

Newsletter Nr. 19 / Dezember 2020

Sehr geehrte IPS-Mitglieder!

Das Jahr 2020 stellte uns alle vor große und neue Herausforderungen. Für die IPS hatte die Covid-19-Pandemie die Absage aller Veranstaltungen und Schulungen zur Folge und dennoch ist die Sicherheit der PatientInnen gerade in dieser sehr fordernden Zeit so groß wie noch nie. Stellt die Versorgungssicherheit und -qualität der PatientInnen auch in diesen sich geänderten Rahmenbedingungen immer die Priorität dar.

Die Inhalte der abgesagten IPS-Veranstaltungen gehen nicht verloren, sondern werden zur gegebenen Zeit und gewohnter Qualität nachgeholt werden.

In diesem Newsletter wird der Schwerpunkt daher auf jene Aktivitäten im Rahmen der IPS gesetzt, bei denen eine Umsetzung unter den gegebenen Rahmenbedingungen möglich war, wenn auch in abgeschwächter Art und Weise. Wir wünschen eine informative Leselektüre!

Die **IPS-Auszeichnung** wurde heuer an sechs Krankenanstalten verliehen bzw. verlängert. Diese Krankenanstalten haben das IPS-Review-Verfahren erfolgreich abgeschlossen. Durch den Entfall der IPS-Jahrestagung konnten die IPS-Auszeichnungen zwar nicht in gewohntem Rahmen überreicht werden, verzichten mussten die IPS-Mitglieder auf ihre gültigen IPS-Auszeichnungen jedoch nicht. Eine feierliche Überreichung wird bei der nächsten IPS-Jahrestagung nachgeholt.

Stattgefunden hat auch der jährliche **Internationale Tag der PatientInnensicherheit**, der mittlerweile zum sechsten Mal rund um den 17. September im Mittelpunkt steht. Unter dem Motto „Patientensicherheit und COVID-19. Mit Resilienz Krisen meistern“ konnten die Gesundheitseinrichtungen mit Aktionen und Aktivitäten auf Ihre Themen aufmerksam machen. Soweit es der Rahmen zuließ, war die Steiermark auch in Zeiten der Pandemie aktiv.

In sehr kleinem Rahmen konnten letztendlich auch die GewinnerInnen des diesjährigen „**Steirischen Qualitätspreis Gesundheit – SALUS**“ für Ihre Siegerprojekte in den beiden Kategorien „Gesundheitsförderung“ und „Gesundheitsversorgung“ geehrt werden. Auf eine feierliche Überreichung der Trophäen in der Aula der Alten Universität Graz musste zwar verzichtet werden, dennoch war es der Geschäftsführung des Gesundheitsfonds Steiermark ein Anliegen, den Menschen hinter diesen wertvollen Projekten persönlich zu gratulieren. Frau Gesundheitslandesrätin Bogner-Strauß, als auch die beiden steirischen Landesstellenausschuss-Vorsitzenden der Österreichischen Gesundheitskasse, Josef Harb und Vinzenz Harrer, konnten nicht anwesend sein, überbrachten den diesjährigen GewinnerInnen aber ihre herzlichsten Glückwünsche.

Heuer mehr denn je freut es uns Ihnen mitteilen zu können, dass die Gesundheitsplattform Steiermark am 18. November 2020 die **Fortführung der Initiative PatientInnensicherheit Steiermark (IPS)** im Jahr 2021 beschlossen hat und somit die wichtige Arbeit und Aktivitäten im Rahmen der PatientInnensicherheit gesichert wurden.

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

***Wir bedanken uns für die Zusammenarbeit,
wünschen Ihnen und Ihren Lieben ein besinnliches Weihnachtsfest,
erholsame Feiertage und einen guten und gesunden Start ins neue Jahr 2021!***



Ihr IPS-Team



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.

Sechs Krankenanstalten haben in diesem Jahr ein IPS-Review erfolgreich abgeschlossen und dürfen sich über die Wieder- bzw. Erstverleihung der IPS-Auszeichnung freuen. Die Verleihung im Rahmen der IPS-Jahrestagung musste heuer leider ausfallen, dennoch erhielten die Krankenanstalten ihre gültige IPS-Auszeichnung. Eine offizielle und feierliche Überreichung an die ausgezeichneten Häuser wird im Zuge der nächsten IPS-Jahrestagung nachgeholt.

Von diesen sechs ausgezeichneten IPS-Mitgliedern haben drei Einrichtungen die IPS-Auszeichnung bereits zum dritten Mal erhalten. Für die AUVA Rehabilitationsklinik Tobelbad war es heuer eine Premiere. Wir freuen uns, die AUVA Rehabilitationsklinik Tobelbad zu den IPS-Mitgliedern zählen zu dürfen und gratulieren herzlich zur erhaltenen Auszeichnung. Eine Auflistung aller IPS-Mitglieder finden Sie auf der Website www.gesundheitsfonds-steiermark.at/qualitaetsarbeit/patientinnensicherheit.

Wir bedanken uns für das Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort, die durch ihre wertvolle Arbeit einen wichtigen Beitrag zur Erhöhung der PatientInnensicherheit und zur qualitätsvollen Gesundheitsversorgung leisten und dürfen folgend die sechs ausgezeichneten Krankenanstalten anführen:

- ◆ AMEOS Klinikum Bad Aussee (Rezertifizierung)
- ◆ Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz (Rezertifizierung)
- ◆ LKH Feldbach-Fürstenfeld (Rezertifizierung)
- ◆ Klinik Diakonissen Schladming (Rezertifizierung)
- ◆ Krankenanstaltenverbund Rottenmann-Bad Aussee (Rezertifizierung)
- ◆ Rehabilitationsklinik Tobelbad (Erstreview)

Wir gratulieren den ausgezeichneten Krankenanstalten für Ihr wirksames Learning & Reporting-System und für Ihre Aktivitäten zur Verbesserung der PatientInnensicherheit im steirischen Gesundheitswesen!

Newsletter Nr. 19 / Dezember 2020

Ein herzliches Dankeschön auch an unsere diesjährigen IPS-Reviewer für Ihre Bereitschaft ein Review durchzuführen:

- ⊕ **Eva Zak**
(LKH Murtal, Standort Stolzalpe)
- ⊕ OA Dr. **Peter Safran**
(LKH Weiz)
- ⊕ Prim.Dr. **Gabriele Treichler**
(LKH Weststeiermark, Standort Deutschlandsberg)
- ⊕ Prim.Dr. **Josef Diez**
(KH der Barmherzigen Brüder Graz, Standort Eggenberg)
- ⊕ **Eva Frohmann**
(AUVA UKH Steiermark, Standort Graz)
- ⊕ Prim.Univ.Prof. Dr. **Tilman Keck**
(KH der Elisabethinen Graz)
- ⊕ Prim. Dr. **Eveline Kink**, MBA
(LKH Graz II, Standort Hörgas-Enzenbach)
- ⊕ DGKP **Gerhard Flicker**
(KH der Barmherzigen Brüder Graz, Standort Marschallgasse)
- ⊕ Dir. DGKP **Andrea Löcker**, MSc
(Neurologisches Therapiezentrum Kapfenberg GmbH)
- ⊕ Mag.(FH) **Bettina Guttmann**
(LKH Graz II; Standort Süd)
- ⊕ Mag. **Andrea Kleinegger**
(KH der Barmherzigen Brüder Graz, Standort Marschallgasse)
- ⊕ **Christian Pilz**, MSc
(AMEOS Klinikum Bad Aussee)

Herzlichen Dank für Ihren Einsatz!



6. Internationaler Tag der PatientInnensicherheit

„Patientensicherheit und COVID-19. Mit Resilienz Krisen meistern“

Der 6. Internationale Tag der Patientensicherheit fällt in eine besondere Zeit: Gerade die Veränderungen und Umbrüche durch die aktuelle COVID-19-Situation zeigen, wie wichtig PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit im Gesundheitswesen sind. Deshalb stand das Jahr 2020 ganz im Zeichen der Pandemie und wie diese gemeistert werden kann. Unter dem Motto **„Patientensicherheit und COVID-19. Mit Resilienz Krisen meistern“** waren die Gesundheitseinrichtungen wieder dazu aufgerufen, aktiv am Internationalen Tag der PatientInnensicherheit mitzuwirken und ihre individuellen Themenschwerpunkte und Aktivitäten, wie beispielsweise zu Hygiene, Patient Empowerment, etc. mit allen Akteurinnen und Akteuren zu teilen.

