme und Prozesse als auf die individuelle Performance.
- Offen und interessiert: Die Leitung verbreitet die Empfehlungen und die beteiligten Organisationen implementieren diese, wenn immer möglich.

CIRS und Risikomanagement



- CIRS zählt, Risikomanagement analysiert und interveniert/verändert.
- CIRS schafft in einem Risikomanagement die Chance den Übergang vom Fehler zum Schaden zu vermeiden bzw. seine Auswirkungen zu vermindern,
- CIRS vermindert wohl zusätzlich auch die Haftungsrisiken
- Risikomanagement zielt auf die Steigerung von Patientensicherheit durch gute Organisation.
- Patientensicherheit ist als Qualitätsund Risikomanagement auch ein Organisationsprogramm.





Effektive Nutzung des CIRS-Potenzials: Beteiligung und Lernen gezielt fördern

Prof. Dr. Tanja Manser Institut für Patientensicherheit





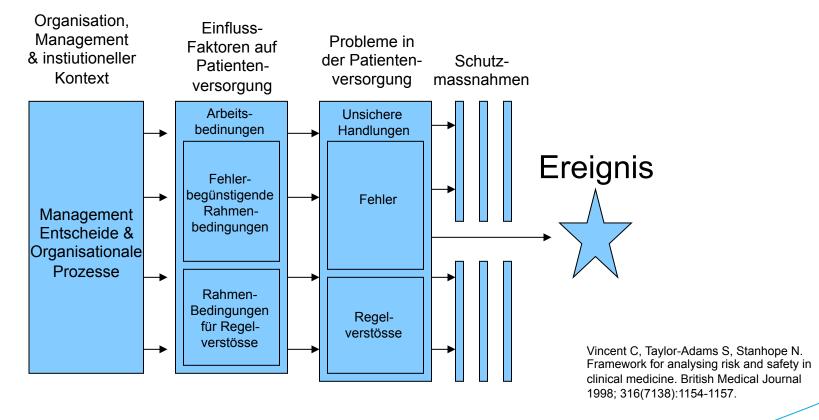
Gliederung

- » (Organisationales) Lernen aus CIRS
- » Underreporting
- » Berichtsmotivation
- » Erfolgsfaktoren
- » (Organisationales) Vergessen trotz CIRS

Systematische Incident Analyse als Grundlage des Lernens







CIRS als "window to the system" (Vincent, 2004)





Phänomen "underreporting"

- » Vielfach empirisch berichtet (Stanhope et al. 1999)
- » Barrieren, Incidents zu berichten
 - Designempfehlungen für Incident Reporting Systeme
- » Psychologische Perspektive auf das Berichten von Incidents erweitert das Verständnis für Barrieren
- » Entstehen der Motivation / Bereitschaft, Incidents (nicht) zu melden

Barrieren für das Berichten kritischer Ereignisse





» Underreporting

(Beasley et al, 2004; Jeffe et al, 2004; Kingston et al, 2004; Schectman & Plews-Ogan, 2006; Taylor et al, 2004; Uribe et al, 2002; Vincent et al, 1999; Waring, 2005)

- Berichtsformular nicht gefunden
- Keine Zeit
- Nicht sicher, was berichtet werden soll
- Vertraulichkeit
- Sanktionen
- Kein Feedback

• ...

» Strukturierung in

- Individuelle Merkmale
 - Einstellungen gegenüber Fehlern
 - Angst vor Schuldzuweisung
 - Rollenverständnis
- Merkmale des CIRS
 - Klare Definition von "Incident"
 - Effektivität
 - Feedback
- Organisationale Merkmale
 - Psychologische Sicherheit
 - Unterstützung der Führungsebene

Motivatoren / Barrieren für Bereitschaft zu Berichten





Angst vor disziplinarischen Konsequenzen (Erwartung x Wert)

Individual

Personal Attitudes Subjective Norm

Role Identity

Error Orientation

Was erwarten andere von mir? (Fishbein & Ajzen, 1975)

Reporting als Teil des Jobs (Piliavin et al., 2002)

Perception of IRS characteristics

Learning from / Covering up Errors (Rybowiak et al., 1999)

Organisation

Psychological Safety Tolerance for Dissent Management Support Ausmass, indem Mitarbeitende sich trauen, eigene Ideen, Widersprechende Meinungen oder Fehler auszusprechen (Edmondson, 2004)

Wahrgenommene Unterstützung des Meldens von Ereignissen und von Aktivitäten zur Patientensichereit.

IncidentMerkmale
beeinflussen
Bereitschaft
zu berichten
(Lawton & Parker,
2002)





Befragung zum Umgang mit kritischen Ereignissen in Ihrer Klinik

Im Zentrum dieses Fragebogens stehen Ihre Einschätzungen zum Umgang mit kritischen Ereignissen in Ihrer Klinik. Dabei geht es um *Ereignisse*, die für die Patientensicherheit kritisch sind der

Klinik/ Service / Servizio:	FHK (Geb.hilfe)	Chirurgie	Innere Medizin	Anästhesie	Intensiv- station	
Spital 1				3 Standorte	4 Standorte	
Spital 2	Х	Х	Х	Х		
Spital 3	Х	Х			2 Abteilungen	
Spital 4	Х	Х	Х	Х		
Spital 5	Х	Х	Х	Х		

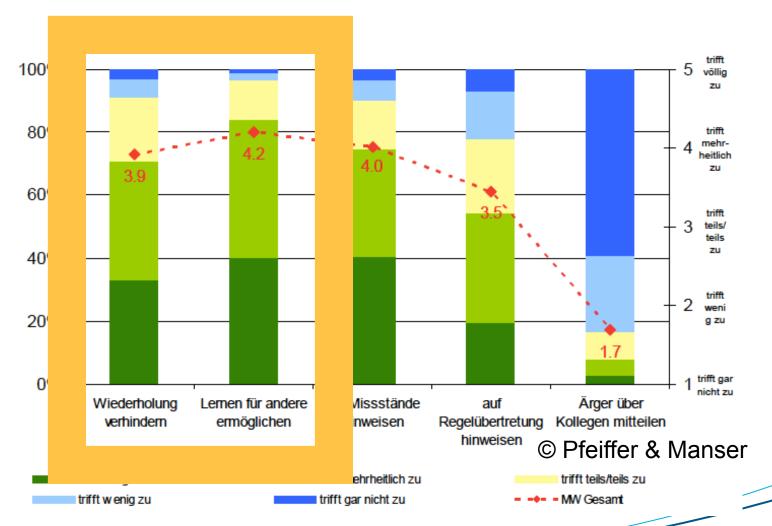
N=818 (546 Pflege, 230 Ärzte)

S zu berichten.					
RS zu berichten. Oh bringe kritische Ereignisse in Fallbesprechungen ein.					
ch bringe kritische Ereiginsses im Verhältnis dazu, wie häufig kritische Ereignisse in meinem Altag vorkommen, berichte ich im IRS					
Allteg vorkommen, over de	ni angebe	n) kritisc	he Ereig	nisse b	erichtet.

universität**bonn**



Warum wird berichtet?







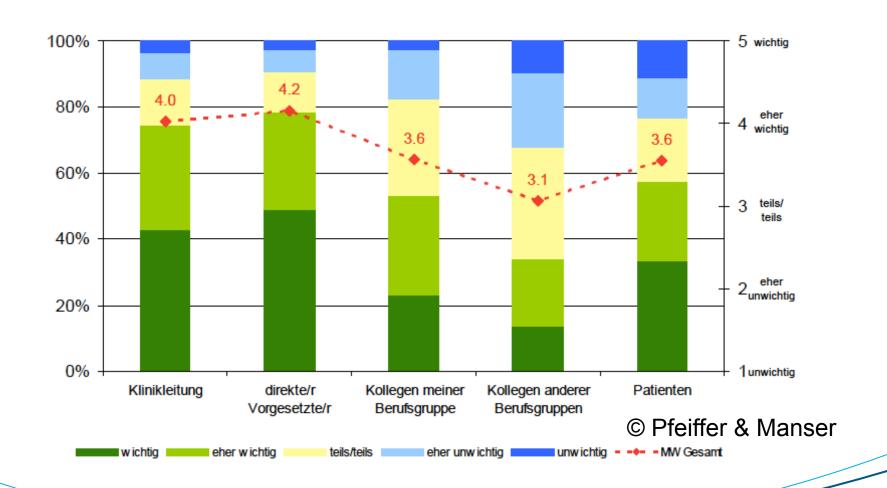
"Der Gedanke, dass ich einen Fehler machen könnten, der schwerwiegende Konsequenzen für einen Patienten hat…"

- a) veranlasst mich dazu, einen Berufswechsel in Betracht zu ziehen 29%
- b) veranlasst mich dazu, riskante und schwierige Aufgaben möglichst meinen Kollegen zu überlassen 43%
- c) ist für mich belastend 81%

Erwartungen anderer an Beteiligung an CIRS



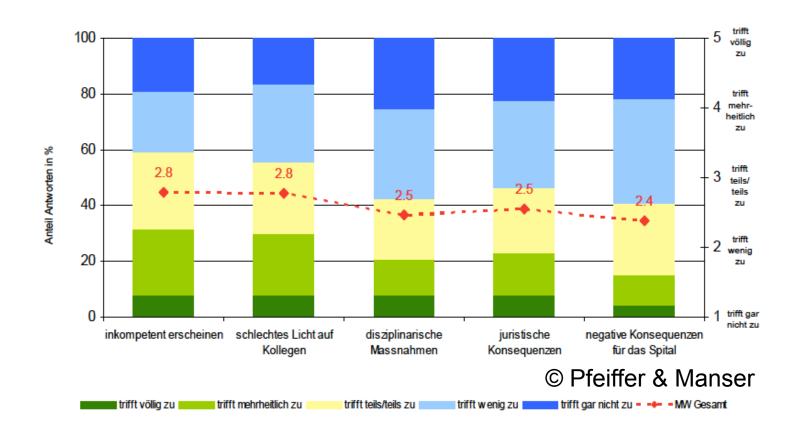




Befürchtungen im Zusammenhang mit CIRS



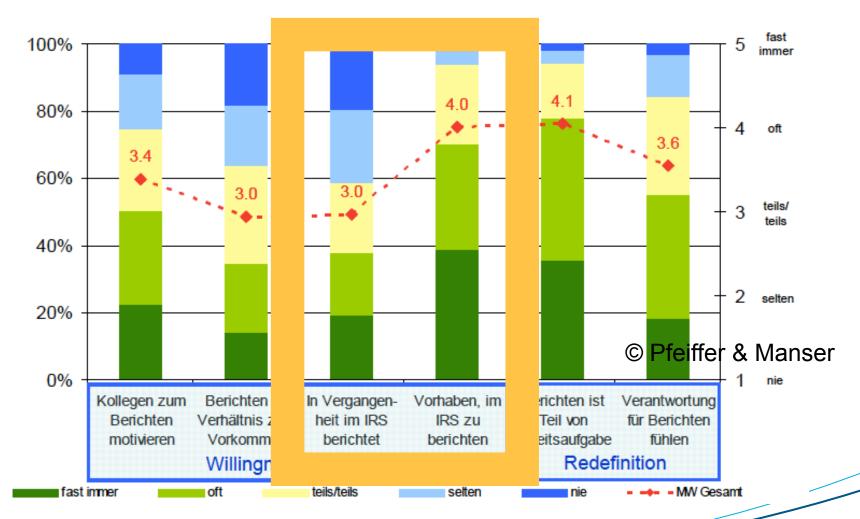




universität**bonn**

universitäts klinikum**bonn**

Bereitschaft zu Berichten



universität**bonn**



Verhaltensintensionen

- » Unmittelbarster und bedeutsamster Prädiktor für eine Verhaltensausführung ist die Verhaltensintension
- "...instructions that people give to themselves to behave in certain ways" (Triandis, 1980, p. 203)

