

***Herzlich Willkommen!***

# **IPS-Indikatoren-Netzwerktreffen**

**Dienstag, 10. Mai 2022**  
**Steiermarkhof**

## Am Vormittag:

- ⊠ Allgemeines und geplante Aktivitäten im Zuge der IPS
- ⊠ Einblicke in die Arbeit, Themen und Projekte der Österreichischen Plattform Patientensicherheit (ANetPAS)

*Dr. Brigitte Ettl, Präsidentin der Österreichischen Plattform Patientensicherheit*

## Am Nachmittag:

- ⊠ Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse der IPS-Indikatoren
- ⊠ Konkretisierung des gewählten Schwerpunktthemas und Definition patient\*innenbezogene(n) Indikator(en)

# Zeitlicher Ablauf

|                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| 09:00 – 09:45 Uhr        | Block 1                      |
| <b>09:45 – 10:00 Uhr</b> | <b>Kaffeepause (15 min.)</b> |
| 10:00 – 11:30 Uhr        | Block 2                      |
| <b>11:30 – 11:45 Uhr</b> | <b>Kaffeepause (15 min.)</b> |
| 11:45 – 12:30 Uhr        | Block 3                      |
| <b>12:30 – 13:30 Uhr</b> | <b>Mittagessen (1 h)</b>     |
| 13:30 – 15:00 Uhr        | Block 3                      |
| <b>15:00 – 15:30 Uhr</b> | <b>Kaffeepause (30 min.)</b> |
| 15:30 – 16:00 Uhr        | Block 4                      |

## ◆ **IPS-Methodenschulung**

Thema: „Moderation von Arbeitsgruppen“

Datum: Dienstag, 14. Juni 2022

Uhrzeit: 09:00 – 16:00 Uhr

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

→ Anmeldung bereits offen (Teilnehmerzahl: max. 12 Personen)

## ◆ **IPS-Jahrestagung**

Thema: **Patient\*innensicherheit und Risiken – ihre Wahrnehmung durch Öffentlichkeit, Medien und Health Professionals“**

Datum: Mittwoch, 28. September 2022

Uhrzeit: 09:00 – 16:30 Uhr

Ort: Congress Graz (Albrechtgasse 1, 8010 Graz)

→ **Wir erwarten freudig Ihre Beiträge!**

## ✦ Internationaler Tag der Patientensicherheit

- ✦ seit 2019 von der WHO anerkannt
- ✦ jährlich am 17. September
- ✦ **Make it orange!**  
Gesundheitseinrichtungen und Sehenswürdigkeiten werden auch 2022 dazu aufgerufen, einen Abend lang orange zu erstrahlen.



**Wir freuen uns über Ihre aktive Mitgestaltung!**

## ◆ „SALUS“ 2022

Verleihung in den drei Kategorien:

- ◆ Gesundheitsversorgung
- ◆ Gesundheitsförderung
- ◆ Themen-„SALUS“: Gesundheitskompetenz



## ◆ Verleihung Steirischer Qualitätspreis Gesundheit 2022 – „SALUS“

Datum: Donnerstag, 20. Oktober 2022

Uhrzeit: 18:00 Uhr

Ort: Alte Universität Graz

- ⊠ Vorschläge / Ideen für künftige IPS-Methodenschulungen
- ⊠ Sektorenübergreifender Patientensicherheit (Feedback)
- ⊠ IPS-Auszeichnungen und Reviews
- ⊠ Best Practice Beispiele
- ⊠ Beiträge (!) für IPS-Jahrestagung

# IPS-Feedback-Verfahren - auf einen Blick zusammengefasst...

## NEU

### Best-Practice-Beispiel

1. Stellenwert erhöhen:  
Vorstellung der **3 Best-Practice-Beispiele** mit dem **größten Lerneffekt**:
  - ◆ im Indikatoren-Netzwerktreffen
  - ◆ Veröffentlichung in der Zeitschrift „Qualitas“

### IPS-Indikatoren-Vergleich

1. Ein **Schwerpunktthema für alle für 3 Jahre**
2. Unabhängig vom IPS-Review-Verfahren

### Beim Indikatoren-Netzwerktreffen:

1. 3 Themenvorschläge (freigegeben von QSK)
2. Gemeinsame Auswahl eines Themas
3. Gemeinsame Definition der Indikatoren
4. Anpassung des Indikatoren-Formulars um die themenbezogenen Indikatoren

## Bleibt wie bisher

### Best-Practice-Beispiel

1. Intervall bleibt gleich (1x jährlich)
2. Eingabemaske/Formular bleibt unverändert

### IPS-Indikatoren-Vergleich

1. Anonymisierung bleibt bestehen (!)
2. Weiterhin Reflexion des eigenen Hauses im Vergleich (verstärkt auf Thema)
3. Voneinander lernen bleibt im Vordergrund bzw. wird vertieft

## Anpassungen

Adaptierung sämtlicher Unterlagen an das erweiterte Verfahren

- ◆ IPS-Indikatoren-Formular
- ◆ Handbuch zum IPS-Feedback-Verfahren



# Vorstellung – BEST-OF Best-Practice-Beispiele I

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Fallbeschreibung</b><br/><i>(Was ist passiert?)</i></p>     | <p><b>Verwechslungen im Rahmen der Medikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• CIRS-Meldungen und Patient*innenäußerungen (Patient*innenfeedbacksystem), dass Medikamente falsch dispensiert wurden (falsche Tageszeit/ falsches Medikament).</li><li>• Management von oralen Medikamenten auf Bettenstationen ist durch berufsrechtliche Vorgaben und dienstrechtliche Vorschriften geregelt.</li><li>• Die Thematik der Medikamentenverwechslung wird im Rahmen des Risikomanagements berücksichtigt und als Risiko „Medikamentensicherheit“ identifiziert.</li><li>• Seitens des Krankenanstaltenträgers wurden bereits Evaluierungen des Managements von oralen Medikamenten auf Bettenstationen durchgeführt und zusätzlich gab es 2021 auch den Auftrag eine Selbstevaluierung in diesem Bereich durchzuführen.</li></ul> |
| <p><b>Ursachenanalyse</b><br/><i>(Warum ist es passiert?)</i></p> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Lärm</li><li>• wenig Zeit</li><li>• fehlender Raum</li><li>• die Unlesbarkeit der Fieberkurve kann auch zu falschen Medikamentenverabreichungen führen</li><li>• Häufiger Wechsel der Medikamente (Generika)</li></ul>   |