Die interaktive Landkarte fasst die Aktivitäten zusammen und ist unter www.patientensicherheitstag.at/aktivitaeten-2020.php abrufbar.



Wir bedanken uns für die Beteiligung am 6. Internationalen Tag der PatientInnensicherheit!



Verleihung des „SALUS“ - Steirischer Qualitätspreis Gesundheit 2020

Die Gesundheitsplattform Steiermark hat am 13. November 2020 bereits zum zwölften Mal den **Steirischen Qualitätspreis Gesundheit – „SALUS“** verliehen. Die Übergabe der Trophäen erfolgte – coronabedingt – in kleinstem Rahmen durch die Geschäftsführer des Gesundheitsfonds Michael Koren und Bernd Leinich.

Auch heuer wurde der „SALUS“ wieder an jene Menschen, Teams oder Organisationen verliehen, die im Rahmen ihrer Initiativen, Projekten oder Aktivitäten wertvolle Qualitätsarbeit im steirischen Gesundheitswesen leisten und sich mit viel Engagement und Hingabe dafür einsetzen. Als wertschätzende Anerkennung für diese Bemühungen dürfen sich heuer folgender GewinnerInnen in den beiden Kategorien „Gesundheitsversorgung“ und „Gesundheitsförderung“ freuen:

Die Gewinner des „SALUS“ 2020:

Kategorie Gesundheitsversorgung:

„Altenpflege von Profis lernen - Albert Schweitzer Trainingszentrum der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz

Die informelle Pflege stellt den größten Pflegedienst in Österreich dar. Um diese tragende Säule unseres Gesundheits- und Pflegeystems aufrechtzuerhalten, ist es erforderlich, Entlastungsangebote sowie Angebote zur Kompetenzerweiterung für pflegende Angehörige zu schaffen. Mit dem Albert Schweitzer Trainingszentrum der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz wird genau dieses Ziel verfolgt. Hier erhalten pflegende Angehörige seit April 2018 die Möglichkeit, im Rahmen von praxisorientierten Gruppenschulungen zu unterschiedlichen Pflegethemen und speziellen Krankheitsbildern simulationsbasiert ihre Kompetenzen zu fördern. Eine Kursteilnehmerin, selbst pflegende Angehörige beider Elternteile, schildert im Zuge eines Interviews ihre Erfahrungen mit den Kursen im Albert Schweitzer Trainingszentrum folgendermaßen:

Also ich würde sie jedem Pflegenden empfehlen. [...] Alleine in den Kurs zu kommen, alleine in den Pausen mit den Pflegenden zu reden und zu hören und zu spüren, denen geht es gleich, ist schon eine riesige Bereicherung. Und dann natürlich die praktischen Tipps: wie hebt man, wie pflegt man, wie geht man mit dem Demenzkranken um, wie richtet man die Wohnung ein. Also das war



v.l.n.r.: Geschäftsführer des Gesundheitsfonds Bernd Leinich; VertreterInnen der „SALUS“-Gewinner 2020 Projekt „Altenpflege von Profis lernen“ der GGZ Graz: Kerstin Löffler; Judith Goldgruber, Gerd Hartinger; Johannes Koinig stv. Geschäftsführer des Gesundheitsfonds Steiermark; © Gesundheitsfonds Steiermark/Foto Fischer

faszinierend für mich. Auch die Musterwohnung [...]. Zu sehen, was alles möglich ist und worauf man alles achten muss, [...] bei den Stolperfallen. [...] Es zahlt sich aus, dass man da auch ein bisschen einen Spagat macht und da inzwischen jemanden hat, der den zu Pflegenden betreut. Es lohnt sich wirklich.

Stimmen wie diese sollen dabei unterstützen die Bedeutung solcher Entlastungsangebote aufzuzeigen und dazu anregen, einen flächendeckenden, bedürfnisgerechten und regionalen Ausbau von Entlastungsangeboten voranzutreiben

Kategorie Gesundheitsförderung:

„sexuell gesund“ – Die Jugend-App der AIDS-Hilfe Steiermark
AIDS-Hilfe Steiermark

Die Jugend-App „sexuell gesund“ bietet umfassende, jugendgerechte Informationen zum Thema „Sexuelle Gesundheit- mit den Schwerpunkten HIV/AIDS und sexuell übertragbare Infektionen“ und ist nach dem Download auf dem Smartphone (nicht am Computer oder Tablet) auch ohne Internetzugang verwendbar. Die Themen in der App reichen von Körperwissen, über Sex und das Gesetz/rechtliche Grundlagen bis hin zu Verhütung und sexuell übertragbaren Infektionen. Vervollständigt wird die App durch interessante Links zu den Themen, Notrufnummern und die Kontaktdaten von Beratungsstellen in allen Bundesländern und den AIDS-Hilfen Österreichs. Kurze Videos (1 bis 2 Minuten) bieten einen guten Einblick in das jeweilige Thema. Im Wissensspeicher gibt es zu jedem Bereich vertiefende Informationen. Auf der Website der AIDS-Hilfe Steiermark finden Sie die Links zum Download der App im Google Playstore und im IOS APP STORE: <https://www.aids-hilfe.at/app/>

Projekthintergrund:

Die AIDS-Hilfe Steiermark führt seit 33 Jahren Workshops im schulischen und außerschulischen Bereich durch und erreicht jährlich rund 13.000 Jugendliche. Vom angebotenen Infomaterial werden Kondome gerne genommen, Broschüren kaum -d.h. diese sind daher zur Festigung relevanter Inhalte immer weniger geeignet. Das Internet als Informationsquelle für Jugendliche ist oft widersprüchlich und sehr aufwändig in der Suche. Eine App, die umfassend zum Thema sexuelle Gesundheit informiert, ist im deutschen Sprachraum bisher nicht verfügbar gewesen. Das Vorhaben eine App zum Themenbereich „sexuelle Gesundheit“ zu entwickeln, wurde mit einer Bedarfserhebung in der Zielgruppe überprüft: 74 % der befragten Jugendlichen (n=149) gaben an, eine App zu sexueller Gesundheit ausprobieren zu wollen.



v.l.n.r.: VertreterInnen der „SALUS“-Gewinner 2020 Projekt „sexuell gesund“ der AIDS-Hilfe Steiermark: Eva Fellner; Manfred Rupp, Flora Hutz und Geschäftsführer des Gesundheitsfonds Michael Koren

© Gesundheitsfonds Steiermark/Foto Fischer

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



Voneinander Lernen – Best-Practice-Report

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.gesundheitsfonds-steiermark.at/qualitaetsarbeit/patientinnensicherheit zur Verfügung.



IPS-Best Practice Beispiel 130:

Defektes O2 Standgerät

Ein Sauerstofftank, welcher zur O2-Befüllung von mobilen Sauerstoffgeräten zur Verfügung steht, stößt Dampf aus und droht zu explodieren.

Was ist passiert?

Beim Befüllen des O2-Shuttles ließ sich der Shuttle nicht mehr vom O2-Standgerät lösen. Sichtbarer und starker O2-Austritt und starke Vereisung waren die Folgen.

Die Herstellerfirma wurde umgehend informiert und der Technische Dienst einberufen. Das Stationsteam hat aufgrund der möglichen Gefährdung von PatientInnen eine Evakuierung aus den Zimmern, in den vorderen Stationsbereich, vorgenommen. Ebenso wurde umgehend die Feuerwehr verständigt, die sofort zur Stelle war. Der dampfende Sauerstofftank wurde von der Feuerwehr ins Freie gebracht. PatientInnen und MitarbeiterInnen kamen nicht zu Schaden. Die Herstellerfirma entsorgte das defekte Gerät und stellte einen neuen Tank zur Verfügung. PatientInnen sind durch die Dienstärztin/ den Dienstarzt und die Pflege informiert und beruhigt worden.

Ursachenanalyse

Der Austritt von flüssigem und Dampf erzeugenden O2 geschah dadurch, dass beim Betanken eines mobilen O2-Gerätes dieses nicht kontinuierlich bewegt wurde, was jedoch notwendig ist, um ein Vereisen des Ventils zu verhindern. Dadurch kam es am vereisten O2-Ventil zum Austritt von flüssigem O2 und zur Bildung von Dampf in Bodennähe des hinteren Stationsteils.

Lösung / Maßnahmen

- Schulung aller mit mobilen Sauerstoffgeräten beschäftigten Pflegepersonen über den korrekten O2-Befüllungsprozess am O2-Tank.