Richtung – "tue X" vs. "tue Y nicht"

Intensität – Zeit und Energie, die man aufzuwenden bereit ist

Determinanten der Konsistenz zwischen Intension und Verhalten





» Intension

Implementierungs-Intension (d.h. "Ich will X tun in Situation A") erhöht die Verhaltenswahrscheinlichkeit, die Geschwindigkeit der Verhaltensaktivierung und die Konsistenz über Kontexte und Zeit hinweg (Gollwitzer, 1993)

Grad der Intensionsbildung > Stärke der Intension Zielintension vs Verhaltensintension

» Verhalten

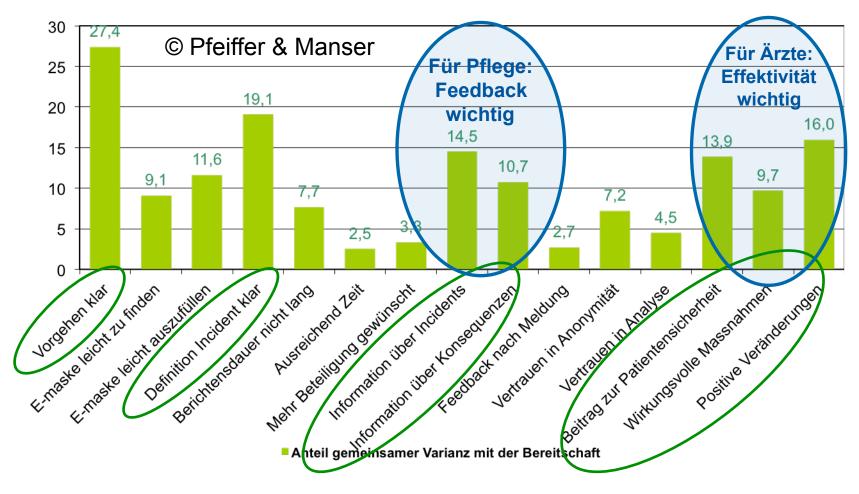
Einzelhandlung vs komplexes Verhaltensprogramm

Tatsächliche Verhaltenskontrolle ← Wissen, Fähigkeit, Ressourcen, Gelegenheit, Verfügbarkeit, Kooperation, unerwartete Situationen

universität**bonn**



Erfolgsfaktoren für Bereitschaft zu Berichten: IRS

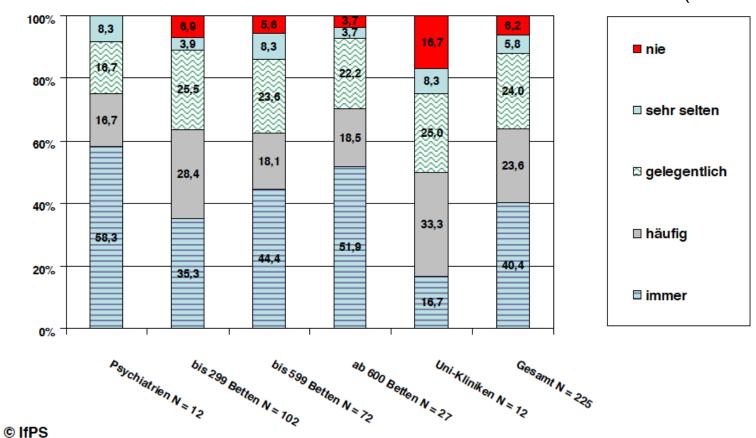


Feedback als Schlüsselfaktor





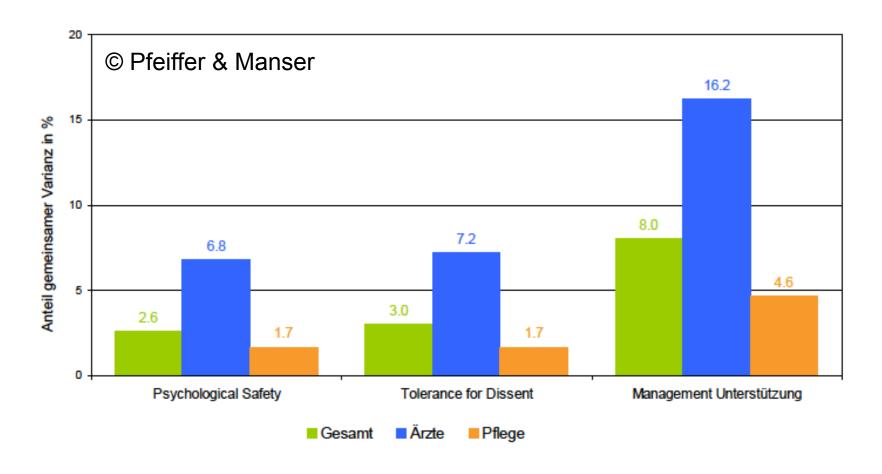
Kommunikation über Massnahmen aus CIRS-Berichten? (Stand 2010)







Erfolgsfaktoren für die Bereitschaft zu Berichten: Organisational









The European Journal of Medical Sciences

Original article | Published 12 November 2013, doi:10.4414/smw.2013.13881

Cite this as: Swiss Med Wkly. 2013;143:w13881

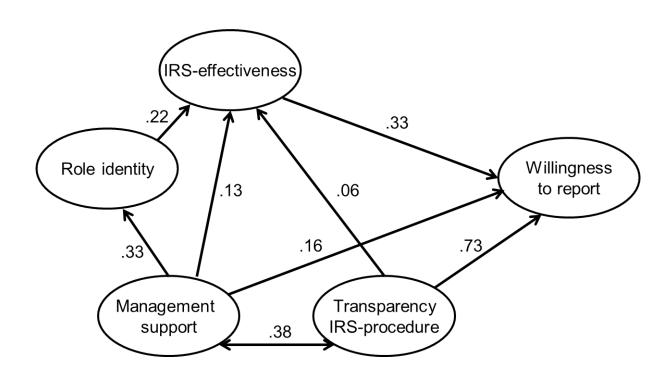
Motivational antecedents of incident reporting: evidence from a survey of nurses and physicians

Yvonne Pfeiffer^a, Matthias Briner^{b,c}, Theo Wehner^a, Tanja Manser^d





Erfolgsfaktoren für Bereitschaft zu Berichten



Ansatzpunkte zur Erhöhung der Berichtsmotivation







Individual

Personal Attitudes Subjective Norm Role Identity Error Orientation

Perception of IRS characteristics

Organisation

Psychological Safety Tolerance for Dissent Management Support

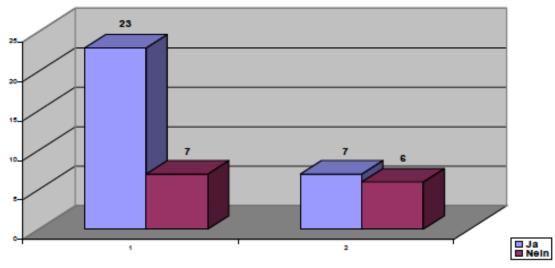


Motivation von Kliniken zur Einführung von CIRS





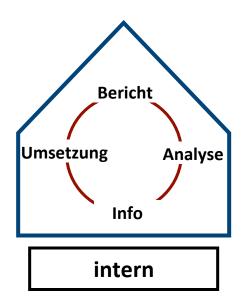
Nachbefragung* in den LZ / Befragungseinheiten:



Aufgrund der Ergebnisse wurde bei uns der Entscheid getroffen "CIRS" einzuführen. Aufgrund der Ergebnisse interessieren wir uns für "CIRS" oder andere Berichtssysteme.

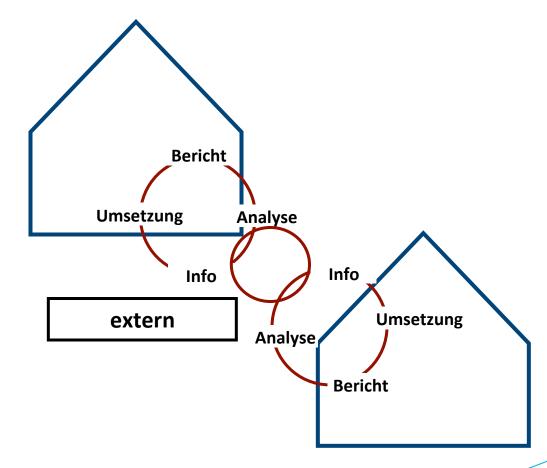
*Schriftliche Aufforderung an die QV der Kliniken / LZ (Juni-Sept 2007, n=19), Standardisiert mit Fragebogen an die ausstehenden QV oder Klinikdirektoren (Sept.-Okt. 2007, n=26)

Implikationen für einrichtungsinterne / -übergreifende CIRS













Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Kontakt: Prof. Dr. Tanja Manser Institut für Patientensicherheit tanja.manser@ukb.uni-bonn.de



Meldesystem für uns – CIRS dauerhaft erfolgreich machen

Workshop II

Dr. Michael Gösling Christophorus Kliniken Coesfeld-Dülmen-Nottuln







WORKSHOP II

Meldesystem für uns - CIRS dauerhaft erfolgreich machen

Manche Betreiber von CIRS-Systemen machen die Erfahrung, dass das Engagement für ein solches System mit der Zeit abnimmt. Gründe dafür sind vielfältig. Ziel des Workshops soll es sein, Faktoren aufzuzeigen, die es ermöglichen, solche Instrumente dauerhaft erfolgreich zu betreiben.