# Vorstellung – BEST-OF Best-Practice-Beispiele I

## Erarbeitung von Lösungen und Umsetzung (Was wurde zur Problembeseitigung unternommen?)

- Fixe Dispensierzeiten auf Stationen einführen, Störungen können dadurch eher vermieden werden
- Gesonderten Raum für die Dispensierung nutzen
- Striktes Einhalten des 4-Augenprinzipes
- Veränderungen der Medikation außerhalb der Visitenzeiten werden der Pflege direkt übergeben
- Monatliche Stichprobenerhebungen auf der Station
- Blockbuchstaben bei Anordnung von Medikamenten verwenden
- Medikamenteninfo Portal wieder in Erinnerung rufen und MA geschult
- Generikawechsel wird primär über die Arzneimittelkommission weitergegeben

## Evaluierung (Wie werden bzw. wurden die gesetzten Maßnahmen überprüft?)

Selbstevaluierung des Managements von oralen Medikamenten auf Bettenstationen unter Beteiligung von Mitarbeiter\*innen der Apotheke, des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes und der Stabsstelle QM/RM (QMK Mitglieder)

### Kriterien lt. Fragebogen:

- Dokumentation auf der Fieberkurve (Lesbarkeit der ärztlichen Anordnung, korrekter Name, Dosierung, Art der Verabreichung, Verabreichungsintervall, Paraphe auch bei Änderungen vorhanden)
- Verordnete Medikamente im Dispenser, richtige Einnahmezeiten
- Bedarfsmedikation

### Methode:

Stichprobenerhebung auf allen Stationen  
(ausgenommen COVID Stationen)

# Vorstellung – BEST-OF Best-Practice-Beispiele II

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Fallbeschreibung</b><br/><i>(Was ist passiert?)</i></p>     | <p><b>Richtige Handhabung und Anwendung von Dosieraerosolen durch die Patient*innen kann nicht sichergestellt werden.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bei der Befragung von Patient*innen während der Visite, konnte die richtige Handhabung und Anwendung der Dosieraerosole (wie oft und viele Hübe pro Tag) nicht sichergestellt werden</li><li>• Die Handhabung der Dosieraerosole durch die Patient*innen war nur eingeschränkt nachweisbar.</li></ul> |
| <p><b>Ursachenanalyse</b><br/><i>(Warum ist es passiert?)</i></p> | <p>Patient*innen bestätigen sich bei der Handhabung der Dosieraerosole auszukennen und das die Anordnung verstanden wurde. Keine Kontrolle durch die Pflegeperson ob die Handhabung der Dosieraerosole richtig ist.</p>   |

# Vorstellung – BEST-OF Best-Practice-Beispiele II

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Erarbeitung von Lösungen und Umsetzung</b><br/><i>(Was wurde zur Problembeseitigung unternommen?)</i></p> | <p>Eine genaue Erklärung der Handhabung der Dosieraerosole mit anschließender praktischer Überprüfung:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bei Patient*innen, die die Dosieraerosole von zu Hause mitbringen und bestätigen, dass die Handhabung und Anwendung bekannt ist → praktische Überprüfung durch den*die DGKP.</li><li>• Bei Patient*innen, wo die Handhabung nicht sichergestellt ist → Übernahme der Verabreichung durch den*die DGKP – Vermerk auf der Fieberkurve in rot (Plan); ansonsten (Pat. selbst).</li><li>• Auf einem eigenen Plan, wo auch die gesonderte Verabreichung von Tropfen steht, wird nun zusätzlich auch die Verabreichung für die Dosieraerosole vermerkt.</li></ul> |
| <p><b>Evaluierung</b><br/><i>(Wie werden bzw. wurden die gesetzten Maßnahmen überprüft?)</i></p>                | <p>Anhand der rückgemeldeten CIRS-Meldungen (keine weiteren Meldungen zu dieser Thematik).</p>   |

# Vorstellung – BEST-OF Best-Practice-Beispiele III

|   |  |
|---|--|
| <b>Fallbeschreibung</b><br><i>(Was ist passiert?)</i>     | <b>Sturzprävention durch angepassten Schuh</b><br><br>Es kam immer wieder zu Stürzen von Patient*innen und gefährlichen Situationen im Stationsalltag sowie während Therapien  |
| <b>Ursachenanalyse</b><br><i>(Warum ist es passiert?)</i> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Mangelnde Versorgung mit sicherem Schuhwerk als wichtigen extrinsischen Risikofaktor identifiziert</li><li>• In Akutereignissen kommen Patient*innen oft ohne Schuhe, mit Socken oder offenen Hausschuhen ins Krankenhaus</li><li>• Risiko für gefährliche Situationen und Verzögerungen des Therapiebeginns aufgrund der Sturzgefahr durch mangelhaftes Schuhwerk</li><li>• Für geriatrische Patient*innen sind spezielle Schuhe erforderlich (zB. bei untere Extremitäten, Ödeme, ...)</li></ul> |

# Vorstellung – BEST-OF Best-Practice-Beispiele III

**Erarbeitung von Lösungen und Umsetzung**  
*(Was wurde zur Problembeseitigung unternommen?)*

Reduktion von Patient\*innenstürzen durch ein multidimensionales und multiprofessionelles Interventionsprogramm (zusätzlich zur geltenden Evidence Based Leitlinie zur Sturzprävention):

- Zusammenfassung aller möglichen Maßnahmen zur Reduktion der Sturzgefahr in den einzelnen Berufsgruppen
- Optimierung der Sturzprävention durch Synergiebildung zwischen berufsspezifischen, sturzpräventiven Maßnahmen sowie Ermittlung des Einflusses auf andere Berufsgruppen und Angehörige
- Definition und bestmögliche Reduktion extrinsischer Sturzfaktoren
- Entwicklung des Schuhs nach Anforderungen der Physiotherapeut\*innen in der Krankenanstalt in enger Zusammenarbeit mit einem Orthopädiefachgeschäft
- Patient\*innen in Entwicklungs- und Testphasen miteinbezogen und deren Rückmeldungen in die Optimierung des Schuhs eingearbeitet.
- Nachhaltigkeit: hochwertiges Naturprodukt, heimischer Gewerbetrieb, kurze Transportwege, geringer ökologischer Fußabdruck