Newsletter Nr. 19 / Dezember 2020

- ⊕ Nominierung und Einschulung eines Dienstes, welcher auch im Wochenenddienst präsent ist, um bei ähnlichen Situationen eine technische Soforthilfe zu gewährleisten und den O2-Tank notfalls ins Freie bringt (Portiere, Fahrdienst).
- ⊕ Lagerung des O2-Tanks in Räumen mit Lüftungsmöglichkeit durch ein Fenster.

Evaluierung

Im Zuge der technischen Risikoanalyse (Medizinprodukte).



IPS-Best Practice Beispiel 131:

Atemnot nach Insektenstich

In der EES (Ersteinschätzung) wurde eine Patientin/ein Patient mit bedrohtem Atemweg (Insektenstich) nicht entsprechend gereiht, die mögliche Lebensgefahr wurde nicht erkannt.

Was ist passiert?

Eine Patientin/ein Patient mit mehreren Wespenstichen, die allergisch darauf reagierte, wurde nicht nach der EES eingestuft, sondern zeitnah in die Ambulanz geholt und nach der Behandlung durch die Unfallchirurgin / den Unfallchirurgen mit der Rettung in eine Spezialambulanz transferiert. Ein Anästhesist wurde nicht hinzugezogen.

Ursachenanalyse

Stress im ambulanten Bereich.

Lösung / Maßnahmen

Alle betroffenen MitarbeiterInnen wurden darüber informiert, dass lt. EES im Falle eines gefährdeten Atemweges - Indikation ROT!!! - sofort eine Unfallchirurgin/ein Unfallchirurg und gegebenenfalls eine Anästhesistin/ein Anästhesist hinzuzuziehen ist. Im Bereich der Ambulanz wurde außerdem das Notfallset "Allergie - Anaphylaktischer Schock" installiert, um auf diesen Fall auch außerhalb der Kernarbeitszeit bestmöglich reagieren zu können. Die betreffenden MitarbeiterInnen wurden dahingehend geschult.

Evaluierung

Durch das QM – Reaktion im ambulanten Bereich auf allergische Zustände – zeitnah? Effektiv?

Sonstiges

Manual: Ersteinschätzung nach dem Manchester Triage System.



IPS-Best Practice Beispiel 132:

Am Bettgalgen fixiertes Theraband wurde zum Verhängnis

Ein zur Übung benötigtes elastisches Gummiband (Theraband) wurde bei einer Patientin /einem Patienten gut sichtbar an der Bettaufrichthilfe (Bettgalgen) fixiert. Die Patientin/der Patient wird am Abend im Zuge eines

Newsletter Nr. 19 / Dezember 2020

Rundgangs durch das Pflegepersonal angefundenes. Sie/Er hat das Theraband eng um den Hals geschlungen und so fest zugezogen, dass bereits die Blutzufuhr zum Gehirn beeinträchtigt war.

Was ist passiert?

Eine ältere Patientin/ein älterer Patient wird von einer Physiotherapeutin/einem Physiotherapeuten betreut. Nach den vorgezeigten und gemeinsam durchgeführten Übungen wird die Patientin/der Patient angeregt auch selbstständig die Übungen weiterzuführen. Um daran zu erinnern, verbleibt das zur Übung benötigte elastische Gummiband (Theraband) bei der Patientin/dem Patienten gut sichtbar an der Bettaufrichthilfe (Bettgalgen). Die Patientin/der Patient wird am Abend im Zuge eines Rundgangs durch das Pflegepersonal angefundenes. Sie/Er hat das Theraband eng um den Hals geschlungen und so fest zugezogen, dass bereits die Blutzufuhr zum Gehirn beeinträchtigt ist. Die Patientin/der Patient wird sofort befreit und medizinisch versorgt. Diese Maßnahmen sind erfolgreich, sodass der Patientin/dem Patienten kein Schaden entstanden ist.

Ursachenanalyse

Ob sich das Theraband zufällig oder wegen akuter Suizidalität um den Hals der Patientin/des Patienten befand, konnte nicht eruiert werden. Fremdverschulden konnte jedenfalls ausgeschlossen werden. Vorstellbar ist, dass das Band teilweise abgerutscht ist und durch rollende Bewegungen bei unruhigem Schlaf um den Hals gewickelt wurde. Das Band war um die Mitte am Bettgalgen fixiert, die freien Enden hingen herunter bis zum Polster der Patientin/des Patienten.

Lösung / Maßnahmen

Das Theraband wurde vom Bettgalgen entfernt. Es werden keine Therabänder ohne Anwesenheit einer Therapeutin/eines Therapeuten verwendet. Therabänder werden stets aus der unmittelbaren Patientenumgebung entfernt.

Evaluierung

Jeder der am Patienten/an der Patientin beschäftigt ist, achtet darauf, dass sich keine Therabänder oder ähnliche Gegenstände in direkter Patientenumgebung befinden.



IPS-Best Practice Beispiel 133:

Einführung der „SAFE“-Karten

Bei einem Akutereignis in der PatientInnenversorgung ist rasches Handeln aller Beteiligten notwendig. Eine strukturierte Kommunikation mittels "SAFE"-Karte sorgt dafür, dass alle Beteiligten rasch die relevanten Informationen zum Patienten erhalten und dadurch eine optimale Patientenversorgung gewährleistet werden kann.

Was ist passiert?

Es gab immer wieder CIRS-Fälle, die zeigen, dass bezüglich der Kommunikation bei Akutereignissen Optimierungsbedarf herrscht.

Newsletter Nr. 19 / Dezember 2020

Ursachenanalyse

Ein Akutereignis in der Patientenversorgung führt oft zu einem hohen Stresslevel bei allen Beteiligten. Aus diesem Grund können Missverständnisse in der Kommunikation passieren, wie beispielsweise eine ungenaue Beschreibung der Situation, die wiederum ein Nachfragen erforderlich macht. Dadurch kann wertvolle Zeit für die Patientenversorgung verloren gehen.

Lösung / Maßnahmen

Durch die Einführung der "SAFE"-Karten wird eine strukturierte Kommunikation mit relevanten Informationen bei Akutereignissen gewährleistet. Dadurch können mögliche Fehlerquellen bei der Übergabe minimiert werden. Die korrekte Handhabung dieser "SAFE"-Karten wird den MitarbeiterInnen im Rahmen des Medical Team Trainings erklärt. Im Zuge dieser Einschulung wird auch die praktische Anwendung geübt.

Evaluierung

Die Evaluierung erfolgt anhand der eingegangenen Meldungen zu diesem Thema im Learning & Reporting System.



IPS-Best Practice Beispiel 134:

Fehlende Verfügbarkeit von Leihinstrumenten

Für die Operation eines Patienten/einer Patientin war das passende Leihinstrument nicht vorhanden.

Was ist passiert?

Ein Patient/eine Patientin kam zur Metallentfernung, die entsprechenden Instrumente zur Entfernung waren nicht im Haus! Der Patient/die Patientin schien am Wochenplan nicht auf.

Ursachenanalyse

Mangel an Kommunikation zwischen den Berufsgruppen.

Lösung / Maßnahmen

- ⊕ Besprechung im ÄrztInnenteam zur Bewusstseinsbildung.
- ⊕ Anpassung des Formulars „Anforderung der Patientenunterlagen“
- ⊕ Neuerstellung des Formulars „Anforderung für leihweise zur Verfügung gestellter Medizinprodukte“.
- ⊕ Anpassungen des Prozesses „Anforderung der Leihinstrumente bei stationären und ambulanten Patienten“ (RL 2001.6770).

Evaluierung

Anzahl der gleichgelagerten Vorfälle (CIRS, Dokumentation OP).



Newsletter Nr. 19 / Dezember 2020

IPS-Best Practice Beispiel 135:

Falsche Muttermilch

Einem Säugling wurde Muttermilch von einer anderen Frau gefüttert, nicht von der eigenen Mutter.

Was ist passiert?

Einem Säugling wurde Muttermilch von einer anderen Frau gefüttert, nicht von der eigenen Mutter. Die Flasche war mit einem PatientInnen-Etikett versehen und stand zum Wärmen im Luftwärmer des PatientInnenzimmers. Der Arzt/die Ärztin wurde verständigt und die Eltern informiert.

Ursachenanalyse

- ⊕ Zeitdruck aus organisatorischen Gründen (Personenbezogene Faktoren)
- ⊕ Unachtsamkeit (Personenbezogene Faktoren)

Lösung / Maßnahmen

Die Flaschen sind grundsätzlich mit einem PatientInnen-Etikett versehen. Zusätzlich wird nun der Flaschenwärmer mit dem PatientInnen-Etikett versehen. Die MitarbeiterInnen wurden im Rahmen einer Besprechung auf die korrekte PatientInnen-Identifikation und das Einhalten der 6-Regel geschult.