Dr. med. Michael Gösling, Christophorus Kliniken, Coesfeld-Dülmen-Nottuln Ulrich Erdbories, Josephs-Hospital, Warendorf







Fehlermeldesystem der Christophorus-Kliniken, der Klinik am Schlossgarten und der Altenheime der Christophorus Trägergesellschaft

Die Buchstaben "CIRS" stehen für Critical Incident Reporting-System. In dieses Fehlermeldesystem können Sie Fehler eingeben, die keine absehbar haftpflichtelevanten Schäden verursacht haben. Sie bleiben anonym und müssen keine Sanktionen befürchten. Die Fehlermeldung wird vom CIRS-Koordinator bearbeitet und im CIRS-Team ausgewertet.



Bitte...

- melden Sie in diesem System nur Fehler ohne absehbar haftpflichtrelevante Schäden,
- · machen Sie möglichst viele Angaben zu den Begleitumständen des Fehlers bzw. wie er hätte vermieden werden können,
- melden Sie Fehler, die schon einmal gemeldet wurden und danach wieder aufgetreten sind, erneut.

Das CIRS-Team bilden die folgenden Mitarbeiter der Christophorus-Kliniken, der Klinik am Schlossgarten und der Altenheime:



Dr. med. Markus Holtel Leiter QM CIRS-Koordinator



Martin Splittgerber Ltd. Oberarzt Klinik am Schlossgarten



Dr. med. Michael Gösling Oberarzt Geriatrie



Michael Paschert
Stationsleiter dA1



Sandra Skapski Pflegefachkraft St.-Elisabeth-Stift



Uwe Hessel Mitarbeiter Medizincontrolling



Thomas Stallmeyer Bereichsleiter Betriebstechnik





Fehlermeldesystem der Christophorus-Kliniken, der Klinik am Schlossgarten und der Altenheime der Christophorus Trägergesellschaft

Die Buchstaben "CIRS" stehen für Critical Incident Reporting-System. In dieses Fehlermeldesystem können Sie Fehler eingeben, die keine absehbar haftpflichtelevanten Schäden verursacht haben. Sie bleiben anonym und müssen keine Sanktionen befürchten. Die Fehlermeldung wird vom CIRS-Koordinator bearbeitet und im CIRS-Team ausgewertet.



Bitte...

- melden Sie in diesem System nur Fehler ohne absehbar haftpflichtrelevante Schäden,
- · machen Sie möglichst viele Angaben zu den Begleitumständen des Fehlers bzw. wie er hätte vermieden werden können,
- melden Sie Fehler, die schon einmal gemeldet wurden und danach wieder aufgetreten sind, erneut.

Das CIRS-Team bilden die folgenden Mitarbeiter der Christophorus-Kliniken, der Klinik am Schlossgarten und der Altenheime:



Dr. med. Markus Holtel Leiter QM CIRS-Koordinator



Martin Splittgerber Ltd. Oberarzt Klinik am Schlossgarten



Dr. med. Michael Gösling Oberarzt Geriatrie



Michael Paschert
Stationsleiter dA1



Sandra Skapski Pflegefachkraft St.-Elisabeth-Stift



Uwe Hessel Mitarbeiter Medizincontrolling



Thomas Stallmeyer Bereichsleiter Betriebstechnik

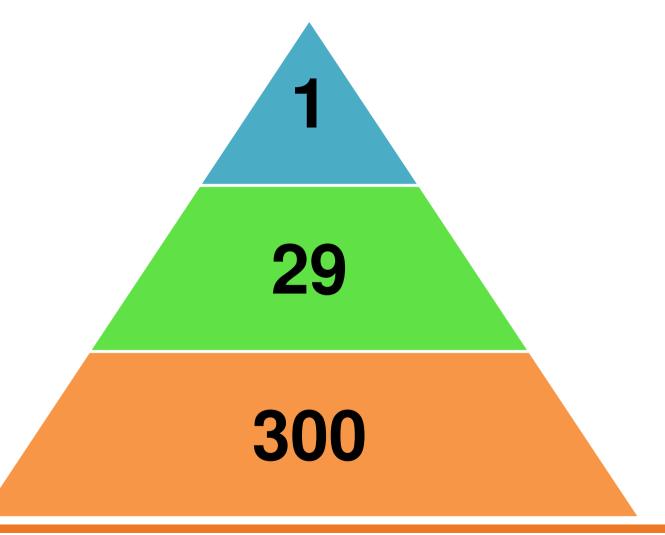


Aufwand zeitlich Aufwand intellektuell Unzicherheit über Anonymizierung Angzt vor Strafe Unkenntniz der Abläufe

...bringt eh nix











300!





300!

Meldesystem für uns – CIRS dauerhaft erfolgreich machen





damals...







damals...

Die professionelle ethische Verpflichtung, zum Wohl der sich Ihnen anvertrauenden Menschen zu handeln, prägt die Einstellung der im Gesundheitswesen arbeitenden Ärzte, Pflegekräfte und nicht-ärztlichen Therapeuten.

Fehler dürfen nicht passieren. Diagnostik, Therapie und Pflege haben perfekt zu sein. Im Alltag des Berufs gelten Fehler als inakzeptabel.

Diese Einstellung führt leicht dazu, dass Ärzte sich und ihr Team für unfehlbar halten und Fehler als Hinweise auf charakterliche Schwächen missdeuten



(Paschen, Bastek 2002)

Meldesystem für uns – CIRS dauerhaft erfolgreich machen





damals...

Die professionelle ethische Verpflichtung, zum Wohl der sich Ihnen anvertrauenden Menschen zu handeln, prägt die Einstellung der im Gesundheitswesen arbeitenden Ärzte, Pflegekräfte und nicht-ärztlichen Therapeuten.

Fehler dürfen nicht passieren. Diagnostik, Therapie und Pflege haben perfekt zu sein. Im Alltag des Berufs gelten Fehler als inakzeptabel.

Diese Einstellung führt leicht dazu, dass Ärzte sich und ihr Team für unfehlbar halten und Fehler als Hinweise auf charakterliche Schwächen missdeuten



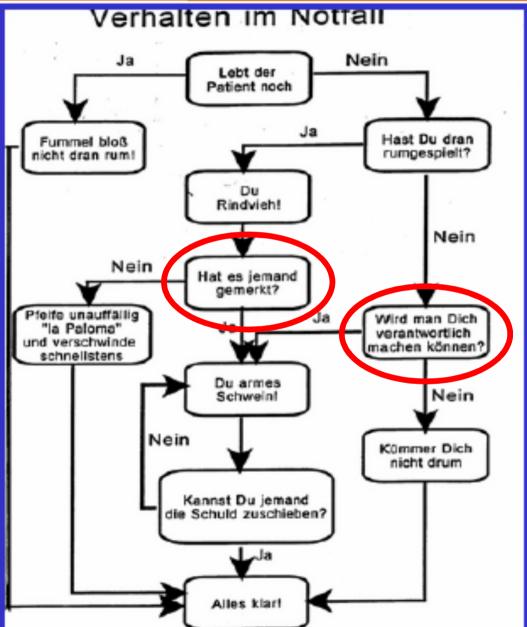
(Paschen, Bastek 2002)



Meldesystem für uns – CIRS dauerhaft erfolgreich machen









Meldesystem für uns – CIRS dauerhaft erfolgreich machen





Wem melden?

- Langjährig bekannt
- Vertrauenswürdig
- Eigenständig
- Keine Leitung
- -> "2.Reihe"

morgen...



Meldesystem für uns – CIRS dauerhaft erfolgreich machen





Wem melden?

- Langjährig bekannt
- Vertrauenswürdig
- Eigenständig
- Keine Leitung

-> "2.Reihe"









Dr. med.
Markus Holtel
Leiter QM

Martin Splittgerber Ltd. Oberarzt Klinik am Schlossgarten

Dr. med. Michael Gösling Oberarzt Geriatrie



Michael Paschert Stationsleiter dA1



Sandra Skapski Pflegefachkraft St.-Elisabeth-Stift



Uwe Hessel Mitarbeiter Medizincontrolling



Thomas Stallmeyer Bereichsleiter Betriebstechnik

Meldesystem für uns – CIRS dauerhaft erfolgreich machen



Wem melden?

- Langjährig bekannt
- Vertrauenswürdig
- Eigenständig
- Keine Leitung

-> "2.Reihe"





Coesfeld, 16.01.2009 B./En.

ERKLÄRUNG

zur Einführung eines CIRS

In den kommenden Monaten wird in der Christophorus Trägergesellschaft mbH ein CIRS eingeführt, ein Critical Incident Reporting System. Dieses System nimmt anonym und sanktionsfrei Fehlerberichte von Mitarbeitern auf.

Risiken für Patienten, Bewohner und Mitarbeiter sind nie gänzlich auszuschließen, sie sind unvermeidbarer Bestandteil der Arbeit in Kliniken und Heimen. Sie sollen jedoch erkannt, bearbeitet und so weit wie möglich gemindert werden. Das CIRS ist Bestandteil eines umfassenden Risikomanagements. Es trägt bei zur Tramsparenz der Arbeit. Es liefert wertvolle Hinwelse auf Risiken, die wir bislang nicht entdeckt haben. CIRS-Eingaben sind unschätzbare Beiträge unserer Mitarbeiter.

Jeder Mitarbeiter kann in einem CIRS Fehler melden, die ihm oder anderen unterlaufen sind. Bitte melden Sie vor allem Fehler, die rechtseiten foodookt Verlauf gehen ähnliche Fälle von







Dr. med. Markus Holtel Leiter QM CIRS-Koordinator

Martin Splittgerber Ltd. Oberarzt Klinik am Schlossgarten

Dr. med. Michael Gösling Oberarzt Geriatrie



Michael Paschert Stationsleiter dA1



Sandra Skapski U Pflegefachkraft N St.-Flisabeth-Stift N

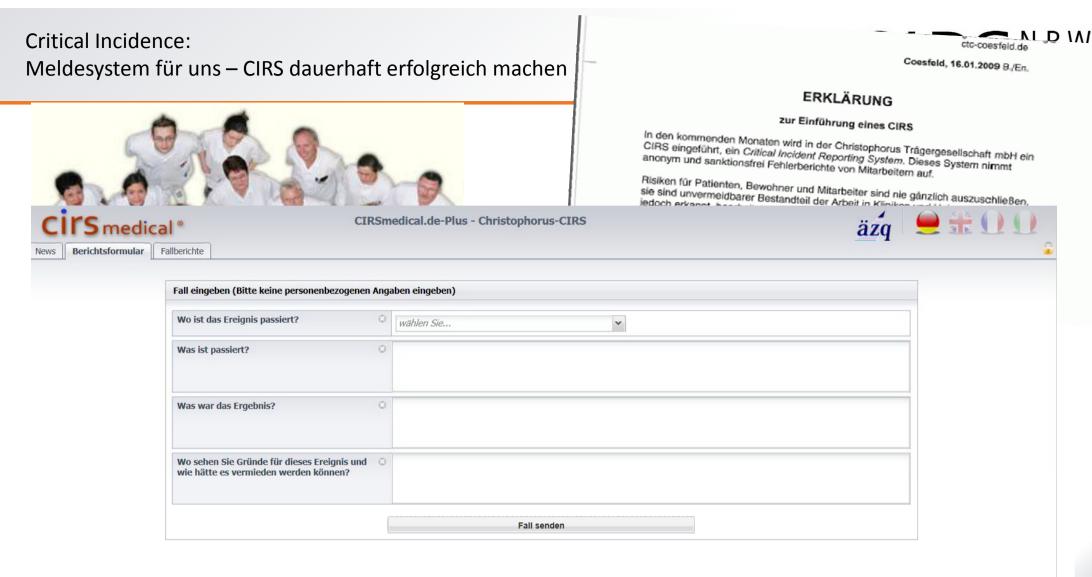


Uwe Hessel Mitarbeiter Medizincontrolling



Thomas Stallmeyer Bereichsleiter Betriebstechnik

Anonymität & Sanktionsfreiheit



Einfache Meldung!