# Vorstellung – BEST-OF Best-Practice-Beispiele III

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Erarbeitung von Lösungen und Umsetzung</b><br/><i>(Was wurde zur Problembeseitigung unternommen?)</i></p> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Sofortiger Therapiestart durch die rasche Versorgung mit einem optimalen Schuh</li><li>• Schnellere Verbesserung der Selbstständigkeit und Autonomie der Patient*innen</li><li>• Minimierung des Sturzrisikos</li><li>• Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Mitarbeiter*innen</li><li>• Schuh ist vorrätig und kann jederzeit über die Mitarbeiter*innen der Physiotherapie bezogen werden</li></ul> |
| <p><b>Evaluierung</b><br/><i>(Wie werden bzw. wurden die gesetzten Maßnahmen überprüft?)</i></p>                | <ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluierung über die Sturzrate und die bei den Sturzprotokollen angegeben sturzauslösenden Faktoren.</li><li>• Sturzrate konnte bereits im ersten halben Jahr nach Einführung des Schuhs nachweislich verringert werden.</li><li>• Angebot wird von Patient*innen / Angehörigen gerne in Anspruch genommen.</li></ul>  |



# Vorstellung – BEST-OF Best-Practice-Beispiele IV

## Fallbeschreibung (*Was ist passiert?*)

### Zwischenfall im Rahmen der Notfallversorgung

Missverständnisse in der Kommunikation und eine Fehleinschätzung der Situation durch Mitglieder des Notfallteams führten zu Komplikationen während der Versorgung.

Problemintensität – folgende Qualitätsmerkmale werden negativ beeinträchtigt:

- Patient\*innensicherheit
- angemessene Versorgung
- Wirksamkeit der Versorgung
- Wirtschaftlichkeit

Risikoeinschätzung:

hohes Risiko (Wahrscheinlichkeit denkbar/Konsequenz schwer).

## Ursachenanalyse (*Warum ist es passiert?*)

Verschiedene Faktoren erschwerten das professionelle Arbeiten und die Zusammenarbeit im interprofessionellen bzw. interdisziplinären Team. Dies wirkte sich wiederum negativ auf das Notfallmanagement in dieser Akutsituation aus.

Folgende Ursachen wurden identifiziert:

- keine eindeutige Aufgabenverteilung
- Teamleader undefiniert (der überwiegende Teil der Anwesenden hat „keinen Teamleader“ wahrgenommen oder erkannt)
- Fehlende „Closed loop“ Kommunikation
- Mangelnde Übergabe (Patient\*in und Situation)
- Beengte Situation durch zu viele Personen vor Ort (ca. 17 Personen)



# Vorstellung – BEST-OF Best-Practice-Beispiele IV

## Erarbeitung von Lösungen und Umsetzung (Was wurde zur Problembeseitigung unternommen?)

Der Vorfall wurde im Rahmen einer umfassenden Fallanalyse gemäß London Protokoll aufgearbeitet.

Folgende Maßnahmen im Bereich Organisation des Medizinischen Notfallteams (MET) mit dem Fokus auf Führung, Entscheidungsfindung & Kommunikation sowie Teamwork & Situationsbewusstsein wurden umgesetzt:

- Team-Leader Kennzeichnung: Signal-Westen als Kennzeichnung für den Teamleader
- neue Aufgabenverteilung Kernteam (MET-Projektgruppe)
- Routine-Briefing / Debriefing: täglich in der Früh ein Routine-Briefing des Notfallteams; Ziel: gemeinsames Mindset in Bezug auf das Rollenmodell (Leitung: Teamleader).
- Strukturierte Übergabe an Notfallteam oder beim Eintreffen weiterer Keyplayer
- Unterstützende Einsteckkarten für Teamleader (10 für 10, SpeakUp einfordern, 4 H`s und HITS etc.)
- Neuüberarbeitung des Konzepts der Herzalarmverständigungskette, damit nicht zu viele Mitarbeiter\*innen gleichzeitig vor Ort eintreffen

# Vorstellung – BEST-OF Best-Practice-Beispiele IV

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Erarbeitung von Lösungen und Umsetzung</b><br/><i>(Was wurde zur Problembeseitigung unternommen?)</i></p> | <p>Begleitend wurden folgende systemische Maßnahmen initiiert:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Training in den ILS-Kursen und Simulationstrainings</li><li>• Simulationstraining für MET-Einsätze</li><li>• Einteilung Teamleader am Dienstplan: für alle Mitarbeiter*innen über Intranet ersichtlich</li><li>• Unterstützende "Speak Up" Kampagne im gesamten KH</li></ul> <p>Evaluierung<br/>Laufende Analyse der Protokolle zu den Notfallteam Einsätzen<br/>Halbjährliche strukturierte Evaluierungsgespräche mit den Notfallteammitgliedern<br/>Jährliche Befragung im Rahmen der Stationsleiter- sowie Ärzteteambesprechungen<br/>Laufende Auswertung der Fälle aus dem Chancen- und Risikomanagement</p> |
| <p><b>Evaluierung</b><br/><i>(Wie werden bzw. wurden die gesetzten Maßnahmen überprüft?)</i></p>                | <ul style="list-style-type: none"><li>• Laufende Analyse der Protokolle zu den Notfallteam Einsätzen</li><li>• Halbjährliche strukturierte Evaluierungsgespräche mit den Notfallteammitgliedern</li><li>• Jährliche Befragung im Rahmen der Stationsleiter- sowie Ärzteteambesprechungen</li><li>• Laufende Auswertung der Fälle aus dem Chancen- und Risikomanagement</li></ul>  |

# Ideenwerkstatt

## Themenpool – IPS-Review

- ❖ Polypharmazie bei AG/R-Patient\*innen
- ❖ Strukturierte und prozessorientierte Aufarbeitung durch eine Ursachen-Fallanalyse von schweren unerwünschten medizinischen Ereignissen (SUME)
- ❖ Wissensmanagement nach Bauprojekt und Betriebsübergang (wie kann Wissensmanagement aufgestellt und monitiert werden?)