Sonstiges

Richtlinie „PatientInnen-Identifikation und Allergierearmband“ (2000.1809)



IPS-Best Practice Beispiel 136:

Infektionsursache – Cava-Katheter

Cava-Katheter als Infektionsursache nicht erkannt.

Was ist passiert?

Anlass war ein Patient/eine Patientin, der/die aufgrund eines Infektes mit Antibiotika versorgt wurde. Hierbei wurde der Cava-Katheter als mögliche Ursache der Infektion nicht erkannt. Weder die Liegedauer des Cava-Katheters noch die Durchgängigkeit der Schenkel wurden als mögliche Ursache der Infektion in Betracht gezogen.

Ursachenanalyse

Fehlen von Standards im Umgang mit Cava- und Dialysekathetern.

Lösung / Maßnahmen

Schulung der DGKP und StammärztInnen auf Station zum Thema Pflege Cava-Katheter und Dialysekatheter. Standardisierung des Vorganges des Spülens und Blockens des Katheters, sowie des Verbandswechsels.

Evaluierung

Stichprobenartige Überprüfung der Dokumentation und des liegenden Katheters durch Prim. und Stationsleitung.

IPS-Best Practice Beispiel 137:

Alarmierungssystem bei Übergriffen auf MitarbeiterInnen

Einführung eines „Alarm-DECTs“ für die Alarmierung bei Personalgefährdungen durch PatientInnen.

Was ist passiert?

Immer wieder kommt es zu Situationen, in denen PatientInnen in der Ambulanz übergriffig werden und MitarbeiterInnen verbal oder körperlich attackieren. Durch die minimale Besetzung (außerhalb der Regelbetriebszeit) an MitarbeiterInnen sind oft keine KollegInnen in unmittelbarer Nähe um zu helfen. Eine telefonische Alarmierung durch Code oder Telefonnummer durch das "Opfer" stellt sich in diesen Akutsituationen als nahezu unmöglich dar.

Ursachenanalyse

Oftmals alkoholisierte oder delirante PatientInnen, keine Kollegen zur Unterstützung verfügbar oder in unmittelbarer Nähe (außerhalb der Regelbetriebszeit).

Lösung / Maßnahmen

Installation von "Alarm-DECTs" anstelle der "normalen" DECTs. Diese verfügen über einen roten Knopf seitlich am Gerät, welcher frei programmierbar ist und somit einen ausgewählten Personenkreis mittels einfachem Knopfdruck alarmiert. Zusätzlich ertönt bei diesen DECTs nach dem Auslösen des Knopfes laut der Satz "Alarmierung ausgelöst", was den potentiellen "Täter"/der potentiellen „Täterin“ bereits abschrecken kann.

Evaluierung

Nach einem Probelauf mit nur einem DECT wird das System auf 5 Telefone erweitert. Eine tatsächliche Evaluierung kann nur nach einem Ernstfall erfolgen.



IPS-Best Practice Beispiel 138:

Farbleitsystem zur Unterstützung bei Demenz/Delir

Orientierungshilfe bei Demenz.

Was ist passiert?

Ein Patient/eine Patientin mit der Diagnose Demenz sucht seine/ihre persönlichen Gegenstände in den Kästen der MitpatientInnen. Da alle Kästen gleiches Aussehen haben ist es ihm/ihr nicht möglich den eigenen zu finden. Dies passiert wiederholt und seine MitpatientInnen empfinden dies als extremes Eindringen in die Privatsphäre. Es kommt zu einem Streit.

Ursachenanalyse

Fehlende Orientierungsmöglichkeit.

Lösung / Maßnahmen

Der Demenzbeauftragte/die Demenzbeauftragte der Krankenanstalt hat in Zusammenarbeit mit der Demenzgruppe

Newsletter Nr. 19 / Dezember 2020

ein Farbleitsystem entwickelt. An jedem Bettenplatz sind an der Wand Farbwürfel geklebt, dieselbe Farbe findet sich auf einem Kasten wieder. So ist es dem Patienten/der Patientin möglich ohne Datenschutzverletzung sein/ihr Bett und den dazugehörigen Kasten zu finden.

Evaluierung

Keine notwendig.



IPS-Best Practice Beispiel 139:

PatientIn manipuliert Perfusoreinstellung des Bettnachbarn

Gewisse Medikamente werden verdünnt in einer Spritze (50ml) mit einem Perfusor intravenös über einen peripheren Venenzugang appliziert. Die Verabreichungsrate ml/pro Stunde kann genau eingestellt werden.

Was ist passiert?

Ein Patient/eine Patientin manipulierte/erhöhte die Verabreichungsrate am Perfusor des Bettnachbarn/der Bettnachbarin. Dadurch wurde dem betroffenen Patienten/der betroffenen Patientin das Medikament zu rasch verabreicht. Entdeckt wurde der Vorfall erst, als der Perfusor bei vollkommener Entleerung der Spritze Alarm gab.

Ursachenanalyse

Der Verursacher/die Verursacherin war zum Zeitpunkt des Vorfalls delirant und konnte das Ausmaß seiner/ihrer Tat nicht abschätzen. Er/Sie wollte lediglich "helfen" damit die Spritze schneller leer wurde. Der Arzt/die Ärztin wurde sofort verständigt und die Vitalfunktionen des Patienten/der Patientin engmaschig kontrolliert und dokumentiert. Der Patient/die Patientin erlitt keinen Schaden.

Zu diesem Zeitpunkt wurden noch Perfusoren ohne Sicherheitscode verwendet; d.h. die Einstellungen am Gerät konnten jederzeit und von jeder anwesenden Person geändert werden.

Lösung / Maßnahmen

Es werden nur noch versperbare, mit einem Sicherheitscode ausgestattete Perfusoren verwendet.

Evaluierung

Sämtliche nicht versperbare Perfusoren wurden aus dem stationären Bereich entfernt und durch Geräte mit Sicherheitscode ersetzt.



IPS-Best Practice Beispiel 140:

Handhabung und Anwendung von Dosieraerosolen sicherstellen

Es gab Meldungen in denen beschrieben wurde, dass die Anwendung von Dosieraerosolen bei PatientInnen die Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme brauchen, nicht immer sichergestellt war.

Newsletter Nr. 19 / Dezember 2020

Was ist passiert?

Bei der Befragung von PatientInnen während der Visite, ob sie die Dosieraerosole entsprechend der Anordnung (wie oft und viele Hübe pro Tag) anwenden, konnte nicht sichergestellt werden, dass dieses auch so gemacht wird. Die Handhabung der Dosieraerosole durch die PatientInnen war nur eingeschränkt nachweisbar.

Ursachenanalyse

PatientInnen bestätigen sich bei der Handhabung der Dosieraerosole auszukennen und dass die Anordnung verstanden wurde. Keine Kontrolle durch die Pflegeperson, ob die Handhabung der Dosieraerosole richtig ist.

Lösung / Maßnahmen

- ⊕ Eine genaue Erklärung der Handhabung der Dosieraerosole mit anschließender praktischer Überprüfung.
- ⊕ Auch bei PatientInnen, welche die Dosieraerosole von zu Hause mitbringen und bestätigen, dass die Handhabung und Anwendung bekannt ist, wird eine praktische Überprüfung durch die DGKP durchgeführt.
- ⊕ Bei PatientInnen, wo die Handhabung nicht sichergestellt ist, wird die Verabreichung durch die DGKP übernommen, dazu gibt es auf der Fieberkurve einen Vermerk in rot (Plan), ansonsten steht in der Fieberkurve (Pat. selbst)
- ⊕ Auf einem eigenen Plan, wo auch die gesonderte Verabreichung von Tropfen steht, wird nun zusätzlich auch die Verabreichung für die Dosieraerosole vermerkt.

Evaluierung

Anhand der rückgemeldeten CIRS-Meldungen (keine weiteren Meldungen zu dieser Thematik).



IPS-Best Practice Beispiel 141:

Evaluierung Notfallequipment Sauger

Unterschiedliche Typen von Saugern und Gefahrenpotential bei Fehlbedienung durch blindes Ende.

Was ist passiert?

Im Zuge eines Audits zum Thema medizinisches Notfallmanagement wurde festgestellt, dass es im Haus auf den Notfallwägen unterschiedliche Typen von Saugern gibt. Bei einem Typ besteht durch eine mögliche Fehlbedienung ein Risiko im Hinblick auf die PatientInnensicherheit.

