

Sehr geehrte IPS-Mitglieder!

Die Adventzeit hat Einzug gehalten und das Jahr 2019 schwindet langsam vorüber. Ein guter Anlass mit dem IPS-Newsletter eine kleine Rückschau zu halten über die Geschehnisse dieses Jahres, aber auch einen Ausblick zu gewähren auf die Vorhaben im neuen Jahr. Als weihnachtliche Zugabe enthält diese Ausgabe eine kleine „Best-Practice“-Sonderedition. Wir wünschen eine informationsreiche Leselektüre!

Die erste Aktivität des Jahres beging das siebente **IPS-Indikatoren-Netzwerktreffen** am 14. März 2019. Unter Anwesenheit von 28 TeilnehmerInnen aus 21 steirischen Gesundheitseinrichtungen präsentierten Mag. Robert Hoge (AUVA Hauptstelle Wien) und Markus Bärnthaler, MSc (AUVA-Unfallkrankenhaus Steiermark, Standort Graz) die Ergebnisse der AUVA-PatientInnensicherheits- und CIRPS-MitarbeiterInnenbefragung des Jahres 2018. Damit bot sich eine optimale Grundlage für einen gemeinsamen Austausch und die anschließende Analyse der ausgewerteten IPS-Indikatoren.

Am 11. April 2019 fand die siebente **IPS-Jahrestagung & PlattformQ** statt. Unter dem Titel „Patientensicherheit zwischen Big Data und Einzelfall“ lieferten die Gastvortragenden interessante Beiträge zu einem immer stärker werdenden Zukunftsthema.

Im Rahmen der Jahrestagung erfolgt auch die Verleihung der IPS-Auszeichnungen an die IPS-Mitglieder. In diesem Jahr durften sich zehn (!) Krankenanstalten über die IPS-Auszeichnung freuen und wurden damit für ihr wirksames Learning & Reporting-System und für ihre Aktivitäten zur Verbesserung der PatientInnensicherheit im steirischen Gesundheitswesen geehrt.

Zum Thema „Statistik BASIS Schulung“ erfolgte am 16. Mai die zwölfte **IPS-Methodenschulung**. Die Vortragende MMag. Martina Koller führte nicht nur in die theoretischen Grundlagen der Statistik ein, sondern bot den TeilnehmerInnen wertvollen Tipps für die praktische Anwendung von der Aufbereitung bis hin zur Bewertung von Statistiken.

Rund um den 17. September stand die PatientInnensicherheit auch heuer wieder ganz im Mittelpunkt des Gesundheitswesens. Der fünfte **Internationale Tag der PatientInnensicherheit** zum Thema „Sicherheit auf allen Ebenen“ ermöglichte eine Breite an Schwerpunktsetzungen, in welcher die PatientInnensicherheit in ihrer ganzen Vielfalt sichtbar wurde. Die Gesundheitseinrichtungen der Steiermark hoben sich mit ihren zahlreichen und vielfältigen Aktivitäten erneut besonders hervor.

Und nicht zuletzt wurde der **Steirische Qualitätspreis – „SALUS“** am 23. Oktober bereits zum elften Mal verliehen. Als wertschätzende Anerkennung für Menschen, Teams und Organisationen, die mit ihren Initiativen, Projekten und Aktivitäten einen wertvollen Beitrag zur Qualitätsarbeit im steirischen Gesundheitswesen leisten, wurde den GewinnerInnen in den beiden Kategorien „Gesundheitsversorgung“ und „Gesundheitsförderung“ die „SALUS“-Auszeichnung überreicht. Die beiden Siegerprojekte wurden in feierlichem Ambiente in der Aula der Alten Universität von Gesundheitslandesrat und GKK-Obmann geehrt.

Newsletter Nr. 18 / Dezember 2019

Weiters freut es uns Ihnen mitteilen zu dürfen, dass die Gesundheitsplattform Steiermark am 09. Dezember 2019 die **Fortführung der Initiative PatientInnensicherheit Steiermark (IPS)** im Jahr 2020 beschlossen hat und somit die wichtige Arbeit und Aktivitäten im Rahmen der PatientInnensicherheit gesichert wurden.

Alle aktuellen Unterlagen und Informationen zur IPS stehen selbstverständlich wie gewohnt für Sie im Mitgliederbereich auf der Website www.patientinnensicherheit-steiermark.at zur Verfügung.

Wir bedanken uns für die gute Zusammenarbeit und wünschen Ihnen und Ihren Lieben ein besinnliches Weihnachtsfest, erholsame Feiertage sowie einen guten und gesunden Start ins neue Jahr!

Ihr IPS-Team





7. IPS-Indikatoren-Netzwerktreffen 2019

Am 14. März 2019 fand im Steiermarkhof das 7. IPS-Indikatoren-Netzwerktreffen statt. Die 28 TeilnehmerInnen aus 21 steirischen Gesundheitseinrichtungen haben aufbauend auf den bereits gemeinsam definierten Zielsetzungen dieser alljährlich tagenden Arbeitsgruppe gemeinsam die Evaluationsergebnisse analysiert.

Seminarinhalte

- ⊕ Allgemeines und geplante Aktivitäten im Zuge der IPS
- ⊕ Präsentation der Ergebnisse der AUVA-Patientensicherheits- und CIRPS-Befragung 2018
- ⊕ Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse ausgewählter IPS-Indikatoren

Bevor auf die Ergebnisse aus der Auswertung der IPS-Indikatoren eingegangen wurde, durften wir am Vormittag gespannt der Präsentation von Mag. Robert Hoge (AUVA Hauptstelle Wien) und Markus Bärnthaler, MSc (AUVA UKH Steiermark, Standort Graz) lauschen, die uns die Ergebnisse ihrer im Jahr 2018 durchgeführten MitarbeiterInnen-Befragung zum Thema „Patientensicherheit und CIRPS (Critical Incident Reporting and Prevention System)“ darlegten.



Die Befragung zielte darauf ab, Erfahrungen der MitarbeiterInnen mit dem CIRPS-Fehlermeldesystem zu erfassen und dadurch neue Informationen direkt von den MitarbeiterInnen zu erhalten. Gleichzeitig wurde durch die Befragung auch eine Bewerbung des CIRPS erreicht. Die Hauptauswirkung der Befragung war vor allem eine Bewusstseinsweiterung bei den MitarbeiterInnen und dem Vertrauenssteam zu melden und zu informieren.

Im Anschluss an die Präsentation der AUVA-MitarbeiterInnenbefragung zu CIRPS wurden die Ergebnisse der IPS-Indikatoren-Auswertung vorgestellt und Raum für eine Diskussion und Analyse geboten. Die daraus gemeinsam gewonnenen Erkenntnisse wurden in einer Dokumentation festgehalten.

Zudem wurden Themenvorschläge und Ideen für die nächsten IPS-Methodenschulungen gesammelt, als auch über die weitere Vorgehensweise bei der ReviewerInnen-Ausbildung besprochen.



Die Dokumentation zum 7. IPS-Indikatoren-Netzwerktreffens ist im IPS-Mitgliederbereich zu finden.



7. IPS-Jahrestagung und PlattformQ

Am 11. April 2019 fand im Schloss St. Martin in Graz die siebente Jahrestagung der Initiative PatientInnenicherheit Steiermark unter dem Titel „**Patientensicherheit zwischen Big Data und Einzelfall**“ statt.

Nach einem humorvollen Auftakt referierte **Ass.Prof. Mag. Dr. Peter Klimek**, Medizinische Universität Wien, zu Beginn der Tagung unter dem Titel „Big Data – Big Theory: Wissensgewinn für die Praxis“ über die Facetten, Möglichkeiten aber auch Grenzen der riesigen Datenmengen, mit denen wir zunehmend konfrontiert werden. Der Mehrwert von „Big Data“ ergibt sich daraus, die immense verfügbare Datenlandschaft durch Korrelation für die Menschen nutzbar zu machen und daraus resultierende Netzwerkeffekte, wie Patientenströme oder Krankheitsverläufe, datenbasiert verstehen und entsprechend – auch im Sinne der Prävention – handeln zu können.



Wo Vorteile liegen, verbergen sich auch immer Risiken. So auch bei der Nutzung von „Big Data“. **ÄDir. Dr. Gerald Geyer, MBA**, Krankenhaus der Elisabethinen Graz und Marienkrankenhaus Vorau, erlaubte uns in eine andere Sichtweise des „Big Data“-Themas einzutauchen. In seinem Vortrag unter dem Titel „Datenflut & Einzelfall: Zwickmühle für die Führung!?“ wurde der Stellenwert von „Big Data“ auf Führungsebene etwas kritischer hinterfragt. So zeigt die Analyse von Daten zwar Korrelationen auf, meist jedoch keine Kausalitäten, was eine sorgsame Interpretation der Ergebnisse erforderlich macht. So ist die künstliche Intelligenz in der Medizin zwar in der Lage, unter anderem Outcome-Prognosen und Diagnostik zu verbessern, letztendlich jedoch zählt der Mensch dahinter. Das richtige Maß ist bei all diesen Überlegungen zu „Big Data“ entscheidend.