# IPS-Indikatoren

## Wozu gibt es das IPS-Indikatoren-Netzwerktreffen?

- ⊕ Dient als **Lernplattform** mit dem Ziel, durch den Vergleich der gemeinsamen Indikatoren **voneinander zu lernen**
  - ⊕ Lässt Rückschlüsse auf die Funktionalität des eigenen Systems zu
  - ⊕ Ermöglicht einen direkten, institutionsübergreifenden Austausch
  - ⊕ Dient als Lernfeld für den Einzelnen
  - ⊕ Dient als Basis zur Weiterentwicklung des eigenen Learning & Reporting-Systems

# Ergebnisse aus dem IPS-Indikatoren-Netzwerktreffen vom 26.05.2021

## 1. Themenvorschläge zur Auswahl

(abgestimmt mit QSK)

Die ersten drei Themenvorschläge für den IPS-Indikatorenvergleich:

- ❖ **Verwechslung von Laborbefunden**
- ❖ **Therapeutisches Medikamentenmanagement**
- ❖ **Sturz/Fall bei kognitiv-beeinträchtigten PatientInnen**

## Ergebnisse aus der Diskussion:

- ❖ Gemeinsam gewähltes Thema: **patientInnenbezogene Verwechslungen im weiteren Sinne** (*PatientInnen, Medikamente, Proben, Eingriffe (OP), Dokumente (Fieberkurve/Arztbefund...)*)
- ❖ Vorgehen: Sammlung aller Meldungen retrospektiv 1-5/2021 und laufend ab 6/2021
- ❖ Diskussion im IPS-Indikatoren-Netzwerktreffen 2022 und gemeinsame Wahl des Indikators/der Indikatoren

# IPS-Indikatoren-Formular 2021 - angepasst auf Themenschwerpunkt



| A        | B  | C  | D   | E  |                     |                            | H   | I  |         |     |            |         |                       | P   | Q  | R    | S  |                 |                   | T       | U  |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|----------|--|--|---|--|---------------------|----------------------------|---|--|---------|-----|------------|---------|-----------------------|---|----|------|--|-----------------|-------------------|---------|----|----------------|--------|-------|------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
|          |  |  |   | Prozessveränderung   | Strukturveränderung | ausschließlich Information |   | ÄrztInnen  | Pflege  | MTD | Verwaltung | Technik | Sonstige Berufsgruppe |   |    |      | Unbekannt  | Meldungseingabe | Feedback Meldende |         |    | Feedback-Dauer | Lösung | Dauer | Evaluierung der Lösung |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| lfd. Nr. | Anzahl der Meldungen zu patientInnenbezogenen Verwechslungen i.w.S (2)<br><small>Hinweis: 0 = nein, 1 = ja</small> | Bearbeitbare Meldungen (3)<br><small>Hinweis: 0 = nein, 1 = ja</small> | Bearbeitbare Meldungen, die zu Lösungen / Veränderungen geführt haben (4)<br><small>Hinweis: 0 = nein, 1 = ja</small> | Jeweilige Anzahl der Lösungen / Veränderungen nach den Kategorien (5):<br><small>Hinweis: 0 = nein; 1 = ja. Nur auszufüllen, wenn Spalte C mit "1" gekennzeichnet wurde.</small> |                     |                            | Art der Meldung (6)<br><small>Hinweis: 0 = anonym, 1 = namentlich</small> | Verteilung der Meldungen auf die verschiedenen Berufsgruppen (7):<br><small>Hinweis: Nur eine Berufsgruppe je Meldung angeben. Diese Berufsgruppe mit "1" kennzeichnen. Die Berufsgruppe ist für alle eingegangenen Meldungen anzugeben.</small> |         |     |            |         |                       | Feedback<br><small>Hinweis: Das Feedback an Meldende ist für jede eingegangene Meldung anzuführen. Die Feedbackdauer berechnet sich automatisch und wird auf Basis aller eingegangenen Meldungen ermittelt.</small> |    |      | Lösung<br><small>Hinweis: Datum der Lösung für bearbeitbare Meldungen, die zu Lösungen geführt haben (Meldung wurde zu einem überwiegenden Teil umgesetzt). Die Dauer berechnet sich automatisch auf Basis der Meldungen, die zu Lösungen geführt haben.</small> |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|          | 0  | 0  | 0   | 0  | 0                   | 0                          |   | 0  | 0       | 0   | 0          | 0       | 0                     | 0   | 0  | 0,00 | Ø T je Meldung   | Ø T je Meldung  | #DIV/0!           | #DIV/0! |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 1        |  |  |   |  |                     |                            |   |  |         |     |            |         |                       |   |    |      |  |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 2        |  |  |   |  |                     |                            |   |  |         |     |            |         |                       |   |    |      |  |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 3        |  |  |   |  |                     |                            |   |  |         |     |            |         |                       |   |    |      |  |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 4        |  |  |   |  |                     |                            |   |  |         |     |            |         |                       |   |    |      |  |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 5        |  |  |   |  |                     |                            |   |  |         |     |            |         |                       |   |    |      |  |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 6        |  |  |   |  |                     |                            |   |  |         |     |            |         |                       |   |    |      |  |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 7        |  |  |   |  |                     |                            |   |  |         |     |            |         |                       |   |    |      |  |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 8        |  |  |   |  |                     |                            |   |  |         |     |            |         |                       |   |    |      |  |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 9        |  |  |   |  |                     |                            |   |  |         |     |            |         |                       |   |    |      |  |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 10       |  |  |   |  |                     |                            |   |  |         |     |            |         |                       |   |    |      |  |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 11       |  |  |   |  |                     |                            |   |  |         |     |            |         |                       |   |    |      |  |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 12       |  |  |   |  |                     |                            |   |  |         |     |            |         |                       |   |    |      |  |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 13       |  |  |   |  |                     |                            |   |  |         |     |            |         |                       |   |    |      |  |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 14       |  |  |   |  |                     |                            |   |  |         |     |            |         |                       |   |    |      |  |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 15       |  |  |   |  |                     |                            |   |  |         |     |            |         |                       |   |    |      |  |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 16       |  |  |   |  |                     |                            |   |  |         |     |            |         |                       |   |    |      |  |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 17       |  |  |   |  |                     |                            |   |  |         |     |            |         |                       |   |    |      |  |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 18       |  |  |   |  |                     |                            |   |  |         |     |            |         |                       |   |    |      |  |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 19       |  |  |   |  |                     |                            |   |  |         |     |            |         |                       |   |    |      |  |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 20       |  |  |   |  |                     |                            |   |  |         |     |            |         |                       |   |    |      |  |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 21       |  |  |   |  |                     |                            |   |  |         |     |            |         |                       |   |    |      |  |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 22       |  |  |   |  |                     |                            |   |  |         |     |            |         |                       |   |    |      |  |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 23       |  |  |   |  |                     |                            |   |  |         |     |            |         |                       |   |    |      |  |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 24       |  |  |   |  |                     |                            |   |  |         |     |            |         |                       |   |    |      |  |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 25       |  |  |   |  |                     |                            |   |  |         |     |            |         |                       |   |    |      |  |                 |                   |         |    |                |        |       |                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|          |  |  |   | 0  | 0                   | 0                          | 0   | 0  | 0       | 0   | 0          | 0       | 0                     | 0   | 0  | 0    | 0  | 0               | 0                 | 0       | 0  | 0              | 0      | 0     | 0                      | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |    |  |
|          |  |  |   | 0%   | 0,00%               | #DIV/0!                    | #DIV/0!   | #DIV/0!  | #DIV/0! | 0%  | 0%         | 0%      | 0%                    | 0%  | 0% | 0%   | 0%   | 0%              | 0%                | 0%      | 0% | 0%             | 0%     | 0%    | 0%                     | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |  |