Ursachenanalyse

Der Auffangbehälter des Saugers hat einen Anschluss, an dem der Schlauch angesteckt wird und ein blindes Ende, das wie ein weiterer Anschluss aussieht und auf dem der Schlauch ebenfalls passt. Risiko: Im Notfall wird der Schlauch möglicherweise an das blinde Ende angesteckt, sodass eine Absaugung unmöglich wäre.

Lösung / Maßnahmen

Geplante Maßnahme: Vereinheitlichung von entsprechenden Saugern ohne Gefahr einer Fehlbedienung im gesamten Haus und Schulung auf das neue Medizinprodukt.

Evaluierung

Evaluierung Umsetzung Ende 2020.



IPS-Best Practice Beispiel 142:

Notfallversorgung am Krankenhaus-Areal

Kommunikation eines Notfalles durch PatientIn, Angehörige sowie anderen Besucher

Was ist passiert?

Infolge eines CIRS-Falles und der danach statt gefundenen Evaluierung des vorhandenen Notfall-Systems fanden sich Defizite in der Kommunikation von Notfällen am Krankenhaus-Areal, wobei offenbar die Informationen zum Notfall nicht schnell genug an die richtige Stelle zu einer zeitnahen Versorgung des Patienten/der Patientin führte.

Ursachenanalyse

Das große Anstaltsareal wird durch viele Besucher und PatientInnen überaus häufig frequentiert. Da auch in diesem Krankenhaus-Umfeld Notfälle eintreten können und der Notarzt durch zahlreiche Einsätze immer häufiger gebunden ist, wurde für diesen Bereich ein einfach strukturiertes Notfallsystem etabliert.

Lösung / Maßnahmen

Der Notruf „144“ wird zentral in der Landesleitstelle des Österreichischen Roten Kreuzes Steiermark in Graz aufgenommen. Hier sitzen geschulte MitarbeiterInnen, die u.a. mit ihrem speziellen Notfall-Abfragesystem Anweisung zur Erste Hilfe geben und Personen (Melder) vor Ort durch die LLS (= Landesleitstelle) telefonisch unterstützen. Gleichzeitig wird durch die LLS im Krankenhaus der Herz-Alarm der Medizinischen Abteilung ausgelöst und ein Team aus 2-3 ÄrztInnen, inkl. Notfallequipment, wird zum Notfallort geschickt. Als Transportunterstützung erfolgt zusätzlich die Alarmierung eines RTW's (= Rettungstransportwagens) des ÖRK (= Österreichischen Roten Kreuzes).

Optisch werden die Melder im näheren Krankenhaus-Umfeld, an den neuralgischen Punkten (Parkplatz, Park, etc.) mit mehreren Hinweistafeln, einfach strukturiert und übersichtlich für Medizinische Laien, bei der Umsetzung der Ersten Hilfe sowie beim Notruf unterstützt. Ferner sind die Erste-Hilfe-Hinweistafeln durchnummeriert, um eine schnellere Lokalisation im Notfall durch die LLS möglich zu machen.

Vor dem Start des Meldesystems mit der Landesleitstelle des Österreichischen Roten Kreuzes wird eine Alarmübung durchgeführt.

Ausrüstung Notfallteam:

- 1 Halbautomatischer Defibrillator
- 1 Notfallrucksack
- 3 Jacken mit der Aufschrift „Notfall“
- 1 Ultraschallgerät Sonosite

Newsletter Nr. 19 / Dezember 2020

Evaluierung

Im 2. Quartal 2020 wird eine Evaluierung des neu adaptierten Notfallkonzeptes am Krankenhaus-Areal durchgeführt (Überprüfung Prozessablauf).



IPS-Best Practice Beispiel 143:

Nächtlicher Randalierer

Nächtlicher Randalierer bedrohte PatientInnen und Personal.

Was ist passiert?

In einer Nacht kam es auf einer bettenführenden Station zu einem, sowohl für PatientInnen wie auch Personal, gefährlichen Vorfall mit einem Patienten/einer Patientin in psychischem Ausnahmezustand (aggressiv). Das Nachtdienstpersonal und die zu Hilfe kommenden KollegInnen konnten Schlimmeres verhindern, wobei zwei der KollegInnen verletzt wurden.

Der Patient/die Patientin wurde nach dem Vorfall entlassen, obwohl eindeutig Fremdgefährdung mit nachgewiesener Körperverletzung vorlag. Der abgesetzte interne Notruf (für Herzalarm vorgesehen) erreichte den diensthabenden Oberarzt/die diensthabende Oberärztin nicht, um über die Entlassung des Patienten/der Patientin zu entscheiden. Außerdem wurde der Patient/die Patientin (aus Schweiz stammend) von einem Angehörigen abgeholt.

Ursachenanalyse

Psychische Veränderung (Alkohol/Drogen) des Patienten/der Patientin wurde nicht vorzeitig erkannt. Interner Notruf wurde aus Panikgründen von dem Nachtdienstpersonal abgebrochen.

Lösung / Maßnahmen

- ⊕ Es wurde mit dem klinikeigenen Rechtsanwalt eine Frage/Infoabend abgehalten, bei der die MitarbeiterInnen die gesetzlichen Rahmen des Eigenschutzes erfragen konnten.
- ⊕ Eine Installierung eines Notfallknopfes am Diensttelefon wurde von der Technik und der Klinikleitung geprüft. Da die Installation zu aufwendig war, wurde stattdessen eine Kurzwahl zur örtlichen Polizeiinspektion installiert.
- ⊕ Deeskalationstraining wurde in der BGF angeregt

Evaluierung

Bei neuerlichem Randalieren, Monate später, haben alle Maßnahmen gegriffen.

Sonstiges

Eine verletzte Pflegeperson kann seit diesem Angriff keine Nachdienste mehr absolvieren, brauchte 6 Wochen psychische Reha und hatte 6 Monate nächtliche Flashbacks.



IPS-Best Practice Beispiel 144:

Fieberkurve: Interpretation eines Handzeichens als Zahl einer Dosisangabe

Es kam beinahe zu einer Verwechslung eines ärztlichen Handzeichens mit einer Medikamenten-Dosis-Verordnung in der Fieberkurve. Der Fehler wurde rechtzeitig entdeckt und korrigiert.

Was ist passiert?

In der Fieberkurve wird jeden Tag die Verordnung jedes Medikaments mit einer ärztlichen Paraphe abgezeichnet. Aufgrund eines schlecht lesbaren Handzeichens vor der Medikamentendosisangabe – die Paraphe hätte auch eine Zahl sein können – wurde beinahe ein Medikament in der falschen Dosierung abgegeben (wurde als Nacht-Medikation interpretiert).

Ursachenanalyse

Handzeichen wurde aufgrund der Lokalisation als ärztliche Verordnung (Zahl) interpretiert.

Lösungen / Maßnahmen

- ⊕ Das ärztliche Personal wird zu einer sorgfältigen Fieberkurvenführung angehalten – unter Einhaltung der geltenden Richtlinien
- ⊕ Schulung zur Fieberkurvenführung für neue Mitarbeiter werden durchgeführt (Handzeichensetzung, Absetzen von Medikamenten, Verordnung von Einzelfallmedikationen)
- ⊕ Vereinheitlichung der Fieberkurven im Layout. Bisher gibt es unterschiedliche Kurven für Innere Medizin und Chirurgie.
- ⊕ Im ersten Schritt wurde die Spalte für die ärztlichen Handzeichen schattiert (farblich abgehoben)
- ⊕ Im weiteren Schritt wird die Spalte für das ärztliche Handzeichen nach vorne versetzt (vor der Morgendosis – daher keine Verwechslung mit Nachtmedikationsverordnung möglich)
- ⊕ Mittelfristig wird eine elektronische Fieberkurve implementiert

Evaluierung

Neu entworfene übersichtlichere Fieberkurven werden evaluiert. Beobachtung weiterer CIRS Meldungen zu diesem Thema. Angebote von Anbietern elektronischer Fieberkurven werden evaluiert.

Sonstiges

Das Ereignis ist erstmalig aufgetreten und wurde unmittelbar via implementiertem Fehlermeldesystem gemeldet.



IPS-Best Practice Beispiel 145:

Verwechslung Probenröhrchen

Es kam im Labor zu einer Verwechslung von Patientenprobenröhrchen mit dem für die Untersuchung benötigten Gegenprobenröhrchen.

Newsletter Nr. 19 / Dezember 2020

Was ist passiert?