ÄDir. Prim. Dr. Klaus Richard Vander, Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie der KAGes, zeigte in seinem Vortrag „Neue Wege in der openMEDOCS basierten Darstellung von bakteriologischen Befunden und Warnhinweisen“ die neuen Möglichkeiten, die dieses Krankenhausinformationssystem im Rahmen der infektiologischen Therapie bietet, auf. Diese Weiterentwicklung im System macht eine übersichtliche Darstellung der mikrobiologischen Befunde und erregerspezifischen Resistenzdaten möglich. Der „Mikrobiologiemonitor-MRE“ schafft damit einen Mehrwert für eine adäquate Therapieentscheidung. Durch die Einführung von Warnhinweisen für eine Visualisierung von patientenInnenbezogenen hygienisch relevanten Besiedelungen bzw. Infektionen werden Therapieentscheidungen und präventive Maßnahmen bestmöglich unterstützt.



Newsletter Nr. 18 / Dezember 2019

Im Sinne des „Voneinander Lernens“ haben auch in diesem Jahr VertreterInnen der IPS-Mitglieder aktuelle oder bereits abgeschlossene Aktivitäten ihrer Einrichtungen zum Thema PatientInnsicherheit vorgestellt:



- ⊕ „Managementinformationssystem – Einsatz in der patientennahen Praxis“ – Harald Fuchs, Geriatriische Gesundheitszentren der Stadt Graz

- ⊕ „Reality Check Verhaltensänderung: Snapshot Audits und Feedback Systeme“ – Veronika Gombotz und Karina Leitgeb, LKH.Univ. Klinikum Graz



- ⊕ „Medizinische Innovationen und Patientensicherheit am Beispiel des „Medizinischen Innovationsboards“ der KAGes – August Gomsí, KAGes

Mit einem humorvollen Beitrag aktivierte **Gerhard Kobinger**, Apothekerkammer Steiermark, die Lachmuskeln der TeilnehmerInnen. Unter dem Titel „Über die Nebenwirkungen der Kommunikation“ wurden auf erheiternde Weise Einblicke in die täglichen kommunikativen Herausforderungen der ApothekerInnen gewährt.





Verleihung der IPS-Auszeichnungen

Auszeichnung als Anerkennung und Dank

Im Zuge der Teilnahme an der Initiative PatientInnensicherheit Steiermark wird die Einführung und Integration von sogenannten Learning & Reporting-Systemen in den Arbeitsalltag forciert. IPS-Mitglieder, deren Systeme die IPS-Kriterien erfüllen, haben die Möglichkeit sich um die IPS-Auszeichnung zu bewerben. Voraussetzungen sind die Erfüllung der IPS-Kriterien und deren Nachweis im Rahmen des IPS-Reviews durch ausgebildete IPS-Reviewer sowie die Mitarbeit im IPS-Feedbacksystem.

Im Rahmen der IPS-Jahrestagung bedankte sich der Vorsitzende der Qualitätssicherungskommission Steiermark, **Dr. Johannes Koinig**, für das Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort. Durch diese wertvolle Arbeit wird ein wichtiger Beitrag zur Erhöhung der PatientInnensicherheit und zur qualitätsvollen Gesundheitsversorgung geleistet. An folgende zehn (!) Krankenanstalten wurde die IPS-Auszeichnung im Rahmen der IPS-Jahrestagung verliehen:

- ◆ Landeskrankenhaus Mürzzuschlag-Mariazell
- ◆ Landeskrankenhaus Weststeiermark, Standort Deutschlandsberg
- ◆ Landeskrankenhaus Murtal
- ◆ AUVA Unfallkrankenhaus Steiermark, Standort Graz
- ◆ AUVA Unfallkrankenhaus Steiermark, Standort Kalwang
- ◆ Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz
- ◆ Krankenhaus der Elisabethinen GmbH Graz
- ◆ Marienkrankenhaus Vorau GmbH
- ◆ Neurologisches Therapiezentrum Kapfenberg GmbH
- ◆ Privatklinik Graz Ragnitz

Wir gratulieren den Einrichtungen zur Auszeichnung und bedanken uns für den Einsatz zur Erhöhung der PatientInnensicherheit im steirischen Gesundheitswesen!



LKH Mürzzuschlag-Mariazell



Privatklinik Ragnitz



LKH Weststeiermark, Standort Deutschlandsberg



LKH Murtal



AUVA-Unfallkrankenhaus Steiermark, Standort Graz



AUVA-Unfallkrankenhaus Steiermark, Standort Kalwang



Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz



Krankenhaus der Elisabethinen GmbH Graz



Marienkrankenhaus Vorau GmbH



Neurologisches Therapiezentrum Kapfenberg

Von diesen zehn ausgezeichneten IPS-Mitgliedern haben acht Einrichtungen die IPS-Auszeichnung bereits zum dritten Mal erhalten. Eine Auflistung aller derzeit 23 IPS-Mitglieder finden Sie auf der Website <http://www.patientinnensicherheit-steiermark.at>. Unter „Aktuelles“ besteht die Downloadmöglichkeit der Vorträge und Bilder.

Folgende IPS-Reviewer haben dankenswerterweise ein IPS-Review durchgeführt:

- ⊕ DGKS Gabriela **Schellnegger**
(KH der Barmherzigen Brüder, Standort Eggenberg)
- ⊕ DGKS Natascha **Eberhart**
(AUVA-Unfallkrankenhaus Steiermark, Standort Kalwang)
- ⊕ Dr. Karin **Semmler**
(Marienkrankenhaus Vorau Gemeinnützige GmbH)
- ⊕ Christian **Pilz**, MSc
(AMEOS Klinikum Bad Aussee)
- ⊕ Kerstin **Pirstinger**, BA MA
(Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz)
- ⊕ Dipl. KH-BW Anton **Lilek** (Privatklinik Graz Ragnitz)
- ⊕ Ursula **Sprincnik**, MBA, MSc
(KAGes-Management – OE Recht und Risikomanagement)
- ⊕ DGKPF Birgit **Haunschmid**, MAS
(Klinik Diakonissen Schladming)
- ⊕ Dr. Gerald **Sendlhofer**
(LKH-Univ. Klinikum Graz)
- ⊕ Dr. Georg **Fritsch**, MSc
(Klinik Diakonissen Schladming)
- ⊕ Mag. Alexandra **Pfisterer**
(LKH Hochsteiermark, Standort Leoben)
- ⊕ Manuela **Reinbacher**, BA MA
(LKH Feldbach-Fürstenfeld)
- ⊕ Prim. Dr. Gerhard **Berger**
(LKH Hartberg)
- ⊕ DGKS Bettina **Langer**
(LKH Weststeiermark, Standort Voitsberg)
- ⊕ Prim. Dr. Janos **Radnai**
(LKH Murtal, Standort Judenburg-Knittelfeld)
- ⊕ DI (FH) Martin **Orehovec**
(Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz)
- ⊕ Mag. Michaela **Drexel**, MAS
(Neurologisches Therapiezentrum Kapfenberg)
- ⊕ Reinhard **Falkner**
(LKH Hochsteiermark, Standort Bruck an der Mur)
- ⊕ OA Dr. Roland **Naglis**
(LKH Nochtsteiermark, Standort Leoben)
- ⊕ Marianne **Ochsenhofer**
(LKH Graz II, Standort Hörgas-Enzenbach)

Herzlichen Dank für Ihren Einsatz!

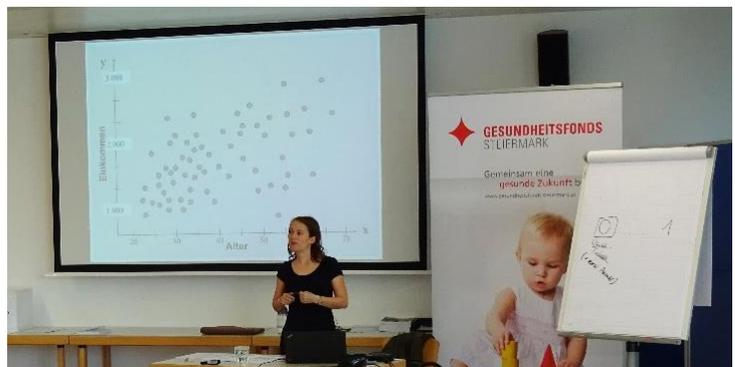


12. IPS-Methodenschulung zum Thema „Statistik BASIS Schulung“

Am 16. Mai 2019 referierte Frau MMag. Martina Koller (Universität Wien; Institut für Soziologie und Institut für Pflegewissenschaften) im Rahmen der IPS-Methodenschulung im Steiermarkhof zum Thema Statistik. Dabei wurde gezielt auf die von den IPS-Mitgliedern gewünschten Themen und Fragen, welche im Zuge dieser Schulung aufgegriffen und diskutiert werden sollten, eingegangen.

Ziel dieser Schulung war es, das bestehende Wissen rund um die Statistik aufzufrischen und durch die Behandlung praktischer Beispiele und konkreter Fragestellungen Anwendungstipps für die Praxis zu erhalten. Im Zuge des Workshops wurden neben den theoretischen Grundlagen entsprechend folgende Schwerpunkte gesetzt:

- ⊕ Befragung
 - ◆ Gütekriterien quantitativer Forschung
 - ◆ Worauf muss bei Befragungen geachtet werden?
 - ◆ Auswahl von Befragten (Grundgesamtheit und Stichprobe)
 - ◆ Umgang mit Rücklaufquoten
- ⊕ Statistische Auswertung und Interpretation
 - ◆ Datenniveaus
 - ◆ Berechnung von Häufigkeiten
 - ◆ Statistische Kennzahlen (Lagemaße und Streuungsmaße)
 - ◆ Grafische Darstellungsmöglichkeiten
 - ◆ Darstellung von Zusammenhängen
 - ◆ Das Konzept der Signifikanz



Alle Bilder: ©Gesundheitsfonds Steiermark

✉ Haben Sie Themenvorschläge für künftige IPS-Methodenschulungen? Dann senden Sie diese bitte direkt an nadja.gschaider@stmk.gv.at – wir freuen uns über Ihre Anregungen!