Meldesystem für uns – CIRS dauerhaft erfolgreich machen



Wem melden?

- Langjährig bekannt
- Vertrauenswürdig
- Eigenständig
- Keine Leitung

-> "2.Reihe"





Coesfeld, 16.01.2009 B./En.

ERKLÄRUNG

zur Einführung eines CIRS

In den kommenden Monaten wird in der Christophorus Trägergesellschaft mbH ein CIRS eingeführt, ein Critical Incident Reporting System. Dieses System nimmt anonym und sanktionsfrei Fehlerberichte von Mitarbeitern auf.

Risiken für Patienten, Bewohner und Mitarbeiter sind nie gänzlich auszuschließen, sie sind unvermeidbarer Bestandteil der Arbeit in Kliniken und Heimen. Sie sollen jedoch erkannt, bearbeitet und so weit wie möglich gemindert werden. Das CIRS ist Bestandteil eines umfassenden Risikomanagements. Es trägt bei zur Tramsparenz der Arbeit. Es liefert wertvolle Hinwelse auf Risiken, die wir bislang nicht entdeckt haben. CIRS-Eingaben sind unschätzbare Beiträge unserer Mitarbeiter.

Jeder Mitarbeiter kann in einem CIRS Fehler melden, die ihm oder anderen unterlaufen sind. Bitte melden Sie vor allem Fehler, die rechtseite foodschild Verlauf gehen ähnliche Fälle ver







Dr. med. Markus Holtel Leiter QM CIRS-Koordinator

Martin Splittgerber Ltd. Oberarzt Klinik am Schlossgarten

Dr. med. Michael Gösling Oberarzt Geriatrie



Michael Paschert Stationsleiter dA1



Sandra Skapski Pflegefachkraft



Uwe Hessel Mitarbeiter Medizincontrolling



Thomas Stallmeyer Bereichsleiter Betriebstechnik

- Anonymität & Sanktionsfreiheit
- Einfache Meldung

Meldesystem für uns – CIRS dauerhaft erfolgreich machen



Wem melden?

- Langjährig bekannt
- Vertrauenswürdig
- Eigenständig
- Keine Leitung

-> "2.Reihe"

Nahrungsergänzung. Fehler des Monats 7/2012



Je größer die Menge an verabreichten Arzneimitteln, desto kleiner kann das Abendbrot ausfallen. Dieser Zusammenhang darf aber nicht dazu verführen, Essensausgabe und Medikamentausgabe zu vermengen. Grundsätzlich sollten diese beiden Arbeitsgänge getrennt bleiben. Ein Fall, in dem dies nicht beherzigt wurde, wurde jetzt im Christophorus-CIRS gemeldet:

ERKLÄRUNG

Coesfeld, 16.01,2009 8./En

zur Einführung eines CIRS

In den kommenden Monaten wird in der Christophorus Trägergesellschaft mbH ein CIRS eingeführt, ein Critical Incident Reporting System. Dieses System nimmt anonym und sanktionsfrei Fehlerberichte von Mitarbeitern auf.

Risiken für Patienten, Bewohner und Mitarbeiter sind nie gänzlich auszuschließen, sie sind unvermeidbarer Bestandteil der Arbeit in Kliniken und Heimen. Sie sollen jedoch erkannt, bearbeitet und so weit wie möglich gemindert werden. Das CIRS ist Bestandteil eines umfassenden Risikomanagements. Es trägt bei zur Tramsparenz der Arbeit. Es liefert wertvolle Hinweise auf Risiken, die wir bislang nicht eintdeckt haben. CIRS-Eingaben sind unschätzbare Beiträge unserer Mitarbeiter.

Jeder Mitarbeiter kann in einem CIRS Fehler melden, die ihm oder anderen unterlaufen sind. Bitte melden Sie vor allem Fehler, die rechtzeiten wurden, die aber jederzeit so wieder auftreten körnen. Fehler foodsoch Verlauf gehen ähnliche Fälle von





Holtel QM oordinator

Martin Splittgerber Ltd. Oberarzt Klinik am Schlossgarten

Dr. med. Michael Gösling Oberarzt Geriatrie



Michael Paschert



Sandra Skapski Pflegefachkraft



Uwe Hessel Mitarbeiter Medizincontrolling



Thomas Stallmeyer Bereichsleiter Betriebstechnik

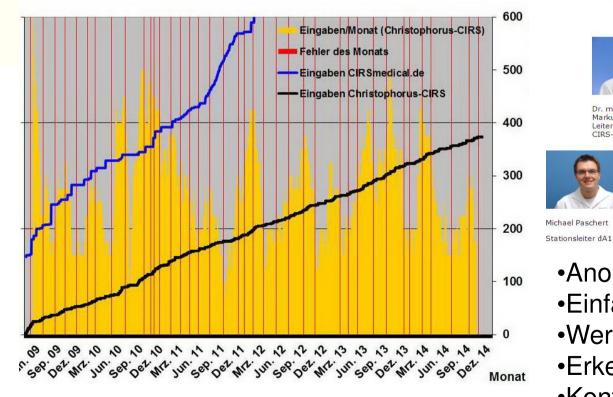
- Anonymität & Sanktionsfreiheit
- •Einfache Meldung
- Werktägliche Bearbeitung
- •Erkennbare Effekte
- Kontinuierliche Rückmeldung



Meldesystem für uns – CIRS dauerhaft erfolgreich machen



Wem melden?





Coesfeld, 16.01,2009 8./En.

ERKLÄRUNG

zur Einführung eines CIRS

In den kommenden Monaten wird in der Christophorus Trägergesellschaft mbH ein CIRS eingeführt, ein Critical Incident Reporting System. Dieses System nimmt anonym und sanktionsfrei Fehlerberichte von Mitarbeitern auf.

Risiken für Patienten, Bewohner und Mitarbeiter sind nie gänzlich auszuschließen, sie sind unvermeldbarer Bestandteil der Arbeit in Kliniken und Heimen. Sie sollen jedoch erkannt, bearbeitet und so weit wie möglich gemindert werden. Das CIRS ist Bestandteil eines umfassenden Risikomanagements. Es trägt bei zur Transparenz der Arbeit. Es liefert wertvolle Hinweise auf Risiken, die wir bislang nicht eintdeckt haben, CIRS-Eingaben sind unschätzbare Beiträge unserer Mitarbeiter.

Jeder Mitarbeiter kann in einem CIRS Fehler melden, die ihm oder anderen unterlaufen sind. Bitte melden Sie vor allem Fehler, die rechtspitie wurden, die aber jederzeit so wieder auftroton kannt Verlauf gehen ähnliche Fälle vr





Leiter QM

Martin Splittgerber Ltd. Oberarzt Klinik am Schlossgarten

Michael Gösling Oberarzt Geriatrie





Pflegefachkraft



Mitarbeiter Medizincontrolling



Bereichsleiter

- Anonymität & Sanktionsfreiheit
- •Einfache Meldung
- •Werktägliche Bearbeitung
- Erkennbare Effekte
- Kontinuierliche Rückmeldung
- -> hohe Meldequote

Meldesystem für uns – CIRS dauerhaft erfolgreich machen





Wem melden?

- Langjährig bekannt
- Vertrauenswürdig
- Eigenständig
- Keine Leitung
- -> "2.Reihe"





Dr. med.
Markus Holtel
Leiter QM

Martin Splittgerber Ltd. Oberarzt Klinik am Schlossgarten

Dr. med. Michael Gösling Oberarzt Geriatrie



Michael Paschert Stationsleiter dA1



Sandra Skapski Pflegefachkraft St.-Flisabeth-Stift



Uwe Hessel Mitarbeiter Medizincontrolling



Thomas Stallmeyer Bereichsleiter Betriebstechnik

"CIRS-Gruppe"
•interne CIRS-Meldungen

Meldesystem für uns – CIRS dauerhaft erfolgreich machen







Uranfabrik Gronau

Mitarbeiter nach Strahlenunfall wohlauf







Dr. med. Markus Holtel Leiter QM

Martin Splittgerber Ltd. Oberarzt Klinik am Schlossgarten

Dr. med. Michael Gösling Oberarzt Geriatrie



Michael Paschert Stationsleiter dA1



Sandra Skapski Pflegefachkraft



Uwe Hessel Mitarbeiter Medizincontrolling



Thomas Stallmeyer Bereichsleiter Betriebstechnik

- "CIRS-Gruppe"
- •interne CIRS-Meldungen
- •externe Risikomeldungen

Meldesystem für uns – CIRS dauerhaft erfolgreich machen









extern









Dr. med. Markus Holtel Leiter QM

Martin Splittgerber Ltd. Oberarzt Klinik am Schlossgarten

Dr. med. Michael Gösling Oberarzt Geriatrie



Michael Paschert Stationsleiter dA1



Sandra Skapski Pflegefachkraft



Uwe Hessel Mitarbeiter Medizincontrolling



Thomas Stallmeyer Bereichsleiter Betriebstechnik

- "CIRS-Gruppe"
- •interne CIRS-Meldungen
- •externe Risikomeldungen

Meldesystem für uns – CIRS dauerhaft erfolgreich machen

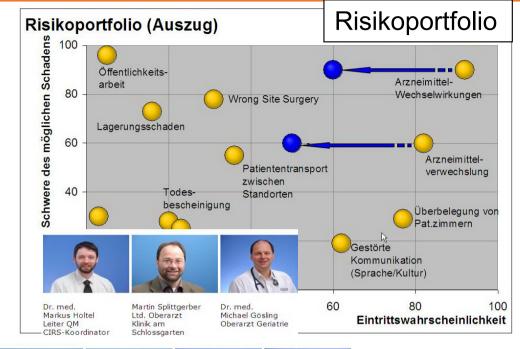






extern











Stationsleiter dA1

Sandra Skapski Pflegefachkraft

Mitarbeiter
Medizincontrolling

Bereichsleiter Betriebstechnik

- "CIRS-Gruppe"
- •interne CIRS-Meldungen
- •externe Risikomeldungen
- •Risikoportfolio
- -> Risikomanagement