Im Rahmen einer Harnuntersuchung kam es zur Verwechslung zwischen Harnuntersuchungsröhrchen und dem Gegenprobenröhrchen. Es wurde der falsche Wert im LIS freigegeben und zusätzlich Maßnahmen zur weiteren Untersuchung im Fachlabor eingeleitet.

Ursachenanalyse

- ⊕ erhöhter Zeitdruck aus Kapazitätsgründen
- ⊕ erhöhte Arbeitsbelastung

Lösung / Maßnahmen

Sofortmaßnahme: Kennzeichnung der Gegenröhrchen mittels farbigem Klebestreifen. Information aller MitarbeiterInnen des Labors über die Maßnahme

Evaluierung

Anzahl von CIRS Meldungen – Verwechslung.



IPS-Best Practice Beispiel 146:

Verwechslung von Laborbefunden

Bei der Besprechung von Laborbefunden in der ärztlichen Sprechstunde kommt es aufgrund eines Speicherfehlers beim Ausdruck zur Verwechslung der Befunde.

Was ist passiert?

Um den ÄrztInnen zu ermöglichen, jederzeit in Laborbefunde einzusehen und diese auszudrucken, wurde auf den Stationen ein Zugang eingerichtet. Beim Ausdruck der Befunde kommt es aufgrund eines Softwareproblems zu einem Speicherfehler. Befunde werden bei Nichtbeachtung des richtigen Abspeichprozederes in der zuletzt geöffneten Patientenakte gespeichert. Beim Ausdruck wird dann möglicherweise ein falscher Befund gedruckt. Wird der obenstehende Name des Patienten/der Patientin nicht kontrolliert, wird bei der Sprechstunde evtl. der Befund eines anderen Patienten/einer anderen Patientin besprochen. Diese Fehlerquelle kann durch EDV nicht behoben werden.

Ursachenanalyse

- ⊕ Unklare Vorgehensweise beim Abspeichern der online zugänglichen Befunde
- ⊕ Unachtsamkeit
- ⊕ Mangelnde Kommunikation der hier potenziell vorhandenen Fehlerquelle

Lösung / Maßnahmen

- ⊕ Schriftlicher Hinweis auf die vorhandene Fehlerquelle
- ⊕ Persönliche Einschulung aller MitarbeiterInnen bzgl. Speicherprozedere der Befunde
- ⊕ Sensibilisierung der ÄrztInnen bei Befundbesprechung auf den Namen des Patienten/der Patientin zu achten

Newsletter Nr. 19 / Dezember 2020

- ⊕ Genauere Kontrolle, ob die unter dem jeweiligen Patientennamen gespeicherten Befunde auch dem betreffenden Patienten/der betreffenden Patientin zuzuordnen sind

Evaluierung

- ⊕ Befragung der ÄrztInnen, ob weitere Fehler der beschriebenen Art vorkommen
- ⊕ Regelmäßige Kontrollen durch die MitarbeiterInnen des Risikomanagements



IPS-Best Practice Beispiel 147:

PatientIn erhielt ein falsches Medikament

Ein Medikament wurde aus dem, mit Namensetikett versehenen, Medikamenten-Dispenser von einer/einem DGKP in einen Einmaleinnahmebecher umgefüllt und fälschlicherweise mit dem Namensetikett des Bettnachbars/der Bettnachbarin versehen.

Was ist passiert?

Medikamente werden grundsätzlich nicht im Dispenser vorbereitet, sondern zu den jeweiligen Applikationszeiten (morgens, mittags, abends...) patientInnennah direkt vorbereitet und verabreicht. Einzige Ausnahme sind jene Arzneimittel, die zeitkritisch (d.h. zu einer bestimmten Uhrzeit und dies mehrmals innerhalb 24 Stunden) ärztlich angeordnet werden. Diese werden von der/dem DGKP im Nachtdienst für die nächsten 24 Stunden in einem, mit Namensetikett versehenen, Medikamenten-Dispenser vorbereitet und verbleiben bis zur Verabreichung an den Patienten/der Patientin in einem reinen Arbeitsraum gelagert.

Für einen/Patienten/einer Patientin war ein Mestinon red.180mg für 22:00 Uhr verordnet und vorbereitet. Der/die DGKP hat das Medikament aus dem, mit Namensetikett versehenen, Medikamenten-Dispenser in einen Einmaleinnahmebecher umgefüllt und diesen fälschlicherweise mit dem Namensetikett des Bettnachbars/der Bettnachbarin versehen. Danach hat sie die Verabreichung an eine Pflegeassistentin/einen Pflegeassistenten (PA) delegiert. Die PA hat sich an die hausinternen Richtlinien gehalten und die Verifizierung des Patienten/der Patientin über 2 Quellen durchgeführt: den Patienten/die Patientin um den Namen gefragt und dies mit dem Patientenidentifikationsband und dem Namen auf dem Einmaleinnahmebecher verglichen.

Obwohl der Patient/die Patientin bis dahin noch nie ein Medikament um 22:00 Uhr bekommen hat, wurde es ohne zu hinterfragen eingenommen. Etwa zwei Stunden später litt der Patient/die Patientin unter Oberbauchbeschwerden, Durchfall und Erbrechen. Der Dienstarzt/die Dienstärztin wurde hinzugezogen, dabei wurde die falsche Medikationsgabe entdeckt und der Patient/die Patientin behandelt. Sie war am nächsten Tag wieder beschwerdefrei.

Ursachenanalyse

Der Fehler entstand dadurch, dass zwar der Dispenser korrekt beschriftet und vorbereitet war, aber der/die DGKP das Medikament für die Verabreichung an den Patienten/die Patientin in einen Einmaleinnahmebecher umgefüllt und diesen mit dem (falschen) Namen beschriftet hat. Der Grund war, dass der Dispenser wieder leer und zur Vorbereitung der zeitkritischen Medikamente für die nächsten 24 Stunden verwendet werden kann (eine Nachtdiensttätigkeit der DGKP).

Newsletter Nr. 19 / Dezember 2020

Durch die Delegation an den/die PA, der/die sich korrekt verhalten hat und dadurch, dass der/die PatientIn dies ohne zu hinterfragen geschluckt hat, ist dieser Fehler durch die weiteren Kontrollmechanismen geschlupft.

Lösung / Maßnahmen

- ⊕ Es werden keine Einmaleinnahmebecher verwendet, sondern zeitkritisch zu verabreichende Medikamente werden ausnahmslos nur mehr mittels dem vorbereiteten, mit Patientennamen etikettierten Medikamenten-Dispenser verabreicht.
- ⊕ Weiterhin erfolgt leitlinienkonform die Patientenidentifikation über 2 Quellen: Anrede des/der PatientIn und die Kontrolle des Patientenidentifikationsbandes. Die 3. Kontrolle vor der Verabreichung ist die Überprüfung des korrekten Patientennamens auf dem Dispenser.
- ⊕ Dokumentierte Nachschulung: Sämtliches Pflegepersonal wurde im Rahmen einer Stationsbesprechung dahingehen nachgeschult. Protokolliert wurde mittels Unterschriften aller Pflegepersonen.

Evaluierung

- ⊕ Stationsleitungen führen Stichproben/Kontrollen durch.
- ⊕ Alle im Dokumentationssystem erfassten Medikationsfehler werden quartalsweise von der Pflegedienstleitung ausgewertet, seit diesem Vorfall kam es zu keiner weiteren Meldung.
- ⊕ CIRS- und der Bericht über die Medikationsfehler wird ebenfalls quartalsweise in den jeweiligen Teamsitzungen besprochen um die Mitarbeiter zu sensibilisieren.



IPS-Best Practice Beispiel 148:

Anforderung von Blutkonserven im Notfall

Bei schwerer Nachblutung auf einer Normalstation wurde das Blut für die Blutkonserven zwar angefordert, allerdings dauerte die Anlieferung des Cito Blutes über 60min. Die Konsequenz war ein verspätetes Eintreffen der Blutkonserven und ein Hb Abfall auf 5,4 beim Patienten/bei der Patientin.

Was ist passiert?

Bei einer Nachblutung auf einer Normalstation wurden Blutkonserven für einen/eine PatientIn angefordert. Jedoch wurde gleichzeitig nicht für einen raschen Transport gesorgt.

Problemintensität - Folgende Qualitätsmerkmale wurden negativ beeinträchtigt:

- ⊕ Verfügbarkeit
- ⊕ Kontinuität der Versorgung
- ⊕ Wirtschaftlichkeit (Effizienz)
- ⊕ Auf den/die PatientIn ausgerichtete Versorgung (Unversehrtheit)
- ⊕ PatientInnsicherheit
- ⊕ Rechtzeitigkeit/Zugänglichkeit

Risikoeinschätzung: hohes Risiko (Wahrscheinlichkeit denkbar/Konsequenz schwer).