5. Internationaler Tag der PatientInnensicherheit „Sicherheit auf allen Ebenen“

Rund um den 17. September stand die PatientInnensicherheit auch heuer wieder ganz im Mittelpunkt des Gesundheitswesens. Der fünfte **Internationale Tag der PatientInnensicherheit** zum Thema „Sicherheit auf allen Ebenen“ erinnert an die Wichtigkeit, dass die PatientInnensicherheit tatsächlich gelebt wird, und zwar auf allen Ebenen. Um diese Sicherheitskultur nachhaltig zu etablieren, braucht es das Engagement aller Akteure im Gesundheitswesen. Mit der diesjährigen Themenwahl wurde eine Breite an Schwerpunktsetzungen ermöglicht, welche die PatientInnensicherheit in ihrer ganzen Vielfalt erkennbar macht und Führungskräfte, MitarbeiterInnen sowie auch PatientInnen und Angehörige gleichermaßen miteinbezieht.

Die steirischen Gesundheitseinrichtungen hoben sich mit ihren zahlreichen und vielfältigen Aktivitäten erneut besonders hervor. Ein Bild über das wir uns sehr freuen dürfen – Die Steiermark ist sehr aktiv!



Wir bedanken uns für die zahlreiche Beteiligung am 5. Internationalen Tag der PatientInnensicherheit!

Nachfolgend ein Ausschnitt über die vielfältigen Angebote und Aktivitäten der IPS-Mitglieder:

- ⊕ Fachvorträge über technische Risiken im OP-Bereich
- ⊕ Videobasierte Simulations-Notfalltrainings
- ⊕ Praxisstation mit der Möglichkeit lebensrettende Sofortmaßnahmen kennenzulernen und zu üben
- ⊕ hausinterne Weiterbildungsveranstaltungen zu diversen Schwerpunkten
- ⊕ Abhaltung diverser Informationsveranstaltungen und Erstellung von Informationsmaterialien (Flyer, Poster) für MitarbeiterInnen sowie PatientInnen und Angehörige (zB. Sturz-Prävention)
- ⊕ Hervorhebung von Themenschwerpunkten, wie beispielsweise (Hände-)Hygiene, Schmerzmanagement, Entlassungsmanagement, Polytrauma-Management
- ⊕ Organisation eines Gesundheitscafés
- ⊕ Ein Tag ganz im Zeichen der „Patientensicherheitsstrategie 2.0“ mit zahlreichen Vorträgen



Verleihung des „SALUS“ - Steirischer Qualitätspreis Gesundheit 2019

„Die Gesundheitsplattform Steiermark vergab am 23. Oktober 2019 bereits zum elften Mal den Steirischen Qualitätspreis – „SALUS“. Im Rahmen einer feierlichen Abendgala in der Aula der Alten Universität Graz wurde der „SALUS“ wieder an jenen Menschen, Teams oder Organisationen verliehen, die im Rahmen ihrer Initiativen, Projekte oder Aktivitäten wertvolle Qualitätsarbeit im steirischen Gesundheitswesen leisten und sich mit viel Engagement und Herzblut dafür einsetzen.

Als eine wertschätzende Anerkennung für diese Bemühungen durften sich heuer folgende GewinnerInnen in den beiden Kategorien „Gesundheitsversorgung“ und „Gesundheitsförderung“ freuen:

➤ Kategorie Gesundheitsversorgung:

„Delir und Demenz – delirsensibles und demenzfreundliches Krankenhaus“
Steiermärkische Krankenanstalten Gesellschaft mbH

➤ Kategorie Gesundheitsförderung:

„GeWa: Gemeinsam Wachsen!“
IKEMBA Verein für Interkultur, Konfliktmanagement, Empowerment, Migrationsbegleitung, Bildung und Arbeit

Als diesjährige Keynote-Vortragende konnte Frau **Dr. Silvia Türk**, Leiterin der Sektion VIII – Gesundheitssystem, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, gewonnen werden. Unter dem Titel „Qualität im Gesundheitswesen – nur ein Hype oder doch ein Nutzen für die Bevölkerung?“ beleuchtete die Sektionsleiterin das Thema Qualität im gesundheitspolitischen Kontext.



Für Gesundheitslandesrat **Christopher Drexler** ist die Auszeichnung eine Form der besonderen Wertschätzung: „Die für den Steirischen Qualitätspreis Gesundheit eingereichten Projekte von unterschiedlichsten Organisationen unterstreichen die Vielfalt und die Klasse der Leistungen im Gesundheitsbereich. Wir zeichnen innovative und erfolgreiche Aktivitäten aus, um auch die Verantwortlichen vor den Vorhang zu holen, die einen wesentlichen Beitrag zu weiteren Verbesserungen im steirischen Gesundheitswesen leisten. Durch ihre Arbeit kommen wir unserem Ziel, den Steirerinnen und Steirern die beste und qualitativ hochwertigste Versorgung anbieten zu können, noch ein Stück näher“.

„Der Gesundheitsbereich wird immer vielschichtiger, das betrifft sowohl den niedergelassenen als auch den stationären Bereich. Umso wichtiger ist es, dass wir unsere Steuerungspfade durch das Gesundheitssystem ständig verfeinern, um eines sicherzustellen: Die beste Qualität muss auch tatsächlich bei den Patientinnen und Patienten ankommen“, betont der Obmann der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse, **Josef Harb**. „Gerade im Bereich der Gesundheitsförderung, die idealerweise schon bei den werdenden Müttern und ihren Babys beginnt, sind qualitätsgesicherte Prozesse besonders wichtig. Nur so können wir mittel- und langfristig erreichen, dass die Zahl der gesunden Lebensjahre in Österreich endlich nachhaltig steigt – mit allen positiven Effekten für die Betroffenen, für unser Gesundheitssystem und letztlich für die ganze Gesellschaft“, ergänzt der steirische Kassenobmann.

Die Gewinner des „SALUS“ 2019:

Kategorie Gesundheitsversorgung:

„Delir und Demenz“ – Steiermärkische Krankenanstalten Gesellschaft mbH

Das Projekt „Delir und Demenz“ wurde bereits im April 2014 vom Vorstandsvorsitzenden der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H., Univ. Prof. Dr. Karlheinz Tscheliessnigg, in Auftrag gegeben. Den Ursprung der Idee zum Projekt bildete die Tatsache, dass durch die steigende Lebenserwartung der Anteil von Menschen mit Demenz wie auch akuten Verwirrheitszuständen (Delir) im Krankenhaus zunimmt. Menschen mit Demenz und/oder Delir haben spezifische Bedürfnisse, besonders im Krankenhaus. Das hohe Tempo des Krankenhausalltags, der veränderte Tagesablauf, die teilweise hochtechnisierte und zudem ungewohnte Umgebung sowie die vielen fremden Personen stellen Herausforderungen dar, auf die betroffene Personen mit Verhaltensänderungen, wie z.B. Ängsten, erhöhter Aggressivität, sozialem Rückzug oder unangepasstem Verhalten, reagieren können. Ohne entsprechende Maßnahmen besteht die Gefahr, dass die Lebensqualität dieser Patientinnen und Patienten trotz medizinischer Erfolge erheblich sinkt und die Verweildauer im Krankenhaus steigt.

Zu Beginn des Projektes zeigte eine Befragung von Personen aus den Berufsfeldern Pflege, Medizin und medizinisch-technische Dienste zu deren Erfahrungen mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder akuter Verwirrtheit im Krankenhaus unter anderem einen erheblichen Belastungsgrad der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und einen Bedarf an speziellem Wissen. Ziel des Projektes war es, zu befähigen, vorliegende kognitive Einschränkungen frühzeitig zu erkennen und angemessen zu reagieren. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen die Risiken eines Auftretens einer akuten Verwirrtheit (Delir) kennen und diese durch gezielte präventive Maßnahmen und Interventionen reduzieren. Ein bereits vorliegendes Delir muss rasch und angemessen behandelt werden.