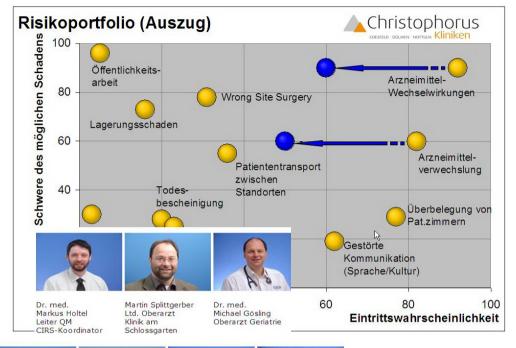
Meldesystem für uns – CIRS dauerhaft erfolgreich machen















Stationsleiter dA1

Sandra Skapski Pflegefachkraft

Mitarbeiter
Medizincontrolling

Thomas Stallmeyer Bereichsleiter

- "CIRS-Gruppe"
- •interne CIRS-Meldungen
- •externe Risikomeldungen
- •Risikoportfolio
- -> Risikomanagement -> Fehlerkultur

Meldesystem für uns – CIRS dauerhaft erfolgreich machen



Fehler:

Bei komplexen Abläufen und Systemen entstehen folgeträchtige Fehler in der Regel aus einer Kette von Interaktionen, an deren Ende ein nicht beabsichtigtes Ereignis steht. Der "aktive" Fehler ist oft lediglich das sichtbare letzte Glied dieser Fehlerkette.

Fehlerkultur:

Die Fokussierung auf einzelne Beteiligte als Schadensverursacher ist daher meist kontraproduktiv und verstellt den Blick auf die zugrunde liegenden Ursache-Wirkungsgefüge; Grundlage der Fehlerprävention ist die gemeinsame Aufarbeitung von Fehlern, Fehlervorläufern und deren Entstehungsbedingungen.

Ein Klima der Offenheit und Sanktionsfreiheit entbindet keineswegs den Einzelnen von der Verantwortung für sein Tun. Es ermöglicht vielmehr erst verantwortliches Handeln, da es **Lernen aus eigenen und fremden Fehlern** wesentlich erleichtert.

Von einer solchen Fehlerkultur ist eine passive, defensiv ausgerichtete bürokratische "Sicherheitskultur" die allzu optimistisch mit hohem Ressourcenaufwand auf die Perfektionierbarkeit aller Abläufe und Strukturen setzt ebenso abzugrenzen, wie eine rein betriebwirtschaftlich ausgerichtete "Risikomanagementkultur".

Sachverständigenrat im Gesundheitswesen, Gutachten 2003 http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/005/1500530.pdf



Meldesystem für uns – CIRS dauerhaft erfolgreich machen



Fehler:

komplexe Abläufe -> Fehler am Ende einer Kette von Interaktionen -> "aktiver" Fehler lediglich sichtbares letztes Glied dieser Fehlerkette.

Fehlerkultur:

Fokussierung auf einzelne "Schadensverursacher" deshalb kontraproduktiv

- -> Blick auf zugrunde liegenden Ursache-Wirkungsgefüge
- -> Fehlerprävention durch gemeinsame Aufarbeitung

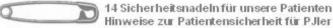
Offenheit und Sanktionsfreiheit entbindet den Einzelnen nicht von der Verantwortung für sein Tun! Erleichtert Lernen aus eigenen und fremden Fehlern

IST NICHT:

"Sicherheitskultur" passive, defensive, bürokratische Perfektionierung aller Abläufe und Strukturen rein betriebwirtschaftlich ausgerichtete "Risikomanagementkultur"

Sachverständigenrat im Gesundheitswesen, Gutachten 2003 http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/005/1500530.pdf







Fehler sind unvermeidlich

Schön wäre es, aber niemand kann sich von Fehlem freisprechen. Schon gar nicht unter hoher Belastung, am Ende eines anstrengenden Dienstes oder in ungewöhnlichen Extremsituationen.

Nach glaubhaften Schätzungen sterben in Deutschland mehr Patienten an den Folgen von vermeidbaren medizinischen Fehlem als auf den Straßen. Fehler sind normal und menschlich. Wir wollen unsere Arbeit so organisieren, dass Fehler einkalkuliert sind. Für Ihre Tätigkeit in den Christophorus-Kliniken geben wir Ihnen daher einige wichtige Hinweise zu Fehlem und Fehlerkultur. Literaturhinweise zu diesen 14 Sicherheitsnadeln finden Sie im CTC-net unter QM.

Denkfehler und persönliches Verhalten

Persönlicher oder Systemfehler

Persönliches Versagen anzunehmen und iemanden zu beschuldigen entlastet alle anderen, die sich nun von Verantwortung freisprechen können. Das ist ein bequemer Weg - und fast immer grundfalsch. Denn die meisten Fehler sind systematisch und könnten auch systematisch verhindert werden.

Persönliches Versagen kommt vor, sollte aber niemals als erste Erklärung akzeptiert werden. Vor allem: Die Aufarbeitung eines Systemfehlers kann zu systematischer Abhilfe führen. Es ist das Bestreben, das System sicherer zu machen, nicht den einzelnen Mitarbeiter mit noch höherem Perfektionsanspruch zu gängeln.

Der alte Hase hat Recht

1977 startete auf Teneriffa der KLM-Flug 4805. KLM-Chefpilot van Zanten, der Pilot der Königin, traf die einsame Entscheidung zum Start im Nebel. Der Zusammenstoß mit einer anderen Maschine kostete 583 Menschen das Leben. Der KLM-Flugingenieur, der im Zweifel war, ob die Bahn frei ist, konnte nicht wider-

Die Luftfahrt legt inzwischen viel Wert auf CRM, Crew Ressource Management, Das Cockpit-Team entscheidet gemeinsam über einen Start. Jeder Pilot lässt sich ohne Vorwürfe Fragen gefallen, ob er ein bestimmtes Hindemis oder eine bestimmte Wamanzeige wahrgenommen hat. Niemand, der gefragt wird, antwortet herablassend mit "Natürlich, was denkst du von mir?" Auch in der Klinik arbeitet eine Crew. Und jeder vom Chefarzt bis zum PJIer, von der Pflegeschülerin bis zur Pflegedirektorin, vom Haustechniker bis zur Reinigungskraft, gehört dazu. Melleicht rettet eine unbefangene Nachfrage irgendwann ein Leben. Lassen Sie sich diese Fragen nicht verbieten, seien Sie ein mutiger. Copilot. Und nehmen Sie Ihrerseits Hinweise von jedem anderen Mitarbeiter emst.

Arbeitsumfeld

7.5.2013

Hektik schadet der Genauigkeit. Im Notfall, bei Arbeitsüberlastung, bei Unterbrechungen in einem Ablauf steigt die Fehlerquote massiv an.

In manchen Fällen lassen sich Arbeiten verlegen auf ruhigere Zeiten oder Räume. Wenn nicht, sollten gerade in hektischer Umgebung die bewährten Standards nicht ausgesetzt werden. Checklisten und Standardprozeduren helfen, im Chaos die Linie beizubehalten.

Eine reizvolle Hypothese reicht

thetisch, Solange Beweise fehlen, sollte sich niemand auf nur eine Hypothese fixieren. Drei Arten von Fixierungsfehlem sind besonders beliebt:

- einen Behandlungsplan trotz gegenläufiger Hinweisen nicht revidieren, widersprechende Parameter nicht zur Kenntnis nehmen (Confirmation bias oder Bestätigungsfehler).
- Behandlung des Hauptproblems einlassen.
- "Everything's OK": Man glaubt behamlich, dass kein. Behandlungsproblem vorliegt, trotz Gegenbeweisen. Was hilft? Bewusste Entscheidungen, kritischer Umgang mit neuen Erkenntnissen, Infragestellen eigener Entscheidungen.

Verantwortungsdiffusion

heit über Zuständigkeiten gibt.

Good clinical practice

Patienten lassen sich durch etablierte Standards umschiffen.

den, erhalten in den Christophorus-Kliniken ein Patientenarmband. Die Patienten am Standort Nottuln haben allesamt ein Patientenarmband. Diese Armbänder erleichtem die Identifikation.

bekannt ist - gilt: Sprechen Sie ihn an, aber lassen Sie ihn selbst seinen Namen, Vornamen, Geburtsdatum nennen. Auf "Sie sind doch Herr Müller..." erhalten Sie

Patienten, Niereninsuffizienten, Schwangeren, Sind

meiden, werden im Haus Spritzenetiketten nach DIM-Standard eingesetzt. Achten Sie beim Bekleben von

Fehler sind unvermeidlich

Schön wäre es, aber niemand kann sich von Fehlern freisprechen. Schon gar nicht unter hoher Belastung. am Ende eines anstrengenden Dienstes oder in ungewöhnlichen Extremsituationen

Nach glaubhaften Schätzungen sterben in Deutschland mehr Patienten an den Folgen von vermeidbaren medizinischen Fehlern als auf den Straßen. Fehler sind normal und menschlich. Wir wollen unsere Arbeit so organisieren, dass Fehler einkalkuliert sind. Für Ihre Tätigkeit in den Christophorus-Kliniken geben wir Ihnen daher einige wichtige Hinweise zu Fehlern und Fehlerkultur. Literaturhinweise zu diesen 14 Sicherheitsnadeln finden Sie im CTC-net unter QM.



Markus Holtel Leiter QM CIRS-Koordinator



Martin Splittgerber Ltd. Oberarzt Klinik am Schlossgarten



Michael Gösling Oberarzt Geriatrie



Stationsleiter dA1



Pflegefachkraft St.-Flisabeth-Stift



Mitarbeiter Medizincontrolling



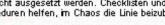
Thomas Stallmeyer Bereichsleiter

Kontinuierliche Rückmeldung PJ-ler Einführung









Jede Hypothese, und sei sie noch so reizvoll, ist hypo-

- "This and only this": Eine Diagnose, Anordnung oder
- "Everything but this". Sich nicht auf einen Plan zur

Verantwortung diffundiert schneller als Helium aus einem Luftballon: Wenn zwei Mitarbeiter verantwortlich sind, fühlt sich keiner verantwortlich. Hier helfen klare Absorachen. Welleicht muss auch der gesamte Prozess neu organisiert werden, wenn es immer wieder Unklar-

Mele Klippen zu einer sicheren Versorgung unserer

Sichere Identifikation

Patienten, die für Diagnostik oder Therapie sediert wer-

In allen anderen Fällen - soweit der Patient nicht sicher zu viele falsche Bestätigungen.