Newsletter Nr. 19 / Dezember 2020

Konsequenz: Bei schwerer Nachblutung wurden das Blut für die Blutkonserven zwar angefordert, allerdings dauerte die Anlieferung des Cito Blutes über 60min. Verspätetes Eintreffen der Blutkonserven (Hb Abfall auf 5,4)

Ursachenanalyse

Es wurde nicht unmittelbar für einen raschen Transport (Rettung mit Blaulicht) gesorgt, da auf der Normalstation Blutkonserven-Notfallanforderungen sehr selten vorkommen. Auf den Intensiv/Anästhesie Stationen werden Notfallanforderungen häufig durchgeführt und die Prozesse und Verantwortlichkeiten sind den MitarbeiterInnen bekannt und werden eingehalten. Für die Normalstationen existiert noch kein definiertes, exaktes Vorgehen bei Blutkonserven-Notfallanforderungen und die Verantwortlichkeiten auf der Station sind unklar.

Lösung / Maßnahmen

Ein konkretes Management bei Blutkonservenforderungen im Notfall auf Normalstation wurde ausgearbeitet und in einer SOP für die Notfallanforderung von Blutprodukten zusammengefasst.:

⊕ EK-Anforderung bei vitaler Indikation:

In der SOP wurde das Vorgehen laut Checkliste in drei Hauptschritten definiert und diese grafisch einfach verständlich dargestellt. Vor einer Notfallanforderung sind mit dem/der behandelnden Arzt/Ärztin zuerst folgende Fragen zu klären:

- Anforderung vital ja oder nein? (nein: Anforderung nach Absprache mit Ärztin/Arzt)
- Wie viele Notfallkonserven werden unmittelbar benötigt?
- Wie viele EKs sollen zusätzlich auf der Blutbank bereitgestellt werden?

⊕ Bei vitaler Anforderung:

- Telefonische Anforderung von Notfallkonserven in der angeordneten Anzahl bei der Blutbank zur sofortigen Notfall-Abholung
- Telefonische Anforderung des Rettungswagens mit Blaulicht für den Blutnottransport von Blutbank zum Krankenhaus (Lieferort und Abholort für Blutprodukte/Proben immer Intensivstation)
- Danach erst Durchführung der Blutabnahme, Ausfüllen des Anforderungsscheins und Anforderung eines Fahrradboten für den sofortigen Transport der Probe vom Krankenhaus zur Blutbank

Das Management bei Blutkonservenforderung im Notfall bzw. die SOP wurde im Rahmen von Stationsleiterbesprechungen und Teamsitzungen geschult und Plakate für jeden Bereich/Station wurden zur Verfügung gestellt.

Evaluierung

Evaluierungsgespräche, Befragung im Rahmen der Stationsleiter- sowie Ärzteteambesprechungen. Weiters über Auswertung der Fälle aus dem Fehler- und Chancenmanagement.

Sonstiges

SOP im Intranet und auf jeder Station als Plakat zur Verfügung. Regelmäßige Unterweisungen.

IPS-Best Practice Beispiel 149:

Deeskalations- und Sicherheitsmanagement

Ein professionalisiertes Deeskalations- und Sicherheitsmanagement soll den MitarbeiterInnen Handwerkzeuge in der primären, sekundären und tertiären Prävention zur Verfügung stellen. Mit diesen Werkzeugen/Techniken sollen sie herausfordernden Situationen im beruflichen Alltag gut begegnen und diese professionell bewältigen können.

Was ist passiert?

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

Ursachenanalyse

Versorgungsauftrag: Aufnahmen ohne Zustimmung der PatientInnen finden statt. Zustandsbilder der PatientInnen.

Lösung / Maßnahmen

- ⊕ Ausbildung von 6 TrainerInnen (m/w) zum Deeskalations- und Sicherheitsmanagement.
- ⊕ Weiterentwicklung des Tutorsystems
- ⊕ Umsetzung des Schulungskonzeptes
- ⊕ Etablierung eines Schulungs- und Fortbildungsplans im Deeskalations- und Sicherheitsmanagement
- ⊕ Durschulung aller MitarbeiterInnen im patientennahen Bereich bis 2023
- ⊕ Einbindung der TrainerInnen in Fallanalysen

Evaluierung

- ⊕ Funktionsbeschreibungen liegen vor
- ⊕ Vernetzungstreffen der Tutoren finden regelmäßig statt
- ⊕ Schriftliches Schulungskonzept ist vorhanden
- ⊕ Durschulungsgrad 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



IPS-Best Practice Beispiel 150:

Beinaheverwechslung bei der Gabe der Morgenmedikamente

Bei der Gabe der Morgenmedikamente wurden beinahe dem falschen Patienten/der falschen Patientin die Medikamente verabreicht.

Newsletter Nr. 19 / Dezember 2020

Was ist passiert?

Bei der morgendlichen Verteilung der Medikamente ging der zuständige Mitarbeiter/die zuständige Mitarbeiterin in das Doppelzimmer zweier PatientInnen. Beinahe wurden die Medikamente aus dem falschen Dispenser weitergegeben (Beinaheverwechslung).

Ursachenanalyse

Durch die Anwendung der 10-R-Regel vor der Gabe konnte die Verabreichung von falschen Medikamenten verhindert werden.

Lösung / Maßnahmen

Zusätzlich zur Anwendung der 10-R-Regel (die auch regelmäßig geschult und in Erinnerung gerufen wird), wurden neue Dispenser angekauft. Diese Dispenser ermöglichen es ein Bild des Eigentümers auf den Deckel zu drucken. Dadurch kann zusätzlich auch noch eine visuelle Prüfung erfolgen.

Evaluierung

Regelmäßig im Zuge der Pflegevisiten und internen sowie externen Audits.



IPS-Best Practice Beispiel 151:

Schiebetüren-Unfall

Ein Patient/eine Patientin stand im Bereich einer öffnenden Schiebetür und wurde von dieser umgestoßen.

Was ist passiert?

Ein Patient/eine Patientin hielt sich während der Ambulanzzeit in der Ambulanz-Wartehalle auf und stand dort im Bereich einer sich öffnenden Schiebetür. Die Person, die zu diesem Zeitpunkt die Schiebetür betätigte, konnte aus dem angrenzenden Raum nicht sehen, dass sich eine Person im Bereich des Laufes der Schiebetür befand.

Ursachenanalyse

Der Bereich, den die Schiebetür beim "sich Öffnen" durchläuft, war nicht speziell gekennzeichnet, sodass sich immer wieder Personen in diesem Bereich an die Mauer anlehnen.

Lösung / Maßnahmen

Um die Sicherheit von PatientInnen und Angehörigen zu gewährleisten, wird ein „Gefahrenstreifen“ im Öffnungsbereich aller entsprechenden Schiebetüren angebracht. Zusätzlich wird als Sichthinweis im Bereich jeder sich öffnenden Schiebetüren ein ausreichend großer, gut sichtbarer Aufkleber mit dem Piktogramm „Bitte nicht anlehnen!“ angebracht.

Evaluierung

Die Evaluation erfolgt über das QM und CIRPS anhand gemeldeter Stürze und/oder Beinahe-Stürze.

Newsletter Nr. 19 / Dezember 2020

Sonstiges

Zusätzlich können betroffene Stellen mit Blumentrögen verstellt werden.



IPS-Best Practice Beispiel 152:

Falsches Etikett am Blutröhrchen aufgeklebt

Im Rahmen der ambulanten Nachbehandlung musste bei zwei PatientInnen eine zweimalige Blutabnahme durchgeführt werden.

Was ist passiert?

Es wurde zeitgleich bei zwei PatientInnen in nebeneinanderliegenden Behandlungskojen Blutabnahmen durchgeführt. Zum Ausdruck wurde der gemeinsame Etikettendrucker verwendet. Die Blutröhrchen beider PatientInnen wurden mit Etiketten eines Patienten versehen. Der ausbleibende Blutbefund eines Patienten führte zu Nachfragen im Labor und zur Aufklärung des Sachverhaltes. Bei beiden PatientInnen musste eine neuerliche Blutabnahme durchgeführt werden.