In interdisziplinären Projektteams wurden spezifische Inhalte in acht Modulen als Grundlage für die Sensibilisierung und Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erarbeitet. Praxisrelevante Informationsmaterialien wurden für Angehörige entwickelt. Die Implementierung der Projektinhalte und Maßnahmen startete nach Beendigung der Entwicklungsphase im Herbst 2017. Die Wissensvermittlung erfolgte in Präsenzveranstaltungen und Online-Lernmodulen. In interdisziplinären und multiprofessionellen Arbeitsgruppen von Expertinnen und Experten für Demenz wurden und werden die Projektinhalte in den einzelnen LKH's und überregional weiterentwickelt. Strukturen werden neu gedacht und Abläufe verändert. Menschen mit kognitiven Einschränkungen erhalten eine ihnen angemessene Qualität der Versorgung. Um Veränderungen in der Wahrnehmung und der persönlichen Handlungssicherheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter festzustellen, wird eine Wiederholung der Erstbefragung durchgeführt.



v.l.n.r.: Gesundheitslandesrat Christopher Drexler; VertreterInnen der „SALUS“-Gewinner 2019 Projekt „Delir-Demenz“ der KAGes: Reinhold Schmidt, Brigitte Walzl, Christian Jagsch; GKK-Obmann Josef Harb

Kategorie Gesundheitsförderung:

„GeWA: Gemeinsam Wachsen!“ – IKEMBA Verein für Interkultur, Konfliktmanagement, Empowerment, Migrationsbegleitung, Bildung und Arbeit

Die Studie " Mental Health in Austrian Teenagers (MHAT)" kommt zum Ergebnis: Rund 24 % der Jugendlichen in Österreich erfüllen zum aktuellen Zeitpunkt (Punktprävalenz), rund ein Drittel der Jugendlichen erfüllten irgendwann in ihrem Leben (Lebenszeitprävalenz) die Kriterien für zumindest eine psychische Erkrankung. Weniger als 50 % der Jugendlichen mit einer psychischen Störung haben bis jetzt professionelle Hilfe angenommen. (vgl. Krawautz; Wagner2015: MHAT Studie Ergebnisfolder. Medizinische Universität Wien.)

Bereits seit einem Jahr fördert das Projekt „GeWa: gemeinsam Wachsen“ die psychosoziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, die aus sogenannten „schwer erreichbaren“ Familien mit Migrationshintergrund stammen. Oft sind sie von Armut betroffen, haben wenig formelle Bildung, eine geringe Gesundheitskompetenz und partizipieren nicht an der Gesellschaft. Die Erziehung passiert in einem Spannungsfeld von traditionellen Werten und Erziehungsmethoden aus dem Herkunftsland und den demokratischen Erziehungsidealen der österreichischen Gesellschaft. Erfahrungen von Rassismus und Diskriminierung sind keine Seltenheit. Diese Jugendlichen haben mit deutlich höheren Risikofaktoren für ihre psychosoziale Gesundheit zu kämpfen.

IKEMBA arbeitet im Projekt eng mit der Kinder- und Jugendhilfe und psychosozialen Diensten zusammen um diese Gruppe von Familien in die bestehenden Angebote zu integrieren. Durch die Methode der Outreacharbeit, aufsuchender Kontaktarbeit im Lebensumfeld der Zielgruppe, werden diese Familien erreicht und auf das Thema der psychosozialen Gesundheit aufmerksam gemacht. Vor Ort, in der Muttersprache werden Workshops zur Wissensvermittlung für die Eltern angeboten. Zusätzlich gibt es eine Empowermentgruppe für Eltern, wo Erziehungs- und Gesundheitsthemen diskutiert werden, gemeinsam relevante Institutionen besucht werden und die Eltern praktische Tipps bekommen. Die Jugendlichen treffen sich ebenfalls regelmäßig in einer Gruppe, sie erarbeiten gemeinsam für sie wichtige Themen, lernen in Graz Einrichtungen kennen, welche Jugendliche in unterschiedlichen Lebenssituationen unterstützen und knüpfen Kontakte außerhalb ihrer Community. Empowerment der Eltern und der Jugendlichen ist das Ziel des Projektes. Eltern und Jugendliche verfügen nach Projektende über ausreichend Wissen, Kompetenzen und Kontakte, um ein Aufwachsen in psychosozialer Gesundheit möglich zu machen. Gefördert wird das Projekt vom Fonds Gesundes Österreich, dem Gesundheitsfonds des Landes Steiermark, dem Gesundheitsamt der Stadt Graz und dem Bundeskanzleramt - Bundesministerin für Frauen, Familien und Jugend.



v.l.n.r.: Gesundheitslandesrat Christopher Drexler; VertreterInnen der „SALUS“-Gewinner 2019 Projekt „GEWA“ Verein IKEMBA: Irida Kulla, Livinus Nwoha, Christine Leitner; GKK-Obmann Josef Harb

Die „SALUS“-Filme der einzelnen Gewinnerprojekte finden Sie [hier!](#)



Voneinander Lernen – Best-Practice-Report Weihnachts-Sonderausgabe

Die IPS gibt für ihre Mitglieder regelmäßig einen Best-Practice-Report heraus, in dem Best-Practice-Beispiele (von der Meldung über die Ursachenanalyse bis zur Umsetzung und Evaluierung) als Lernfeld für alle geschildert werden. Die Best-Practice-Beispiele der IPS-Mitglieder sind eine wesentliche Grundlage für das Lernen voneinander.

Vielen Dank an alle IPS-Mitglieder, die uns ihre Best-Practice-Beispiele dafür zur Verfügung gestellt haben. Wir freuen uns, wenn Sie diese Beispiele auch für Ihr Learning & Reporting-System verwenden können.

Als Erinnerung für alle IPS-Mitglieder:

Bitte senden Sie uns Ihr strukturiertes Best-Practice-Beispiel für den nächsten IPS-Newsletter zu. Ein Online-Formular steht Ihnen dazu im IPS-Mitgliederbereich unter www.patientinnensicherheit-steiermark.at zur Verfügung.

IPS-Best Practice Beispiel 109:

"ID-(Identifikations)Bänder: Unlesbarkeit bei Kontakt mit Flüssigkeiten"

Die ID-Bänder werden mit PatientInnenetiketten versehen und sind je nach organisatorischem Ablauf sofort im Rahmen der Aufnahmeformalitäten anzulegen.

Wenn die PatientInnenetiketten häufiger mit Flüssigkeiten in Kontakt kommen werden sie unleserlich oder lösen sich von dem ID-Band.

Ursachenanalyse

Die Druckerschwärze der PatientInnenetiketten wird bei häufigen Kontakt mit Flüssigkeiten unleserlich und/oder das Etikett (Papier) löst sich auf.

Lösung / Maßnahmen

Es wurden neue ID-Bänder mit einem Einschubfach angekauft, wobei die PatientInnenetikette durch eine Folie geschützt wird.

Die DGKP kontrolliert jeden Tag die ID-Bänder auf die Lesbarkeit der PatientInnenetikette.

Evaluierung

Nach ausgiebiger Testphase von 6 Monaten und in Absprache mit der Stellvertretenden PDL wurden von den DGKP des stationären Bereichs, die Zufriedenheit und Funktionstüchtigkeit hinsichtlich der neuen ID-Bänder im vollen Umfang bestätigt. Die Lesbarkeit ist selbst nach ausgiebigem Kontakt mit Flüssigkeiten sichergestellt.



IPS-Best Practice Beispiel 110:

Abgängige Patientin/abgängiger Patient im Krankenhaus

Die Patientin/der Patient verlässt im verwirrten Zustand das Krankenhaus bei einer Außentemperatur unter null Grad.

Was ist passiert?

Die Patientin/der Patient wurde von seinen Angehörigen in die Notaufnahme gebracht. Aufgrund des klinischen Zustandes (cardiale Symptomatik) war eine stationäre Aufnahme medizinisch indiziert. Die Patientin/der Patient wollte jedoch nicht im Krankenhaus verbleiben. Nach längerem Zureden seitens der Angehörigen und der zuständigen Ärztin/dem zuständigen Arzt wurde die Patientin/der Patient stationär aufgenommen. Um 03:30 Uhr kam die Patientin/der Patient völlig aufgelöst aus dem Zimmer gestürzt und konnte sich nicht erklären, dass sie/er einige Stunden tief und fest geschlafen hatte. Sie/Er warf den MitarbeiterInnen vor, betäubt worden zu sein, ließ sich nicht beruhigen und auch nicht mehr in das Zimmer begleiten, sondern nahm auf einem Stuhl am Gang Platz. Die diensthabende Ärztin/der diensthabende Arzt bemühte sich, die Situation zu erklären, jedoch ließ sich die Patientin/der Patient auf kein konstruktives Gespräch ein und wollte nur nach Hause. Nach einiger Zeit ging die Patientin/der Patient wieder in das Zimmer, packte alle Habseligkeiten zusammen und marschierte zum Ausgang auf der Rückseite des Gebäudes. Dem Pflegepersonal gelang es nicht, die Patientin/den Patienten zur Umkehr zu bewegen. Die Tür war zu diesem Zeitpunkt nicht verschlossen. Die Patientin/der Patient verließ leicht bekleidet das Krankenhaus bei -18 Grad Celsius.

Die Polizei und die Angehörigen wurden informiert. Unweit vom Krankenhaus konnte die Patientin/der Patient durch die Polizei aufgegriffen werden. Die Patientin/der Patient war nicht unterkühlt, jedoch agitiert, reagierte aggressiv und abweisend. Nach einem längeren Gespräch mit den Angehörigen entschied sich die diensthabende Oberärztin/der diensthabende Oberarzt die Patientin/den Patienten in eine ihrer/seiner Bedürfnisse entsprechenden Institution zu transferieren.