Medikationsfehler

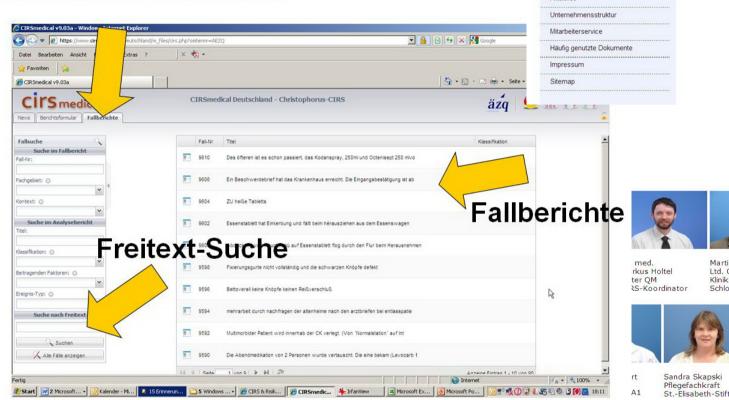
Die Mehrzahl der Fehler in der Gesundheitsversorgung ereignet sich bei der Gabe von Arzneimitteln. Das beginnt mit der Dosierung, v.a. bei Kindem, geriatrischen Größe und Gewicht zur Dosisbestimmung (noch) korrekt erfasst? Stimmt die Berechnung unter Berücksichtigung aller Umstände?

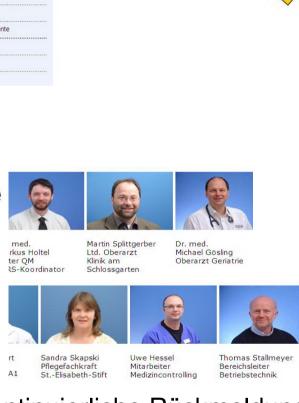
Um Verwechslung von aufgezogenen Spritzen zu ver-

Aufruf im CTC-net

Meldesystem für uns – CIRS dauerhaft erfolgreich mac

Lernen aus dem CIRS





 Kontinuierliche Rückmeldung PJ-ler Einführung Info-Veranstaltungen (AH) ▲ Christophorus

Meldesystem für uns – CIRS dauerhaft erfolgreich machen





Wem melden?

- Langjährig bekannt
- Vertrauenswürdig
- Eigenständig
- Keine Leitung
- -> "2.Reihe"

"CIRS-Gruppe"

- •interne CIRS-Meldungen
- •externe Risikomeldungen
- Risikoportfolio
- -> Risikomanagement -> Fehlerkultur







Markus Holtel Leiter QM

Martin Splittgerber Klinik am

Michael Gösling Oberarzt Geriatrie













Stationsleiter dA1

Pflegefachkraft

Mitarbeiter Medizincontrolling

Bereichsleiter

- Anonymität & Sanktionsfreiheit
- Einfache Meldung
- Werktägliche Bearbeitung
- Erkennbare Effekte
- Kontinuierliche Rückmeldung
- -> hohe Meldequote -> Fehlerkultur



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

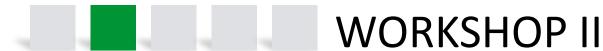


Meldesystem für uns – CIRS dauerhaft erfolgreich machen

Workshop II

Ulrich Erdbories Josephs-Hospital Warendorf





Meldesystem für uns -CIRS dauerhaft erfolgreich machen

Manche Betreiber von CIRS-Systemen machen die Erfahrung, dass das Engagement für ein solches System mit der Zeit abnimmt. Gründe dafür sind vielfältig. Ziel des Workshops soll es sein, Faktoren aufzuzeigen, die es ermöglichen, solche Instrumente dauerhaft erfolgreich zu betreiben.



Agenda:

- Person und Organisation
- Faktor Mensch in Hochrisikobereichen
- 3. Erwartungen an Mitarbeiter in Hochrisikobereichen
- 4. Sicherheitskultur
- 5. CIRS Einführung im Josephs-Hospital
- 6. CIRS Entwicklungen 2011/2012
- 7. CIRS Kommunikation
- 8. CIRS Entwicklungen 2013
- 9. CIRS Betriebsvereinbarung
- 10. CIRS Entwicklungen 2014
- 11. CIRS 10 Erfolgsfaktoren zur nachhaltigen Umsetzung im JHW



Person / Organisation

Person:



Ulrich Erdbories

Rettungsassistent Krankenpfleger Gesundheitsmanager, B.Sc

Aufgaben:

Qualitätsmanagement (BQS, Projektmanagement) Zentrumskoordinator (Darm- und Traumazentrum) Projektmanagement CIRS-Team Sprecher Betriebsrat

Organisation:



Josephs-Hospital Warendorf

Krankenhaus der Akut- und Regelversorgung 261 Betten 6 Fachabteilungen 2 Belegabteilungen

Fallzahlen stationär (2013): 11.500 Fallzahlen ambulant (2013): 18.000

Mitarbeiter: 485



Faktor Mensch in Hochrisikobereichen

Der Begriff "Menschlicher Faktor" ist ein Sammelbegriff für psychische, kognitive und soziale Einflussfaktoren in sozio-technischen Systemen und Bereichen, in denen Menschen als Teammitglied sowohl untereinander als auch mit komplexen Geräten und Strukturen interagieren.



Dies spielt nicht nur in Hochrisiko-Bereichen wie Atomanlagen oder Flugzeug-Cockpits eine wesentliche Rolle, sondern auch zunehmend in der Akutmedizin.

Quelle: Internet-Dokument: http://www.faktormens.ch/was-ist-der-faktor-mensch/





Erwartungen an Mitarbeiter in Hochrisikobereichen

Fähigkeiten wie

- situative Wahrnehmung und schnelle Entscheidungsfindung
- Beachtung der Hierarchie, Führung und Führungsverhalten im Team
- Delegation
- Selbstreflexion, Charakteranalyse, Kritikfähigkeit

sind dafür wichtig und müssen erbracht werden

- unter enormer Stressbelastung in teilweise chaotischer Arbeitsumgebung
- bei großer emotionaler Belastung und unter hohem Zeitdruck.

Quelle: Internet-Dokument: http://www.faktormens.ch/was-ist-der-faktor-mensch/

Diese Anforderungen setzen individuelle Achtsamkeit und eine Sicherheitskultur der Organisation voraus!





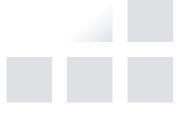
Sicherheitskultur statt Fehlermanagement

"Die Sicherheitskultur einer Organisation ist das Ergebnis von **individuellen** und **kollektiven** Werten, Einstellungen, Fähigkeiten und Verhaltensmustern. [...]

Kennzeichnend für eine **positive Sicherheitskultur** ist eine **Kommunikation**, die auf **gegenseitigem Vertrauen**, auf einer gemeinsamen Auffassung bezüglich der **großen Bedeutung der Sicherheit** und auf dem **Vertrauen präventiver Maßnahmen** gründet."

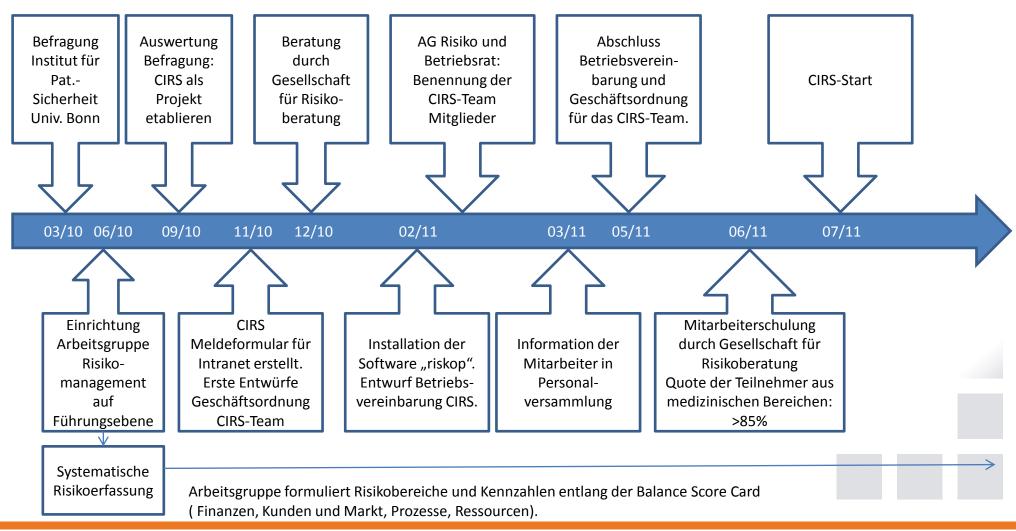
Hoch-Risiko Organisationen mit einer geringen Rate an Missgeschicken und Unfällen zeichnen sich unter anderem über eine hohe Konzentration auf **Fehler** aus.

Quelle: Das unerwartete Managen. Wie Unternehmen aus Extremsituationen lernen (2007, Weick /Sutcliffe, S. 144).



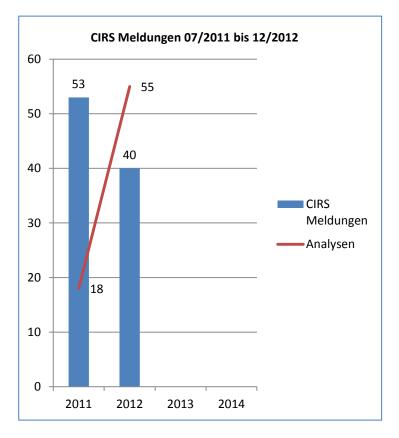


CIRS-Einführung im Josephs-Hospital Warendorf





CIRS - Entwicklungen 2011 / 2012



Analyse:

- Zahlreiche Meldungen "Was mich schon lange stört" in den ersten Monaten
- Meldungen zum gleichem Sachverhalt
- Meldungen, die nicht direkt mit Patientensicherheit zu tun haben

Maßnahmen:

- Erneute Informationen über Inhalte, Sinn und Zweck, zugleich Motivation zu weiteren Meldungen
- Weitergabe an zuständige Stellen (z.B. Beschwerdemanagement und Personalabteilung)



CIRS - Kommunikation





Mitarbeiterzeitung Ausgabe 34, Dezember 2012 Auflage 550



Über ein Jahr CIRS am Josephs-Hospital

- Wo stehen wir mit unserem Projekt?

das Interview mit Herrn Erdbories ,Qualitätsmanagementbeauftragter Walburga Micke, Krankenschwester für Palliative Care auf der Station 3B, Beraterin für Ethik im Gesundheitswesen

Die Spritze: Lieber Ulli, danke, dass Du Dich als Sprecher des CIRS-Auswertungsteams für ein Interview zur Verfügung gestellt hast.