MA-Zahl  
Meldungen in Relation zur Hausgröße (MA-Zahl) (1)



# IPS-Indikatoren-Formular 2021 - angepasst auf Themenschwerpunkt

| IPS-Indikatoren             |  |
|-----------------------------|--|
| 1                           | Anzahl der Meldungen in der Zeiteinheit (als <u>ausschließlicher Indikator ungeeignet</u> ) in Relation zur Hausgröße (MA-Zahl)<br><b>Hinweis:</b> MA-Zahl = Personenzahl minus Karenz am 31.12. des Berichtsjahres.   |
| 2                           | Anzahl der Meldungen, die das Thema " <u>patientInnenbezogene Verwechslungen im weiteren Sinne</u> " betreffen.<br><b>Hinweis:</b> "patientInnenbezogene Verwechslungen i.w.S." umfassen: PatientInnen, Medikamente, Proben, Eingriffe (OP), Dokumente (Fieberkurve/Arztbefund...)<br><b>Hinweis:</b> Erfassung der Meldungen:<br>- retrospektiv: 1 - 5 / 2021<br>- laufend: ab 6 / 2021   |
| 3                           | Rate der bearbeitbaren Meldungen (Ist die eingegangene Meldung im jeweiligen L&R-System bearbeitbar? Nein = 0 / JA = 1)  |
| 4                           | Anteil der Meldungen, die zu Lösungen / Veränderungen geführt haben, im Vergleich zu allen bearbeitbaren Meldungen (Hat die bearbeitbare Meldung im L&R-System bereits zu einer Lösung geführt? Nein = 0 / JA = 1)<br><b>Hinweis:</b> Wenn Eintrag "1" in Spalte C, dann ist auch ein Eintrag in Spalte "D", "E" oder "F" sowie die Anführung eines Lösungsdatums erforderlich!  |
| 5                           | Jeweilige Anzahl der Lösungen / Veränderungen nach den drei Kategorien: Prozessveränderung, Strukturveränderung, <u>ausschließlich</u> Information<br><b>Hinweis:</b> Die Art der Veränderung ist nur anzugeben, sofern es sich um eine bearbeitbare Meldung handelt (Wenn Spalte C mit "1" gekennzeichnet wurde). Spalte F (Information) ist nur dann mit "1" zu kennzeichnen, wenn es sich dabei <u>ausschließlich um eine Information an die MitarbeiterInnen</u> ohne Struktur- oder Prozessveränderung gehandelt hat. |
| 6                           | Anzahl der Meldungen, die namentlich (nicht anonym) abgegeben wurden   |
| 7                           | Verteilung der Meldungen auf die Berufsgruppen<br><b>Hinweis:</b> Nur <u>eine Berufsgruppe pro Meldung</u> anführen. Die Berufsgruppe ist für alle eingegangenen Meldungen anzuführen.   |
| 8                           | Zeit vom Meldungseingang bis zum Feedback an Meldende<br><b>Hinweis:</b> Unter Feedback ist keine Auto-Responder-Mitteilung gemeint. Das Feedback besteht aus der Information über den geplanten Bearbeitungsweg, Rückfragen zu Meldung o.ä.   |
| 9                           | Zeit vom Meldungseingang bis zur Lösung / Veränderung<br><b>Hinweis:</b> Lösung bedeutet, dass die <u>Meldung bereits zu einem großen Teil umgesetzt ist</u> . In der Spalte R wird dazu das Datum der Umsetzung des überwiegenden Teils der Lösung erfasst.   |
| 10                          | Anzahl der Lösungen, die regelmäßig evaluiert werden   |
| <b>Begriffserläuterung:</b> |  |
| <b>Lösung</b>               | Lösung bedeutet, dass die Meldung <u>bereits zu einem großen Teil umgesetzt</u> wurde. Daran orientieren sich die Angaben zur Art der Lösung (Prozess-, Strukturveränderung oder ausschließlich Information) und die Angabe eines Lösungsdatums.   |