Ursachenanalyse

- ⊕ PatientIn wollte stationär nicht aufgenommen werden
- ⊕ PatientIn non compliant
- ⊕ Krisensituation wurde nicht erkannt
- ⊕ Tür war zum Zeitpunkt unverschlossen

Lösung / Maßnahmen

- ⊕ Die Vorgesetzten führten Gespräche mit den verantwortlichen MitarbeiterInnen.
- ⊕ von den verantwortlichen MitarbeiterInnen wurden Gedächtnisprotokolle eingeholt.
- ⊕ Eine Einzelfallanalyse wurde durchgeführt.
- ⊕ Das Handbuch Besondere Vorfälle "Abgängige Patientin/Abgängiger Patient" (ein Basisdokument aus dem integrierten Alarm- und Einsatzplan) wurde evaluiert.
- ⊕ Das Formular "Abgängige Patientin/abgängiger Patient" im Handbuch "Besondere Vorfälle" wurde überarbeitet.

Evaluierung

- ⊕ Der Fall wurde simuliert und mit den beteiligten Personen intern und extern (Polizei und Feuerwehr) im Anschluss der Übung evaluiert.
- ⊕ Eine Risikoanalyse betreffend Zu- und Ausgänge und Türen zu Räumen (nur für Personal) wurde erarbeitet.

Sonstiges

Eine Information über den integrierten Alarm- und Einsatzplan erhalten die MitarbeiterInnen bei den jährlichen Schulungen und bei den Einführungsveranstaltungen für neue MitarbeiterInnen anhand einer Mustermappe. Die Unterweisung obliegt den Führungskräften.



IPS-Best Practice Beispiel 111:

„Unzureichend gekennzeichnete Stiege“

Sturz einer Person über eine unzureichend gekennzeichnete Stiege

Was ist passiert?

Eine mobile Person hat die letzte Stufe im Treppenhaus übersehen und ist dabei zu Sturz gekommen. Die Person hat sich dabei am Knöchel verletzt und ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen müssen.

Ursachenanalyse

Im betreffenden Fall handelt es sich um eine graue Steinstiege ohne farbliche Kennzeichnung. Da es sich um das Treppenhaus direkt am Haupteingang handelt und dort viele Personen mit Straßenschuhen unterwegs sind, kann es sich auch um einen rutschigen Untergrund durch Nässe gehandelt haben.

Lösung / Maßnahmen

Sofort nach dem Ereignis wurden rutschfeste Bänder auf den Stufen (im ganzen Haus) angebracht.

Evaluierung

Beobachtung der Meldungen im learning&reporting System



IPS-Best Practice Beispiel 112:

„Beinahe Überdosierung von Methotrexat per oral“

Eine Überdosierung von Methotrexat per oral kann zu schwerwiegenden Nebenwirkungen (Neutropenien, Sepsis) einschließlich Todesfällen führen, wenn die Einnahme versehentlich täglich statt einmal wöchentlich erfolgt.

Was ist passiert?

Low-dose Methotrexat p.o. wird in der elektronischen Fieberkurve versehentlich täglich statt wöchentlich angeordnet. Pflege macht auf Fehler aufmerksam. Korrektur der Anordnung.

Ursachenanalyse

Bei der elektronischen Anordnung des Medikaments wurde das tägliche Intervall nicht auf „wöchentlich“ geändert.

Lösung / Maßnahmen

Um die Patientensicherheit zu erhöhen wurden folgende Maßnahmen für in Österreich registrierte, orale MTX Präparate (3) in das KIS integriert und mit Hilfe der elektronische Fieberkurve umgesetzt:

- ⊕ Der Präparatename erhielt den fixen Zusatz „!maximal 1x wöchentlich“. Somit ist bei jeder Anordnung in der Fieberkurve dieser Text für ÄrztInnen und Pflege sichtbar.
- ⊕ Bei einer Anordnung des Arztes/der Ärztin wird mit Hilfe einer zusätzlichen Programmierung das Einnahmeintervall AUTOMATISCH auf die einmal wöchentliche Einnahme gesetzt. Der jeweilige Wochentag kann vom Arzt/von der Ärztin aktiv eingegeben werden.
- ⊕ Vor der Übernahme der Anordnung in die PatientInnenenkurve erfolgt ein weiterer Hinweis zur Überprüfung des Einnahmeintervalls, das mit „OK“ bestätigt werden muss.
- ⊕ Am Arztbrief und am Rezept wird ebenso automatisch der Zusatz „!maximal 1x wöchentlich“ aufgedruckt und ist daher für PatientInnen, Pflege, ApothekerIn klar ersichtlich.

Evaluierung

Evaluierung entspricht der Etablierung im KIS.



IPS-Best Practice Beispiel 113:

Unleserliche Fieberkurvenführung

Unleserliche Anordnung auf der Fieberkurve.

Was ist passiert?

Ein Medikament stand in einer unleserlichen Handschrift auf der Fieberkurve, das Austauschpräparat stand vom Pflegepersonal mit Bleistift geschrieben, unleserlich darüber. Der Medikamentenname konnte kaum entziffert werden und ähnelte einem anderen Präparat. Der Tablettendispenser wurde genau angeschaut und die Tabletten im Dispenser waren falsch eingeschachtelt (mehrere Tabletten fehlten).

Ursachenanalyse

- ⊕ Unleserliche Dokumentation
- ⊕ Unachtsamkeit

Lösung / Maßnahmen

- ⊕ Richtlinie „Sicherheit bei der Verordnung und Verabreichung von Medikamenten“: Auflistung von Punkten die beim Management von Medikamenten zu befolgen sind.
- ⊕ Schulung der Richtlinie „Sicherheit bei der Verordnung und Verabreichung von Medikamenten“ im ärztlichen und pflegerischen Bereich.
- ⊕ Selbst- und Fremdbewertung anhand eines Bewertungsbogens von je 5 Krankengeschichten durch eine Ärztin/ einen Arzt und einer Pflegeperson auf allen Stationen. Der Bewertungsbogen umfasst folgende Punkte:
 - Medikamentenverordnungen sind lesbar
 - Verordnung mit wasserfesten Stift geschrieben
 - Vollständiger Name des Medikamentes (keine Abkürzungen)
 - Angabe des Austauschpräparates
 - Dosis, Einheit und Konzentration des Medikamentes ist angegeben
 - Zeitpunkt der Verabreichung ist angegeben
 - Paraphe des anordnenden Arztes ist vorhanden, wie auch bei Änderungen
 - Anordnung der Medikation in der dafür vorgesehen Spalte
 - Medikamente sind für den Folgetag weiter verordnet
 - Bedarf ist definiert und Maximaldosis angegeben
 - Allergien sind dokumentiert

Evaluierung

- ⊕ Durchführung von 2 Stichproben.
- ⊕ Festlegung von Indikatoren: Grün 1,0-1,4 / Gelb 1,5-1,9 / Rot 2,0-4
- ⊕ Das Ziel ist erfüllt, wenn die Fieberkurvenführung im grünen Zielbereich liegt.



IPS-Best Practice Beispiel 114:

Beinaheverwechslung bei Entfernung eines Steckers aus der OP-Deckenampel

An der Deckenampel im OP sind fallweise viele Geräte angesteckt. Beim Abstecken ist die Zuordnung des zu entfernenden Steckers zum jeweiligen Gerät oftmals schwierig, es kam bereits öfters zu Beinaheverwechslungen.

Was ist passiert?

Beim Abstecken eines an der Deckenampel angesteckten Gerätes kam es während der laufenden Operation bei abgedunkeltem OP-Saal beinahe zur Entfernung des falschen Steckers.

Ursachenanalyse

Viele der bei einer Operation benötigten elektrischen Gerätschaften werden an der sog. "Deckenampel" angesteckt. Die an der Steckerleiste der Deckenampel sichtbaren Stecker unterscheiden sich kaum voneinander, die Kabel "verschwinden" unter den OP-Tüchern, es ist nicht sichtbar, zu welchem Gerät das Kabel führt.

Lösung / Maßnahmen

Die verwendeten Gerätschaften wurden aufgelistet und nach Schwere eines möglichen Patientenschadens bei versehentlichem Entfernen des Steckers kategorisiert. Die wichtigsten Gerätegruppen wurden daraufhin mit beschriftbaren, farblich unterschiedlichen Kabelmarkierungen steckernahe markiert.

Evaluierung

Rückfragen im betroffenen Bereich ergaben ein subjektiv erhöhtes Sicherheitsgefühl beim Abstecken von Gerätschaften, wenn die Kabel entsprechend markiert sind.



IPS-Best Practice Beispiel 115:

Blutgruppenverwechslung

Blutgruppe wurde im Rahmen der präoperativen Durchuntersuchung verwechselt.

Was ist passiert?

Blutgruppe wurde im Rahmen der PDU (Präoperativen Durchuntersuchung) einige Wochen vor der geplanten Operation falsch bestimmt. Die erste OP fand ohne Notwendigkeit einer Bluttransfusion, statt. Bei der zweiten OP wurde im Rahmen einer neuerlichen Blutbestimmung die falsche Blutgruppe auffällig.

Ursachenanalyse

- ⊕ - Zeitdruck aus organisatorischen Gründen
- ⊕ - Unachtsamkeit

Lösung / Maßnahmen

⊕ Sofortmaßnahme:

Die Blutgruppen von der Verwechslung möglicherweise betroffenen PatientInnen wurden im KIS und dem LIS (Labor-Informationssystem) inaktiviert.