CIRS ist im Haus mittlerweile allen ein Begriff, Es ware schön, wenn Du uns noch einmal erklären könntest, was wir darunter konkret verstehen dürfen.

Erdbories: Die Idee eines Beinabe-Fehler-Meldesystems ist einfach und effektiv: Kritische Ereignisse werden gemeldet, anonymisiert und analysiert, um die verantwortlichen Personen auf Gefahrenpotenziale hinweisen zu können. Bestenfalls werden konkrete Maßnahmen entwickelt, die verhindern, dass das gleiche Ereignis wieder vorkommt. Die so gewonnenen Informationen werden über Veröffentlichungen (Publikationen) und / oder in Sitzungen den Mitarbeitern zur Verfügung ge-

desystemen ist bereits in den 1930er management. Neben der Erarbeitung Jahren entstanden. Kontakte zwischen einer Satzung, Auswahl der Mit-Berufsluftfahrt und Krankenhäusern glieder des CIRS-Teams und Instal-(Swiss-Air und Kantonsspital Basel) lation der Software "risk-op" wurde haben in den 1990er Jahren zur ersten eine Betriebsvereinbarung zum Umdesystems (Critical Incident Repor- Seit dem 01.07.2011 kann das Syting System = CIRS) im Kantonsspital stem genutzt werden. Der neueste Basel geführt.

CIRS in einem Projekt im Jahr 2011 stem zudem noch eine Beteiligung eingeführt. Entstanden ist die Idee aus von Krankenhäusern an überregioden Vorgaben zur KTQ-Rezertifizie- nalen Fehlermeldesystemen vor.



Der Grundgedanke von Fehlermel- rung und der Arbeitsgruppe Risiko-Entwurf des Patientenrechtegesetzes Im Josephs-Hospital haben wir das sieht neben einem solchen Meldesy-

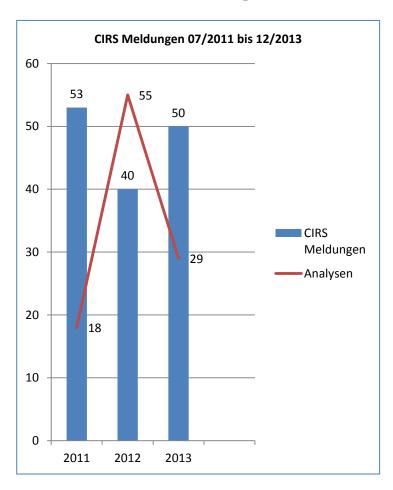
Gemäß Betriebsvereinbarung dürfen nur Mitarbeiter ohne direkte Leitungs funktion im CIRS-Team tätig werden. Das CIRS-Auswertungsteam besteht zurzeit aus folgenden Mitgliedern: Fr. Michaela Fabian, Fr. Andrea Hoffmann Etablierung eines Beinahe-Fehler Melgang mit Beinahe-Fehlern erstellt. Fr. Maria Kleber, Hr. Thomas Schawe, Hr. Gerhard Sock, Hr. Johannes Swolinski und mir. Für die bereits ausgeschiedene Frau Wild wird noch ein ärztlicher Mitarbeiter zur Ergänzung des Teams gesucht.

Das CIRS-Team anonymisiert eingehende Meldungen und analysiert den





CIRS- Entwicklungen 2013



Analyse:

- Weiterhin erfreulich hohe Anzahl von Meldungen
- Anstieg von Meldungen zu akuter Personalnot
- Maximale Auslastung des CIRS-Teams

Maßnahmen:

- Ganztägige Workshops des CIRS-Teams,
 Priorisierung: Analysen und Lösungen vor Publikationen
- Änderung der Betriebsvereinbarung zum Thema akute Engpässe im Personalbereich
- Information und Motivation in Gremiensitzungen und Mitarbeiterzeitschrift
- Nutzung CIRS-NRW Portal zur Lösungsfindung



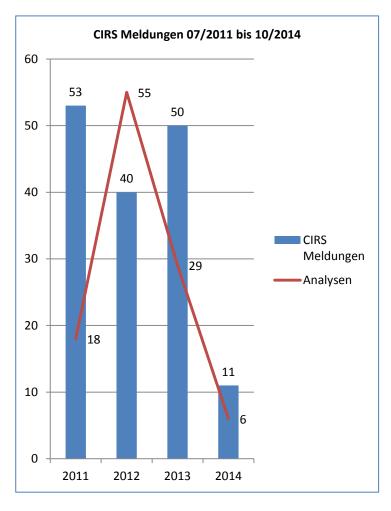
CIRS- Betriebsvereinbarung

Präambel

- (1)Patienten- und Mitarbeitersicherheit sind Qualitätsziele. Wer die Sicherheit stärkt, erhöht die Qualität von Behandlungen im Krankenhaus. Die Geschäftsführung des Josephs-Hospitals hat sich daher entschieden, **Aktivitäten zur Erhöhung der Patienten-und Mitarbeitersicherheit zu initiiere**n und dafür auch ein Frühwarnsystem für Beinahe-Zwischenfälle zu implementieren.
- (2) Ziel des Managements von Beinahe-Zwischenfällen (CIRS Critical Incident Reporting System) ist die Identifizierung von Risiken in der Patientenversorgung, der Mitarbeitersicherheit und deren unterstützenden Prozessen, sowie die Auswahl und Einleitung von geeigneten Maßnahmen zur Risikominimierung. Dafür werden im Josephs-Hospital **Strukturen eingeführt, die eine systematische und methodisch fundierte Ursachenanalyse von Beinahe-Zwischenfällen** ermöglichen.
- (3) Dies beinhaltet die Installation einer Software "RISKOP" der Gesellschaft für Risikoberatung (GRB) als Erfassungssystem für die Beinahe-Zwischenfälle, gegebenenfalls die Einrichtung von Meldekreisen und die Auswahl des Auswerterteams für die Auswertung der Meldungen.
- (4) CIRS ist Bestandteil des Qualitätsmanagementkonzeptes.
- (5) CIRS ersetzt nicht Gesetze, Verordnungen und betriebliche Dienstanweisungen und Regelungen, insbesondere nicht Dienstverpflichtungen bei Gefahr im Verzug. Ebenfalls ersetzt CIRS nicht die obligatorischen Schadensmeldungen für die Haftpflichtversicherung.
- (6) Neu: Akute personelle Engpässe, die zur Gefährdung der Patientensicherheit führen können, werden nicht vom CIRS-Team bearbeitet.



CIRS- Entwicklungen 2014



Analyse:

- Keine Meldungen von Januar bis Juni 2014 bei unklarer Führungssituation (Auflösung des Geschäftsführervertrags, Erneuerung des gesamten Kuratoriums)
- Ab August 2014 wieder Meldungen in ansteigender und gewohnter Anzahl
- Eingehende Meldungen sehr konkret zum Thema Patientensicherheit

Maßnahmen:

- Monatliche Beobachtung des Meldeverhaltens
- Vertrauensvolles Klima wiederherstellen
- Bericht über die Entwicklung CIRS in Weihnachtsausgabe Mitarbeiterzeitschrift



CIRS – 10 Erfolgsfaktoren zur nachhaltigen Umsetzung im Josephs-Hospital

- Sicherheitskultur und CIRS mit Unterstützung der obersten Führungsebene
- Frühzeitige Beteiligung des Betriebsrates
- Externe Begleitung bei der Einführung
- Vertrauen schaffen durch Informationen und verbindliche Regelungen vor Einführung (Betriebsvereinbarung)
- Vertrauen schaffen durch eine sehr sorgfältige Auswahl der Mitglieder im CIRS Team (Mitarbeiter mit Berufserfahrung, ohne hierarchische Leitungsfunktion und großem Vertrauen in der Belegschaft)
- Schriftliche Benennung, Anerkennung und Freistellung der Mitglieder des CIRS-Teams durch Betriebsrat und Arbeitgeber
- Einführungsschulung als Pflichtveranstaltung
- Rückmeldung der Ergebnisse an die Meldenden und die Bereiche
- Jährliche Analyse des Meldeverhaltens und Steuerung durch korrektive Maßnahmen
- Nutzung interner und externer Fachexpertise bei Fehleranalyse und Erarbeitung von Lösungen



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Miteinander sprechen – Arzneitherapie gemeinsam verbessern

Autorengruppe: Klaus Patzelt, et. al. Nadine Benner, geriatrische Pharmazeutin Sarah Krebs, Studium Pflegemanagement

Fahrplan

- Vorstellung "ReduPharm KREATIV"
- ► Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Fallbeispiel
- Ausarbeitung des Fallbeispiels in der Gruppe
- Diskussion
- Vorstellung der Ergebnisse im Plenum

"Alt, krank und falsch behandelt"

Süddeutsche Zeitung

"Psychopharmaka: Heimbewohner häufig ruhig gestellt"

Focus

"Wenn Pillen die Pflege ersetzen"

Welt am Sonntag

"Die Leute werden einfach ruhig gestellt"

News.de

Ausgangssituation

- Polymedikation
- Mangelhafte Aufklärung
- Unzureichende Kommunikation
- Fehlende Vernetzung aller Professionen

Veröffentlichung der Priscus Liste 2011



ReduPharm KREATIV

... in Kooperation mit der Universität Witten-Herdecke



ReduPharm KREATIV

- ReduPharm: Reduktion des Einsatzes pharmazeutischer Produkte
 - K Kompetenz
 - R Respekt
 - E Eigenverantwortung
 - A alternative Therapien
 - Team der verschiedenen Professionen
 - ► I Individualität
 - V Verantwortung

Ziele

- Optimierung der Medikation
- Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Partizipation und Selbstbestimmtheit der Senioren
- Stärkung der einzelnen Professionen

Umsetzung

- AMTS-Team
 - Wohnbereichsleitungen
 - Pflegefachkräfte
 - Mitarbeitende sozialer Dienst
 - geriatrische Pharmazeuten
 - Ärzte
- ► 14-tägig stattfindende AMTS-Sitzungen