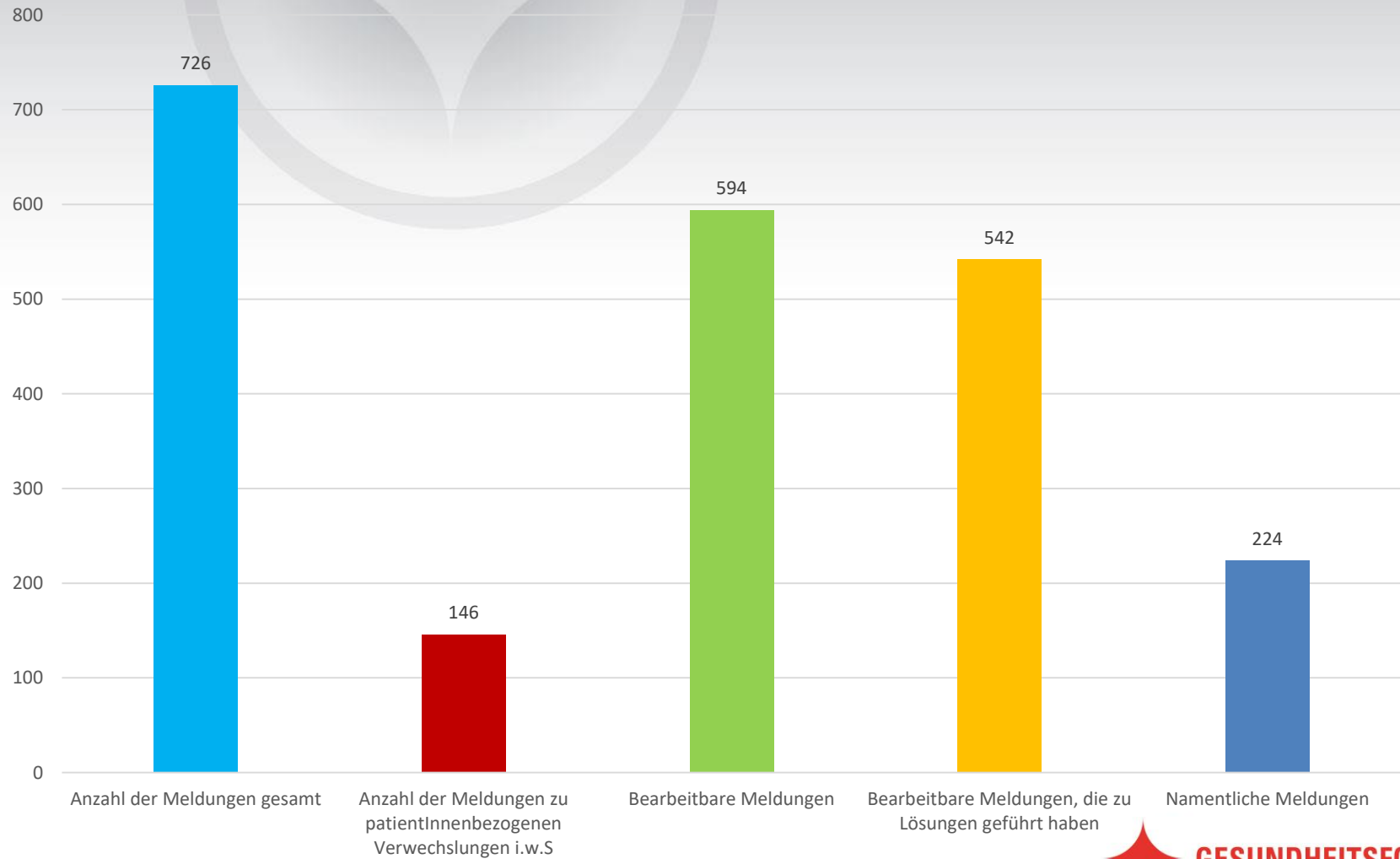
Weitere Erläuterungen zu den IPS-Indikatoren erhalten Sie im "Handbuch: IPS-Feedback-System" sowie in den Präsentationsunterlagen zu den vorherigen IPS-Indikatoren-Netzwerktreffen.  
Die Unterlagen stehen Ihnen im IPS-Mitgliederbereich zur Verfügung!