⊕ Fallanalyse und Erarbeitung von Präventionsmaßnahmen mittels London Protokoll:

- Fallbesprechung und Bewusstseinsbildung (Pflege und BMA)
- „Tagesnummern Etiketten“ werden im Labor nicht mehr aufgeklebt
- Blutgruppenbestimmungen anhand der bereits bei der Blutabnahme beklebten Etiketten, dadurch entfällt eine Gefahrenquelle der Verwechslung.
- Entscheidung zur Beibehaltung der „zweizeitigen Blutabnahme“ lt. Empfehlung der OEGBT-Standards (Immunhämatologische Untersuchungen bei Patienten) → Durch dieses Vorgehen konnten schon vereinzelt Proben- bzw. Patientenverwechslungen erkannt werden.
- Räumliche Trennung von PARE (ehem. PDU) und Akutambulanz, um die Kommunikation mit dem einzelnen Patienten/der einzelnen Patientin zu optimieren.

Evaluierung

Indikatoren:

- Anzahl der CIRS Meldungen zu diesem Thema
- Anzahl an falschem Probenmaterial für das Auskreuzen von Blutprodukten (Ergebnisse liegen im Labor auf).



IPS-Best Practice Beispiel 116:

Zentralvenenkatheter (ZVK) blocken

Um eine Überdosierung von Heparin beim ZVK blocken zu verhindern wurde ein Formular entwickelt, welches die erforderliche Heparinmenge beim Blocken von ZVK-Kathetern angibt.

Was ist passiert?

Beim Spülen eines ZVK-Katheters kam es durch Verwendung einer gesamten Ampulle Medunasal (5ml) PRO LUMEN zu einer systemischen Verabreichung von Heparin.

Ursachenanalyse

Mangelnde Kenntnis über Fassungsvermögen der einzelnen ZVK Schenkel.

Lösung / Maßnahmen

Ausarbeitung eines Formulars, welches die notwendige ml Menge Medusanal für verschiedene Lumen bei verschiedenen ZVK-Kathetern beinhaltet. Das Formular wurde an die Stationen zur weiteren Verwendung übermittelt und ist dort am Spritzenwagen angebracht und somit für alle MitarbeiterInnen einsehbar.

Evaluierung

keine Evaluierung notwendig.



IPS-Best Practice Beispiel 117:

Patientenidentifikation/Dokumentenbeschriftung

Auf einem Überwachungsprotokoll waren auf den Folgeseiten unterschiedliche Patientenetiketten.

Was ist passiert?

Bestehende Überwachungsprotokolle, die in einzelner Ausführung zur Verfügung standen, wurden im Rahmen einer Prozessänderung zu einem Dokument zusammengeführt. Dabei wurde das Feld für das Patientenetikett im Verlauf auf der Rückseite nicht entfernt. Somit konnte auf der Vor- und Rückseite des ausgedruckten Protokolls ein Patientenetikett angebracht werden.

Das in Verwendung stehende, bereits mit einem Patientenetikett versehene Dokument wurde für eine weitere Untersuchung mit Überwachung umgedreht.

Da es aber nicht immer zu einer weiteren Untersuchung/Überwachung des Patienten/der Patientin kommt, wurde dieses umgedrehte und leer erscheinende Protokoll für einen neuen Patienten/eine neue Patientin genutzt. In Folge wurde für die nächste Untersuchung/Überwachung das Dokument mit dem Patientenetikett des nächsten Patienten/der nächsten Patientin versehen.

Ursachenanalyse

- ⊕ Änderung im Prozessablauf (Gewohnheit)
- ⊕ Möglichkeit zur Beschriftung der Dokumente mit Patientennamen/-etikett auf jeder Seite.

Lösung / Maßnahmen

Überarbeitung der Dokumente:

- ⊕ Dokumente können nur mehr auf der ersten Seite mit einem Patientenetikett versehen werden.
- ⊕ Nochmalige Information der MitarbeiterInnen über die Änderungen im Prozessablauf und der geänderten Dokumente.

Evaluierung

- ⊕ Anhand der rückgemeldeten CIRS-Meldungen (keine weiteren Meldungen zu dieser Thematik)
- ⊕ Vorlage der geänderten Dokumente.
- ⊕ Einsicht in den Ordner, wo die Vorlagen der Dokumente gespeichert sind.



IPS-Best Practice Beispiel 118:

Blutkonservenausgabe und Verabreichung ohne Abgleich

Fehlende Kontrolle von Konservenbarcodenummer mit dem Reservierungsetikett bei Ausgabe und Verabreichung der Konserven.

Was ist passiert?

Eine Blutkonserve, welche von Station angefordert wurde, wurde nicht über das EDV-Blutausgabesystem des Labors ausgegeben, dh. fehlende Kontrolle von Konservenbarcodenummer mit dem Reservierungsetikett. Nur bei Übereinstimmung beider Nummern darf die Freigabe der Konserve durch die BMA erfolgen. Die für den genannten Patienten/die genannte Patientin gekreuzte Konserve wurde ohne Auslesen der Barcodenummer aus dem System an den Transportdienst übergeben, auf Station erwärmt und von dem diensthabenden Arzt/der diensthabenden Ärztin an den Patienten/der Patientin verabreicht, welcher/welche vor Verabreichung der Konserve verabsäumt hat, Konservennummer und Reservierungsetikett zu vergleichen. Für den Patienten/die Patientin gab es keine negativen Auswirkungen. Nach Fehlerentdeckung wurde sowohl die Dokumentation am Transfusionsprotokoll des Patienten/der Patientin und in der Labor-EDV korrigiert.

Ursachenanalyse

- ⊕ Nichtbeachten von Standards, Richtlinien (personenbezogene Faktoren)
- ⊕ Unzureichende/unvollständige Dokumentation (Organisation / Teamfaktoren / Kommunikation / Dokumentation)

Lösung / Maßnahmen

Um das Erwärmen von nicht benötigten Blutkonserven zu vermeiden, wurde der Ablauf von der EK-Anforderung bis zur Dokumentation der verabreichten Konserve als Prozess dargestellt. Zusätzlich wurde zur Anforderung im KIS ein Blutkonservenabholschein in Papierform entwickelt und eingeführt, auf welchem Patientendaten, Konservennummern und Unterschriften von Anforderer, Transportdienst und BMA dokumentiert werden.

Evaluierung

Laufende Überprüfung der Blutdepotabholscheine durch die Leitende BMA und Controlling der Verwurfsraten durch die Abteilung Finanzwesen und Controlling des Hauses.



IPS-Best Practice Beispiel 119:

OP-Markierung fehlt

Was ist passiert?

Ein Patient/eine Patientin kommt in die OP-Umbettzone und es war keine Markierung der OP-Stelle vorhanden.

Ursachenanalyse

Nichtbeachten von Standards, Richtlinien

Lösung / Maßnahmen

In einer Arbeitsgruppe wurde die Vorgehensweise zur OP-Markierung abgestimmt. Folgendes wurde vereinbart:

- ⊕ Grundsätzlich gilt, dass bei jeder möglichen Seitenverwechslung eine Markierung vorzunehmen ist.
- ⊕ Sollte der Zugangsweg abweichen ist dieser separat zu markieren.
- ⊕ Gibt es mehr als einen Eingriffsort, sind alle Eingriffsorte zu markieren. Zu markieren sind daher beispielsweise:
- ⊕ Extremitäten
- ⊕ Paarige Organe
- ⊕ Wirbelsäule (Markierung entsprechender Zone: HWS, BWS, LWS)
- ⊕ Eingriffe im Gesichtsbereich

Evaluierung

- ⊕ Das Prüfen der Markierung der Operationsstelle ist Teil der präoperativen Abläufe (Prüfpunkt in der Prä-OP- und OP-Checkliste).
- ⊕ jährliche stichprobenartige Überprüfung zur Verwendung der Prä-OP- und OP- Checkliste durch die Stabsstelle QM-RM.



IPS-Best Practice Beispiel 120:**Zugriff auf Fachwissen**

Defizite in der Kommunikation zwischen zwei Disziplinen.

Was ist passiert?

Infolge eines CIRS-Falles und der danach stattgefundenen Analyse fanden sich Defizite in der Kommunikation, indem das Fachwissen zwischen Radiologie und Intensivstation nicht ausreichend transportiert wurde.