Ursachenanalyse

- ⊕ fehlerhafter Vorgang: Unterlassene Identitätskontrolle beim Bekleben des Röhrchens
- ⊕ fehlerbegünstigender Faktor: Hohes PatientInnenaufkommen

Lösung / Maßnahmen

Die Vorgehensweise war zum Zeitpunkt grundsätzlich schriftlich geregelt. Aufgrund potenziell hoher Wiedereintrittswahrscheinlichkeit mit potenziell hohem Schadensausmaß wurden Maßnahmen beschlossen und umgesetzt: es wurden gut sichtbare Warnetiketten entworfen und auf den Etikettendruckern angebracht welche an den notwendigen Identifizierungsvorgang erinnern sollen. Eine schriftliche „CIRPS-Warnung“ wurde erstellt und in allen patientInnennahen Bereichen verteilt. Das Beispiel wird in die monatlich angebotenen Patientensicherheitsschulungen mit aufgenommen.



IPS-Best Practice Beispiel 153:

Erhöhte Schwelle als Stolperfalle

Sturzgefahr aufgrund einer Schwelle.

Was ist passiert?

Beim neu errichteten Tiefgaragenabgang gibt es eine zusätzliche Stufe, die leicht zur Stolperfalle wird. Obwohl auf diese Stufe gut hingewiesen wird (Warnhinweise beidseitig an der Glastür, schwarz-gelb gestreifte Markierung der Stufe), kommt es vor, dass PatientInnen stolpern.

Newsletter Nr. 19 / Dezember 2020

Ursachenanalyse

Schlechte Sichtbarkeit der Warnhinweise. Diese sind im Cooperate Design gehalten; da viele Hinweise in dieser einheitlichen Farbe gehalten sind, fallen sie als Warnsignal (vor allem für die ankommenden PatientInnen) nicht ins Auge und werden potentiell übersehen.

Lösung / Maßnahmen

Schauplatzevaluierung mit dem Sicherheitsbeauftragten. Evaluierung der Möglichkeiten mit der Geschäftsführung; eine bauliche Maßnahme wurde derzeit ausgeschlossen. Zunächst werden die Möglichkeiten für die Verbesserung der optischen Warnung wahrgenommen. Die Warnkennzeichnung erfolgt nun zusätzlich mit dem international gültigen gelben Warnschild, das im Vergleich zum früheren Warn-Piktogramm wesentlich besser sichtbar ist. Das gelbe Warnpiktogramm wurde auf Augenhöhe angebracht und ist groß ausgeführt.

Evaluierung

Beobachtung der Patienten beim Ankommen und Verlassen der Klinik über den Tiefgaragenabgang. Die Warnhinweise werden nun besser wahrgenommen.



IPS-Best Practice Beispiel 154:

Verwechslungsrisiko Fertigspritzen

Bei der Verwendung eines Harnkatheters mit beige packtem AquaFlate-Glycerine besteht die Verwechslungsgefahr mit den PosiFlush 0.9% NaCl Fertigspritzen. Bei AquaFlate-Glycerine handelt es sich um eine 10%ige wässrige Glycerinlösung, die nur zum Befüllen des Katheters und nicht zur Injektion geeignet ist. Beide Spritzen weisen ein ähnliches Aussehen auf: grauer Spitzenkolben, graue Schrift und ähnliche Größe.

Was ist passiert?

Die potentielle Verwechslungsgefahr wurde in einer CIRS-Meldung beschrieben.

Ursachenanalyse

Beim Verwenden eines Silikonkatheters kommt es gelegentlich vor, dass die beigegefügte Glycerin-Spritze übrig bleibt (z.B. wenn irrtümlich eine falsche Größe verwendet wurde oder ein zweiter Katheter benötigt wird). Wird diese nicht sofort entsorgt, könnte es zu einer irrtümlichen Verwechslung mit der NaCl-Spritze kommen.

Lösung / Maßnahmen

Es wurden Sofortmaßnahmen eingeleitet:

- ➔ Information der MitarbeiterInnen über potentielles Risiko
- ➔ Anweisung der Anstaltsleitung, nicht verwendete AquaFlate-Glycerin-Spritzen sofort zu entsorgen
- ➔ Unbedingte Einhaltung des 4-Augen-Prinzips
- ➔ Eine AGES-Meldung über potentielles Risiko bei fast ident aussehenden Spritzen wurde verfasst
- ➔ Der CIRS-Fall wurde als konzernrelevant eingestuft und als „Sofortmeldung“ im Learning & Reporting markiert - damit wurde die Meldung für alle sichtbar.

Newsletter Nr. 19 / Dezember 2020

Rückmeldung von der die Spritzen vertreibenden Firma:

- ⊕ Es besteht derzeit keine Möglichkeit, die Spritze farblich zu markieren, da die internationale Farbcodierung für parenterale Applikationen durch die DIN/ EN ISO 80 369 (1-7 Unternormen) geregelt ist. Für urologische Applikationsformen gibt es derzeit noch keine Farbvorgabe.
- ⊕ Derzeit kann eine Verwechslung mit PosiFlush 0.9% NaCl Fertigspritzen nur durch eine unmittelbare Entsorgung der Glycerinspritze bei nicht Verwendung vermieden werden.

Evaluierung

Die Evaluierung erfolgt anhand der eingegangenen Meldungen zu diesem Thema im Learning & Reporting System.



IPS-Best Practice Beispiel 155:

Gefährliche Therapieempfehlung durch Software

Software der elektronischen Fieberkurve (e-FK) führt zu gefährlicher Therapieempfehlung im ärztlichen Entlassungsbrief.

Was ist passiert?

Ein/e Patient/in wird von einer in die andere Abteilung transferiert. An beiden Abteilungen ist die e-FK bereits installiert. Im Zuge des Transfers wird ein ärztlicher Entlassungsbrief erstellt. In diesem scheint die medizinische Therapieempfehlung auf. Der Entlassungsbrief, in dem noch ein Befund ausständig ist, wird nach sorgfältiger Durchsicht korrekt freigegeben und wechselt somit vom Status „geschrieben (GS)“ auf den Status „freigegeben (FR)“. Nach Eintreffen des ausständigen Befundes wird dieser vom medizinischen Sekretariat korrekt in den Entlassungsbrief eingefügt. Durch diesen Schritt wird eine neue Dokumentenversion des medizinischen Entlassungsbriefs erstellt. Das hat zu Folge, dass der Status FR wieder auf Status GS gesetzt wird. Diese neue Dokumentenversion enthält in der Rubrik „Prozedere“ die Anmerkung, dass der ausstehende Befund eingefügt worden ist. Der MED Arzt/Ärztin sieht nun die neue Dokumentenversion System in der Rubrik „meine offenen Dokumente“. Daraus ergibt sich keine weitere Konsequenz, insbesondere keine medikamentöse Therapieänderung. Daher ist ein nochmaliger Wechsel in die Rubrik „Therapieempfehlung“ nicht nötig und gibt den Entlassungsbrief (neue Dokumentenversion) frei. Dabei wird nicht bemerkt, dass in der Rubrik „Therapieempfehlung“ zusätzlich zur ursprünglichen vom MED Arzt/Ärztin empfohlenen medikamentösen Therapie nun auch die Therapieempfehlung der anderen Abteilung durch die e-FK Software mitübernommen wurde. Dadurch ergibt sich eine Therapieempfehlung mit, für den/die Patient/in, potentiell tödlicher Wirkung (Antihypertensiva weit über der maximalen, laut Fachinformation, empfohlenen Tagesdosis und Antikoagulation mit NMH und NOAK in jeweils therapeutischer Dosis). Der Fehler wird an der Abteilung glücklicherweise sofort bemerkt, kommuniziert und vom/von der MED Arzt/Ärztin korrigiert.

Ursachenanalyse

Bei der internen Fehleranalyse wird ein Softwarefehler vermutet.

Newsletter Nr. 19 / Dezember 2020

Lösung / Maßnahmen

Der Fall wird unverzüglich an die Vorgesetzten weitergeleitet. Die Fehlermöglichkeit wird sofort in den Teams bekannt gemacht. Eine zentrale Softwareanpassung der MIP löst das Problem, was von der Ärztlichen Direktion kommuniziert wird.

Evaluierung

Überprüfung durch Nachstellung der Situation mittels Testpatient/in in der e-Fieberkurve.



Terminvorschau für 2021:

Die Entwicklungen rund um Covid-19 werden noch abgewartet, ehe IPS-Termine für 2021 fixiert werden. Sobald sich Möglichkeiten für eine Durchführung der IPS-Veranstaltungen abzeichnen, werden Sie zeitgerecht über die Termine informiert.

Impressum

Gesundheitsfonds Steiermark

Herrengasse 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@gfstmk.at