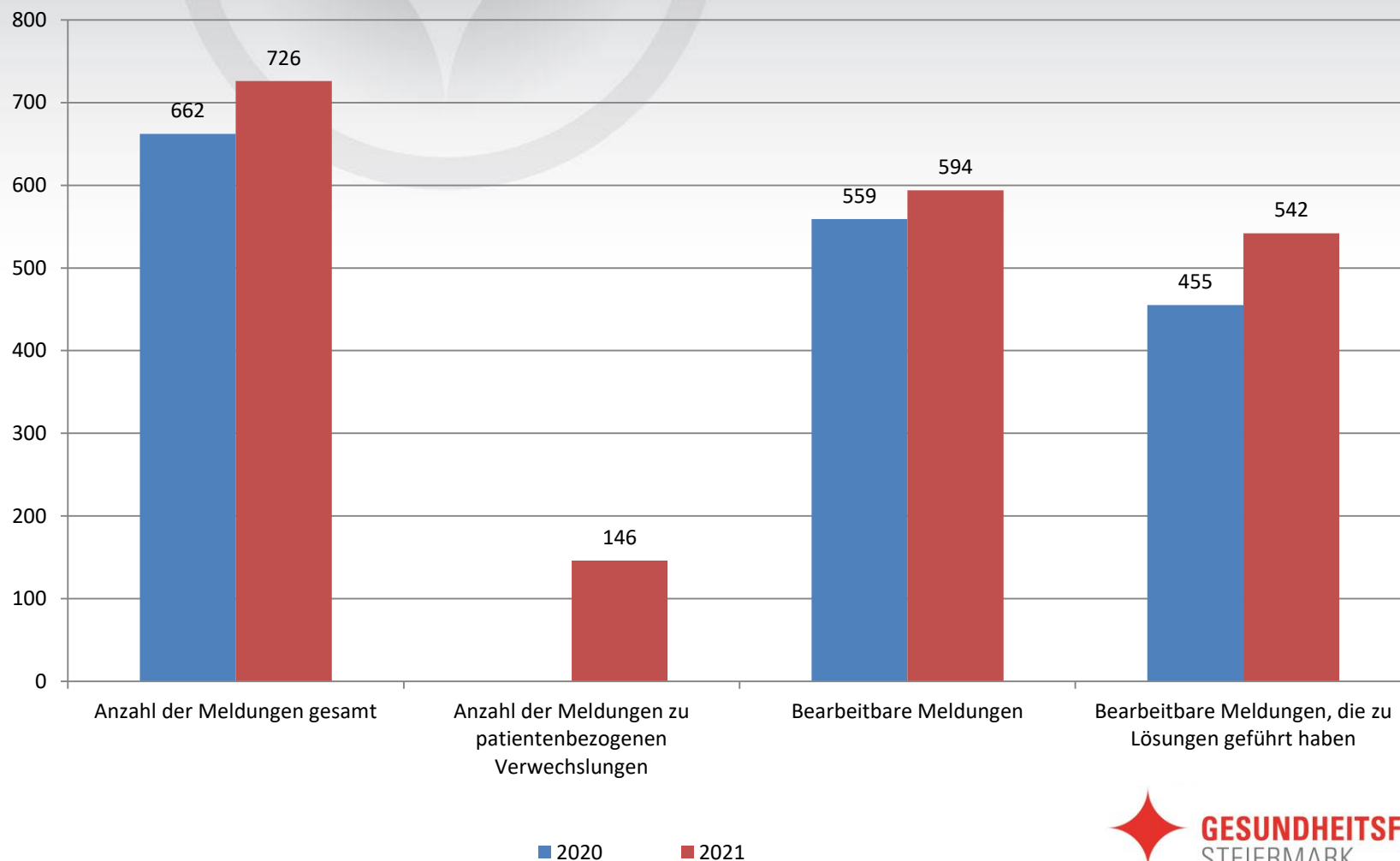


# Darstellung der Ergebnisse

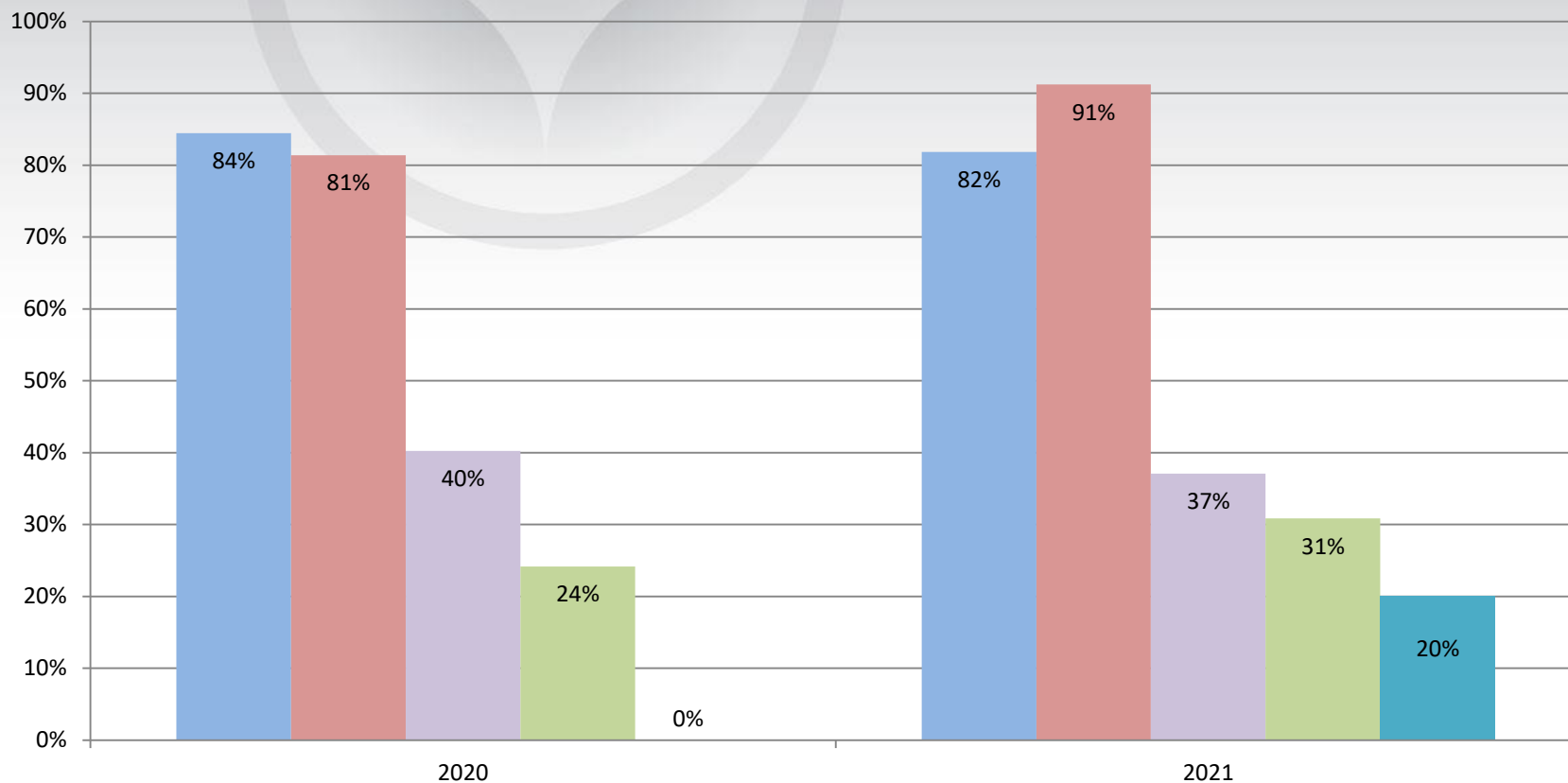
# Übersicht eingegangener Meldungen 2021