Ursachenanalyse

Ishikawa-Analyse

Lösung / Maßnahmen

Es wurden notwendige Fakten für spezifische Tätigkeiten in der Pflege gemeinsam mit einem Team zusammengetragen, um zum einen ein Gesamtbild über die pflegerischen Aufgaben zu erhalten und zum anderen auch MitarbeiterInnen frühzeitig am Wissensmanagement beteiligen zu können. D.h.: Wissensarbeit in die Arbeitsabläufe zu integrieren, klare Schwerpunkte und Pilotbereiche zu definieren, Erfolge zu sammeln und zu kommunizieren, Anreize zu schaffen, einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu initiieren und letztendlich auch die fachliche Kompetenz von neuen Mitarbeitern zu optimieren. Vor allem die vielen unterschiedlichen Aufgaben in der Pflege an einer Intensivstation sowie auch die Schnittstellen zur Ärzteschaft und deren verschiedenen Fachgebieten bildete die notwendige Basis. Die Stationsleitung suchte erstmals ein Thema, welches im Moment einer Klärung bedurfte, versuchte einen allgemein verständlichen Ablauf in der Informationswiedergabe zu finden und dieses erste Thema allgemein verständlich zu präsentieren. Diverse Fachrichtlinien und ärztliche Begutachtung dieser verfassten Themen stellen sicher, dass auch alle Themen der aktuellen Normen entsprechen. Das Team und die Stationsleitung haben gemeinsam Themen festgelegt, die dann vom Pflege-Team ausgearbeitet und vorerst in einer „Informationsmappe“ aufgenommen worden sind. Hier wurde bereits ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin zur Koordination bestimmt. Nunmehr wurde als nächster Entwicklungsschritt eine zeitgemäße Methode zur Aktualisierung sowie zur Zugriffserleichterung aller Pflege-MitarbeiterInnen an der Intensivstation in Form der Dokumentenlenkung eingeleitet. Jetzt steht eine Intranet-Seite mit den Themen für alle MitarbeiterInnen der Intensivstation zur Verfügung, eine systemische Wiedervorstellung an eine Kontaktperson im Pflegeteam garantiert die Aktualität. Dadurch wird auch nach einem Personalwechsel, das Weitertragen aller bereits erfassten fachlichen Inhalte zur Aufrechterhaltung aller notwendigen pflegerischen Tätigkeiten an einer Intensivstation garantiert. Die Dokumentenlenkung ermöglicht die gezielte/gesicherte Zustellung an zuständige MitarbeiterInnen der betroffenen Berufsgruppen in aktualisierter Form und einen gleichzeitigen Zugriff mehrerer MitarbeiterInnen auf die Informationen im Intranet.

Evaluierung

Evaluierung anhand einer Übergabe eines Patienten/einer Patientin zwischen den beiden Disziplinen praktisch überprüft.

Sonstiges

⊕ Themen-Beispiele:

Versorgung Verstorbener / Permcath-Anlage / Verband TSD & Entfernung / Assistenz Bronchoskopie / Bronchoskopie am wachen Patienten / Schädel-Hirn-Trauma / Dienstübergabe / Geschlossenes Absaugen / Vorbereitung zur MR-Fahrt / Enterale Ernährung / Blutgasanalyse – Präanalytik / Nachtruhe / Chronische Wunden / Passagerer Schrittmacher, etc. ...

⊕ Literatur: Reinmann-Rothmeier & Mandl, 1999



IPS-Best Practice Beispiel 121:

Auslösen des Herzalarms

Was ist passiert?

In einer Notfallsituation wurde versucht, den Herzalarm über die DECT-Anlage auszulösen. Dies war nicht möglich, es war lediglich ein "Besetzt-Zeichen" zu hören. ÄrztInnen wurden daraufhin sofort telefonisch hinzugeholt.

Die Rückmeldung über den Fehler wurde unmittelbar gegeben. Beim darauffolgenden "TEST" funktionierte die Auslösung des Herzalarms einwandfrei.

Ursachenanalyse

Es könnte sich einerseits um ein technisches Problem gehandelt haben, welches unmittelbar danach bereits behoben war. Es könnte andererseits aber auch die herausfordernde Situation dazu geführt haben, dass bei Auslösung des Herzalarms via 6-stelliger DECT-Nummer ein Fehler passiert ist.

Lösung / Maßnahmen

⊕ Es wurden Kitteltaschen bzgl. Auslösen des Herzalarms (inkl. Herzalarm-Nummer, Schritt-für-Schritt Anleitung und Beispiel) erarbeitet und an alle Pflegepersonen verteilt.

⊕ Weiters wurde der bisherige Prozess hinsichtlich Probe-Alarm-Auslösung adaptiert:

Der Probe-Herzalarm wird ab sofort vom Personal auf den Stationen bzw. in den Bereichen direkt vor Ort 1x pro Monat ausgelöst. Durch den zuständigen Primararzt/die zuständige Primarärztin erfolgt die Rückmeldung an die EDV-Abteilung, ob die Auslösung des Herzalarms einwandfrei funktioniert hat.

Evaluierung

monatlich im Rahmen der Auslösung des Herz-Probealarms.



IPS-Best Practice Beispiel 122:**Eine Patientin/ein Patient hat sich in der Toilette eingeschlossen**Was ist passiert?

Eine kognitiv beeinträchtigte Patientin/ein kognitiv beeinträchtigter Patient hat sich in der Toilette eingeschlossen und konnte die Tür nicht selbstständig öffnen. Eine Pflegeperson hat durch die verschlossene Tür einige Minuten mit der Patientin/mit dem Patienten gesprochen und erklärt wie sich die Tür öffnen lässt. Die Patientin/der Patient hat dann die Tür selbst wieder aufgesperrt.

Ursachenanalyse

Die Kunststoff-Notöffner der Türschlösser sind so ausgebrochen und verschlissen, dass diese von außen (z.B. mit einer Münze) nicht mehr zu öffnen waren.

Lösung / Maßnahmen

⊕ Sofortmaßnahme durch Hautechnik:

- Am nächsten Tag wurde ein Schraubenschlüssel so umgearbeitet, dass mit diesem die Tür von außen aufgesperrt werden kann.
- Alle Mitarbeiter im stationären Bereich wurden darüber informiert.
- Das Werkzeug wurde sichtbar im Pflegestützpunkt angebracht.

⊕ langfristige Verbesserung:

Der Einkauf hat mit der Herstellerfirma der Türen Kontakt aufgenommen und nachgefragt, ob es Ersatzteile bzw. neue Kunststoff-Notöffner gibt. Da die Türen bereits 20 Jahre alt sind, war dies über die Herstellerfirma nicht mehr möglich.

Nach längerer Recherche wurde ein Ersatz in Form von Metall-Notöffner-Verriegelungen gefunden und angekauft. Der große Vorteil besteht darin, dass diese nicht mehr ausbrechen können. Ebenso sind die Türen wesentlich leichter von außen zu öffnen. Die Haustechnik hat bei sämtlichen Toiletten im Haus, egal ob für PatientInnen, BesucherInnen oder MitarbeiterInnen die Kunststoff-Notöffner gegen die neuen Metall-Notöffner-Verriegelungen ausgetauscht.

Evaluierung

Durch eine Hausbegehung wurde kontrolliert, ob der Austausch bei allen Toilettentüren erfolgte.



IPS-Best Practice Beispiel 123:**Verwechslungsgefahr Dosierungseinheit**

Beinahefehler bei Medikamentenverabreichung durch falsch hinterlegte Mengeneinheit in elektronischer Fieberkurve.

Was ist passiert?

Die Dosierungseinheit von Tramabene (Schmerzmittel) ist im Austria Codex und entsprechend in der Arzneimittelliste des Hauses mit TR (Tropfen) angegeben. Art der Anwendung: Oral auf Würfelzucker - 1 Hub entspricht 3 Tropfen. Bei Anordnung des Medikamentes durch den Arzt/die Ärztin in der elektronischen Fieberkurve wurde die vorgegebene Anzahl an Tropfen angeordnet, die aber in der Praxis der Anzahl an Hüben entsprach. Eine DGKP hat den Anordnungsfehler bemerkt und das Medikament nicht verabreicht.

Ursachenanalyse

Für den Arzt/die Ärztin ist bei der Anordnung der Medikation über die elektronische Fieberkurve nur eine Anzahl sichtbar, die Einheit ist nicht dargestellt, diese ist in einem drop-down-Menü im Hintergrund hinterlegt. Tatsächlich war in diesem Fall dahinterliegend die Einheit „Hübe“ anstatt „Tropfen(anzahl)“ hinterlegt.

Lösung / Maßnahmen

- ⊕ Intervention: Weiterleitung an die Apotheke und den Ärztlichen Direktor und Information an alle MitarbeiterInnen.
- ⊕ Maßnahme: Das System wurde entsprechend geändert, sodass nun bei der Anordnung von Medikation alle Einheiten in der elektronischen Fieberkurve angezeigt werden.
- ⊕ Anmerkung: Im Haus gibt es eine Projektgruppe "Optimierung Medikationsprozess", die sich laufend um die Umsetzung von erkannten Verbesserungsmaßnahmen kümmert.

Evaluierung

Die Umsetzung wurde überprüft.

**IPS-Best Practice Beispiel 124:****Deeskalations- und Sicherheitsmanagement**

Es kommt regelmäßig zu aggressiven Übergriffen auf MitarbeiterInnen. Ein professionalisiertes Deeskalations- und Sicherheitsmanagement soll den MitarbeiterInnen Werkzeuge/Techniken zur Prävention zur Verfügung stellen.

Was ist passiert?

Es kommt regelmäßig zu aggressiven Übergriffen auf MitarbeiterInnen (verbale Übergriffe, Bedrohungssituationen, tätliche Übergriffe).