AMTS-Sitzungen

- Fallbesprechungen
- Analyse neuer Medikation nach Krankenhausaufenthalt oder Therapieänderung
- Analyse Medikation neuer Bewohner
- Rückmeldung über empfohlene Änderungen
- Schulungen zu relevanten Themenkomplexen

Medikationsanalyse

- Analyse der aktuellen Medikation auf Plausibilität, Doppelverordnungen, Indikation
- ► Information an Pflege über Neben- und/oder Wechselwirkungen
- Ggf. Alternativen bei ungeeigneten Arzneimitteln

Fortbildung der Pflegekräfte

- Pharmakologie
- Unerwünschte Arzneimittelereignisse
- Wechselwirkungen
- Priscus-Liste
- Therapiebeobachtung und Dokumentation

Diakonie ■ Düsseldorf Wichem-Interapiebeobachtungsbogen Wichem-Interapiebeobachtungsbogen Bereit							Га	Platz der Diakonie 1 40233								Düsseldorf Monat								ReduPharm KREAT							
					-		7 0-7					100	140		-	1.0	14-	140						10.4	10=		10-			100	10
lame	Schicht 01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	1/	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	3
	F		-	-				ļ	ļ		ļ	ļ	ļ	ļ	ļ	ļ		ļ	4	ļ		ļ	ļ		ļ	4	ļ	ļ			-
	S			-	_			-		-	<u> </u>			-			-	-			-	-		_	-						-
	N	_	-	-	_			-	-	-		-	-			-	-	ļ	ļ	ļ	-	-	-		-	ļ	ļ	ļ		-	
	F		-	-	_				-	ļ	-	ļ	ļ			ļ	ļ	ļ	ļ	ļ	ļ		-	-	-	-	ļ	ļ			-
	S		-	ļ				-	ļ	ļ		ļ					1			ļ	ļ	-	-	-	-		-	-		ļ	_
	N																						-								_
	F			ļ			ļ									ļ				ļ			ļ					ļ		ļ	
	S			ļ								ļ							ļ	ļ		ļ	ļ					ļ		ļ	
	N																														
	F																														
	S																										ļ				
	N																														
	F																														
	S																														
	N																														
	F		***************************************																												
	S																														T
	N																														T
	F																														
	S																														
	N																														
	F																						T								
	S			1								1		†		1					1		1		1		1	İ			
	N		-	1				1												<u> </u>		1									1
	F																			 											
	S								1													1	†							†	-
	N		***************************************	1				1		1	1			1		†	1	·			1	1	1	<u> </u>			*			†	
	F			1		1	<u> </u>			1	1	1		1			1	1		İ	1		1		1		†	Ì	İ	1	1
	S			1		<u> </u>		1	1	1	1	1	1	†		1	1	1	1	†	1	1	1	<u> </u>	—	-	1		İ	1	1
	N	1	-	1	1			†	1	1	1	†	1	1		†	1				1	†	†	-	1	†	1			†	+
	F		-																												
	S	-		1	-	-			-	·	·	-	·				·	-	-		·		-	-	1		†				-
	N	-		1	-	-		-	-	-	-		-	-		-	-			ļ	·	-	-		-	-	-			-	
			***************************************			te au					***************************************		_																		

Allergische Reaktionen Blutungen (Emblutung, Teerstuhl, Nasenbluten) Gastrointestinale Probleme (Durchfall, Übelkeit/Erbrechen, Verstopfung, Stuhlinkontinenz)

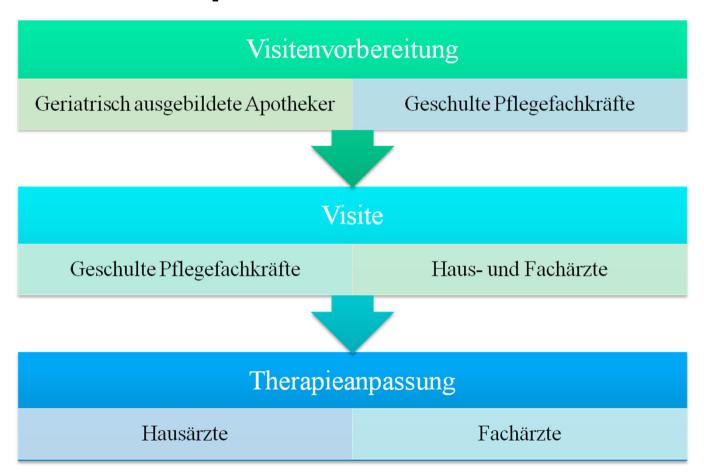
Kardiovaskulāre Probleme (Hypotonie, neue Ödeme, Synkope) Medikationsānderung Neurologische Probleme (Schwindel, gestörte Bewiegungskoordination, Gleichgewichtsprobleme)

Psychiatrische Probleme (Verwirrtheit, Halluzinationen, Somnolenz, Schlafstörungen, Delir) Rettungsdienst (Arztvisite, Krankenhaus-Einweisung/-Entlassung, Notarzt)

Therapiebeobachtungsbogen

- Ereignisse, die mit Arzneimitteln zusammenhängen können, werden mit einem Kürzel erfasst
 - A allergische Reaktion
 - B Blutungen
 - G gastrointestinale Probleme
 - K kardiovaskuläre Symptome
 - M Medikationsänderung
 - N Neurologische Probleme
 - P Psychiatrische Probleme
 - R Rettungsdienst

Interdisziplinäre Zusammenarbeit



<u>Fallbeispiel:</u> Frau Muster Anonym-Priscus zieht nach einem Oberschenkelhalsbruch ins Wichern-Haus ein ...

Diagnosen:

Osteoporose

Demenz

Parkinson

Hypertonie

Unterschenkelödeme

Therapiebeobachtung:

Unsicheres Gangbild

Sturzgeschichte

Magenschmerzen/Übelkeit

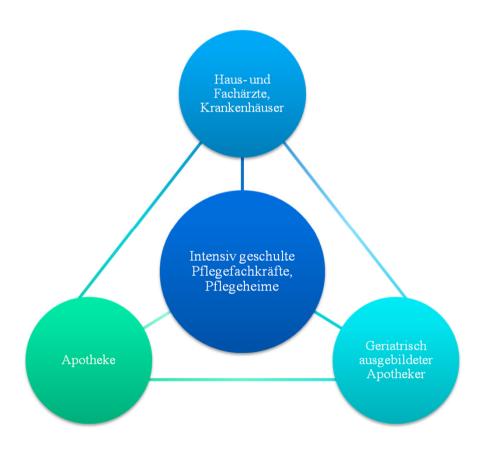
Nächtliche Unruhezustände

Tremor, Maskengesicht

Obstipation

Verord. Datum	Arzt	Medikament	Verabr. form	Dosierung	Hdz. Arzt	Information	Absetz- datum	Hdz. Arzt
21.08.2014	Dr.Hausarzt	Ibuprofen 800 retard	Kapseln	1 (08:00)				
				1 (12:00)				
				1 (18:00)				
22.08.2014	Dr. Hausarzt	ASS 100 mg	Tabletten	1 (12:00)				
22.08.2014	Dr. Kardiologe	Bisoprolol 10 mg	Tabletten	1 (08:00)				
22.08.2014	Dr.Hausarzt	MCP-Tabletten 10	Tabletten	1 (08:00)				
22.08.2014	Dr.Hausarzt	Simva-Aristo 20mg	Tabletten	1 (08:00)				
23.4.2014	Krankenhaus-VO	Actonel Plus	Tabletten	1 (08:00)		Blaue mo-sa, rosa so		
05.09.2014	Dr. Kardiologe	Clopidogrel	Tabletten	1 (08:00)				
05.09.2014	Dr. Neurologe	Reminyl 24 mg	Tabletten	1 (08:00)				
17.10.2014	Dr. Psychiater	Citalopram 10 mg	Tabletten	1 (12:00)				
17.10.2014	Dr. Neurologe	Madopar T mg	Kapseln	1 (08:00)				
				1 (11:00)				
				1 (15:00)				
17.10.2014	Krankenhaus-VO	Clexane 100	Injektion	1 (08:00)		subcutan		
23.7.2013	Krankenhaus-VO	Haloperidol	Tropfen	20 (08:00)				
				20 (12:00)				
				20 (20:00)				
15.10.2013	Krankenhaus-VO	Fentanyl 25µg	Pflaster	1 (08:00)		Wechsel alle 72 Stunden		
24.6.2014	Dr. Kardiologe	Enalapril comp 10/25	Tabletten	1 (20:00)				
13.7.2014	Dr. Hausarzt	Zolpidem 10	Tabletten	1 (22:00)				
12.5.2014	Dr. Orthopäde	Risedronat	Tabletten	1 (08.00)				

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

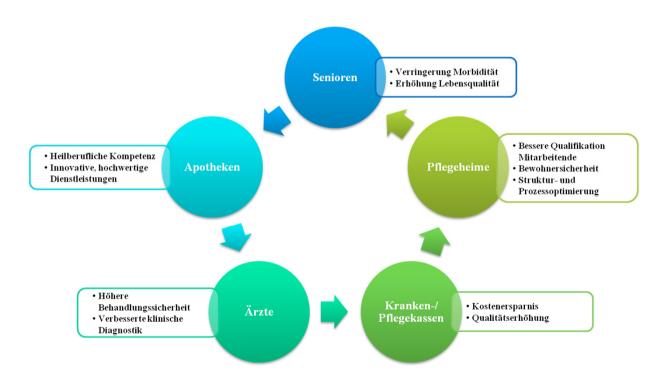


"Workshop"

Leitfragen:

- Welche Infos müssen zwingend weitergegeben werden?
- In welcher Form sollen Infos weitergegeben werden? (Kommunikationsstruktur)
- Wann muss eingeschritten werden (Problemgewichtung)?
- Wie kann man die Kommunikationswege möglichst kurz gestalten?

Vorteile für alle Beteiligten!



Vorteile für alle Beteiligten

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt

Diakonie Düsseldorf Wichern-Haus Sarah Krebs Platz der Diakonie 1 40233 Düsseldorf Kernapotheke Nadine Benner Gumbertstrasse 180-182 40229 Düsseldorf

Telefon 0211 91 31 8 - 500

Telefon 0211 24 50 30 60

sarah.krebs@diakonie-duesseldorf.de

nadine.benner@kern-apotheke.de

Autorengruppe: Klaus Patzelt; Abteilungsleiter/ Einrichtungsleiter et. al.

Altenhilfe der Kaiserswerther Diakonie gGmbH; Altenzentrum Stammhaus; Kaiserswerther Markt 32; 40489 Düsseldorf

klaus.patzelt@diakonie-duesseldorf.de Telefon 0211 4 79 54 -1300

Homepage: www.diakonie-duesseldorf.de