Ursachenanalyse

- ⊕ Versorgungsauftrag des Krankenhauses – Aufnahmen ohne Zustimmung der PatientInnen finden statt.
- ⊕ Zustandsbilder der PatientInnen

Lösungen / Maßnahmen

Ein professionalisiertes Deeskalations- und Sicherheitsmanagement soll den MitarbeiterInnen Werkzeuge/Techniken in der primären, tertiären und sekundären Prävention zur Verfügung stellen. Mit diesen Werkzeugen/Techniken sollen herausfordernden Situationen im beruflichen Alltag gut begegnet und diese professionell bewältigt werden können:

- ⊕ Ausbildung von 4 TrainerInnen (m/w) zum Deeskalations- und Sicherheitsmanagement
- ⊕ Weiterentwicklung des Tutorsystems
- ⊕ Entwicklung eines Schulungskonzeptes
- ⊕ Etablierung eines Schulungs- und Fortbildungsplans im Deeskalations- und Sicherheitsmanagement
- ⊕ Durchschulung aller MitarbeiterInnen im patientennahen Bereich bis 2021

Evaluierung

- ⊕ Funktionsbeschreibungen liegen vor
- ⊕ Vernetzungstreffen der Tutoren finden regelmäßig statt
- ⊕ Schriftliches Schulungskonzept ist vorhanden
- ⊕ Durchschulungsgrad der MitarbeiterInnen an den Abteilungen
- ⊕ Anzahl innerbetrieblicher Fortbildungen zum Thema
- ⊕ Das Risiko „Gewalt“ steigt nicht weiter an

Sonstiges

Ausbildungsmodul zum Deeskalations- und Sicherheitsmanagement im Gesundheitswesen. Inhalte der Ausbildung:
https://www.pflegenetz.at/wp-content/uploads/2016/09/trainerinnenausbildung_formular_160915.pdf



IPS-Best Practice Beispiel 125:

Lückenlose Informationskette Latex Allergie

Eine Patientin/ein Patient verneint alle Fragen nach Allergien. Eine Latex Allergie fällt erst spät auf und es kommt zu erheblichen Verzögerungen im OP Ablauf.

Was ist passiert?

Eine Patientin/ein Patient verneint alle Fragen nach Allergien und gibt erst auf der Station eine Latex Allergie an. Die Allergie wird in der Krankengeschichte vermerkt. Die Allergie fällt im OP Bereich noch vor der OP auf, aber der OP ist in Folge für den Eingriff nicht latexfrei bespielt.

Ursachenanalyse

Lückenhafte Kommunikation an den Schnittstellen. Unzureichendes Bewusstsein um die Relevanz zeitnaher Information zur Latex Allergie für nachfolgende Prozesse. Hoher Zeitdruck in der gesamten Prozesskette.

Lösung / Maßnahmen

- Jede am Ablauf beteiligte Mitarbeiterin/jeder beteiligte Mitarbeiter an den neuralgischen Stellen (medizinische Aufnahme, pflegerische Aufnahme, anästhesiologische Aufklärung und PDU) ist zuständig, die relevanten Informationen als CAVE Einträge in den elektronischen Krankenakt (und damit in die OP Planung) einzugeben, damit die PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit gewährleistet ist und nachfolgende Abläufe reibungslos und ohne Zeitverlust erfolgen können.
- Schulung der MitarbeiterInnen an den zuständigen Positionen zur Eingabe von CAVE Einträgen im System.
- Bewusstseinsbildung im Rahmen der Teamsitzungen.

Evaluierung

Interview

Sonstiges

- Beobachtung
- Stichproben
- Interview



IPS-Best Practice Beispiel 126:

Strukturierte PatientInnen-Übergabe im Aufwachbereich PACU

Nicht strukturierte Prozesse in der Aufnahme und Entlassung aus dem Aufwachbereich PACU führten zu Problemen.

Was ist passiert?

Im Aufwachbereich wurde eine Patientin/ein Patient mit Hilfe von falschen Dokumenten einer/Mitpatientin/eines Mitpatienten an die Pflegekräfte der nachversorgenden Station übergeben. Die Patientin/der Patient war der übernehmenden Pflegekraft von der Station nicht bekannt. Erst später auf Station fiel bei der Kontrolle bezüglich verabreichter Analgetika auf, dass die mündliche Übergabe in der PACU eine andere Patientin/einen anderen Patienten betroffen hatte.

Ursachenanalyse

Mangelnde Kontrolle bei der Übergabe. Es kommt regelmäßig vor, dass die abholenden Pflegekräfte die PatientInnen noch nicht kennen, daher ist eine genaue Kontrolle der Unterlagen nötig.

Verstärkenden Einfluss hatten die Faktoren Überlastung und Zeitdruck, da es sich um eine Triage-Situation handelte.

Lösung / Maßnahmen

Im Zuge der Fall-Recherche wurde klar, dass weder der Aufnahmeprozess, noch der Übergabeprozess im Bereich PACU strukturiert vonstattenging. Zum Aufnahmeprozess gab es bis dato noch keinen CIRS-Fall, diese Schnittstellen-Problematik wurde in der Erhebung vom Anästhesie-Pflegepersonal, aber ebenso als sehr problematisch dargestellt. Es wurde daher in einer Projektgruppe ein strukturiertes Vorgehen der PatientInnen-Übergabe (entsprechend evidenzbasierter Literatur) bei der Aufnahme sowie Entlassung aus dem Bereich PACU erarbeitet.

Nach einem zweiwöchigen Testlauf wurde dieses neue strukturierte Vorgehen im Rahmen von Fortbildungen unterwiesen. In der täglichen Routine unterstützen laminierte Checklisten in A5 die PatientInnenübergabe vom OP in die PACU bzw. von der PACU auf die nachversorgende Station.

Evaluierung

Der neue Prozess ist nun seit mehreren Monaten im Einsatz. Die Sinnhaftigkeit wird von den Beteiligten verstanden, daher erfolgt auch eine lückenlose Umsetzung und Einhaltung des Prozesses.

Eine Evaluierung durch die Projektgruppe ist nach 12 Monaten geplant.

Sonstiges

- ⊕ Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin zur strukturierten Patientenübergabe in der perioperativen Phase (Anaesthesist 2016, 65:148–150).
- ⊕ Strukturierte Patientenübergabe in der perioperativen Medizin. Rationale und Umsetzung in der klinischen Praxis (Anaesthesist 2017, 66:396–403).
- ⊕ Strukturierte Patientenübergaben im Aufwachraum (AINS)



IPS-Best Practice Beispiel 127:

Zubereitung der Sonderkost am Abend

Bei Bedarf und gegebener Indikation werden PatientInnen von ärztlicher Seite eine Sonderkost verordnet und entsprechend vom Küchenpersonal ausgegeben. Die Zusammenstellung der zubereiteten Sonderkost beim Abendessen entspricht nicht der aufgeschriebenen und verordneten Sonderkost.

Was ist passiert?

Im vorliegenden Fall kam es dazu, dass die Zusammenstellung des beim Abendessen ausgegebenen Sonderkostmenüs nicht der angeordneten Sonderkost entsprach. Es waren Lebensmittel enthalten, die der Patient/die Patientin nicht verträgt und die Zusammenstellung des Menüs war einseitig. Dadurch wird eine Fehlernährung des betroffenen Patienten/der betroffenen Patientin begünstigt.

Ursachenanalyse

- ⊕ Die Informationsweitergabe von Arzt/Ärztin über Diätologe/Diätologin an die Küche hat nicht funktioniert.

- ⊕ Das am Abend diensthabende Küchenpersonal war in Sachen Sonderkost und Umsetzung der Abläufe unzureichend eingeschult.
- ⊕ die Küchenleitung ist abends meist nicht anwesend.

Lösung / Maßnahmen

- ⊕ Genaue Definition der Informationswege, Vorgehensweise und Abläufe in Hinblick auf die Sonderkostzubereitung in Absprache mit dem Diätologen/der Diätologin und dem Küchenchef/der Küchenchefin, insbesondere auch abends.
- ⊕ Schulung des gesamten Küchenpersonals in Bezug auf Sonderkost und Sonderkostbeschreibung, um vor allem auch abends, wenn die Küchenleitung nicht anwesend ist, einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten.

Evaluierung

- ⊕ Regelmäßige Befragung der PatientInnen, die Sonderkost bekommen
- ⊕ Befragungen des Küchenpersonals, ob weiterer Klärungsbedarf besteht bzw. ob weitere Beschwerden seitens der PatientInnen vorliegen



Terminvorschau für 2020:



IPS-Indikatoren-Netzwerktreffen

Datum: Donnerstag, 12. März 2020

Beginn: 9:00 Uhr

Ort: Steiermarkhof (Ekkehard-Hauer-Straße 33, 8052 Graz)



IPS-Jahrestagung & PlattformQ

Datum: Mittwoch, 22. April 2020

Beginn: 9:00 Uhr

Ort: Bildungshaus Schloss St. Martin (Kehlbergstraße 35, 8054 Graz)



IPS-Methodenschulung

Datum: Mittwoch, 27. Mai 2020

Beginn: 9:00 Uhr

Ort: Steiermarkhof (Ekkehard-Hauer-Straße 33, 8052 Graz)

Einladungen und Programme zu den einzelnen Terminen folgen zeitgerecht!

Wir freuen uns auf Ihr Kommen!

Impressum

Gesundheitsfonds Steiermark

Herrngasse 28, 8010 Graz

Bereich Planung, Steuerung und Qualität, Bereichsleitung: Dr. Johannes Koinig

IPS-Koordinationsstelle: Nadja Gschaider, BA MA

Tel.: (0)316 / 877 - 5587, E-Mail: nadja.gschaider@stmk.gv.at

Bilder dieser Ausgabe: ©Gesundheitsfonds Steiermark/Hutter (2019); ©Gesundheitsfonds Steiermark (2019)