# Entwicklung der Meldungen 2020 - 2021



# Anteil in % der bearbeitbaren Meldungen & bearbeitbaren Meldungen, die zu Lösungen geführt haben



■ Rate der bearbeitbaren Meldungen

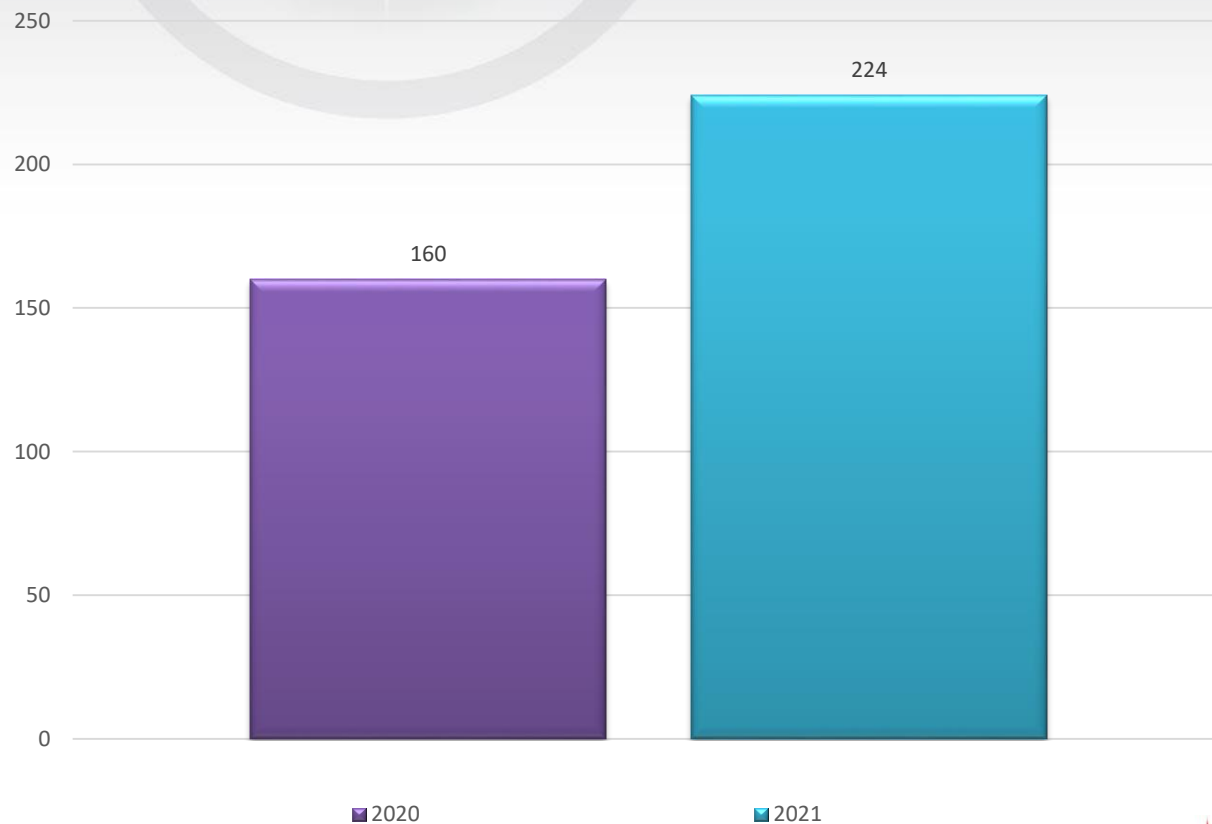
■ Anteil der Meldungen, die regelmäßig evaluiert werden

■ Rate der Meldungen zu patientenbezogenen Verwechslungen

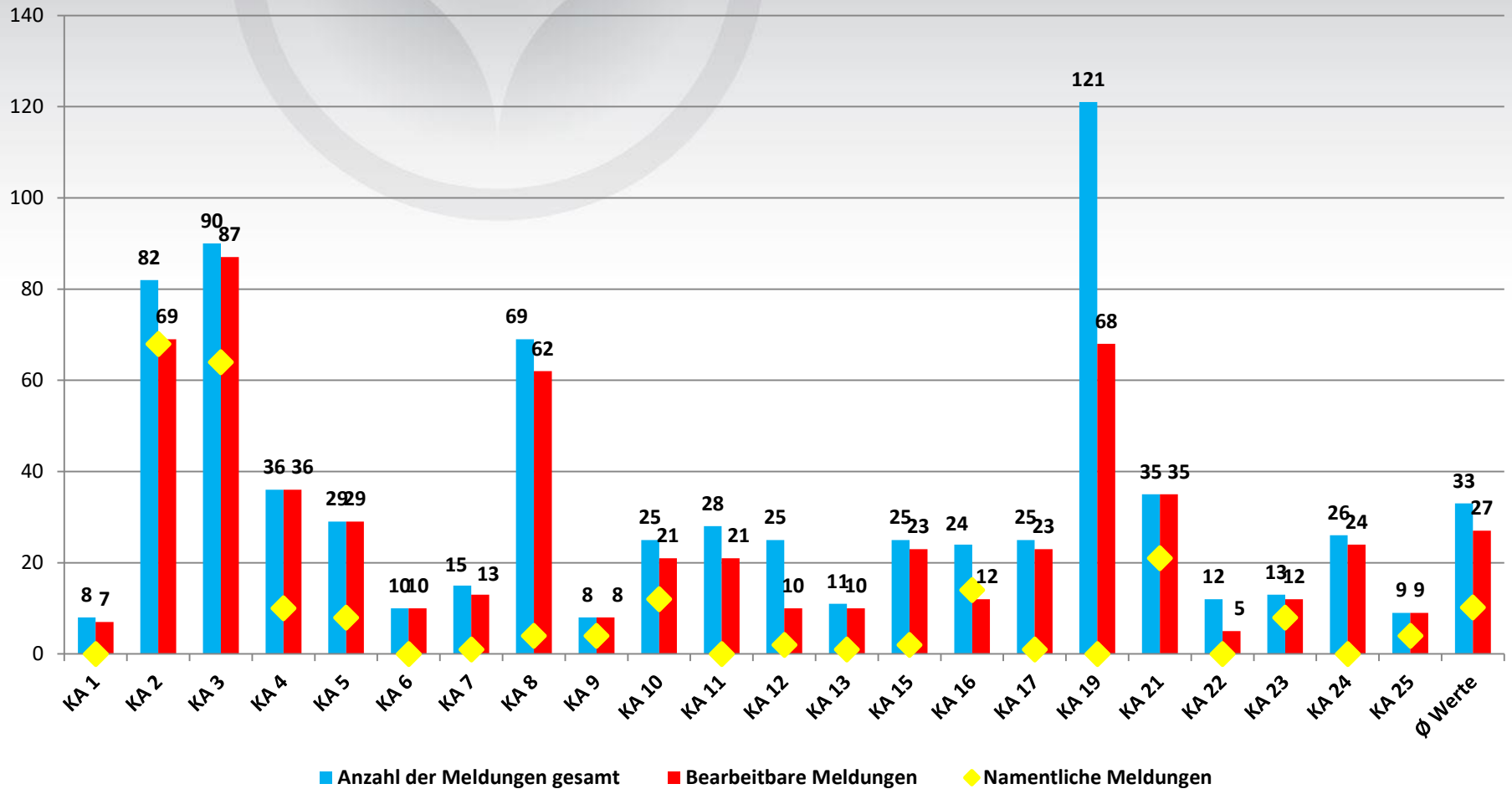
■ Rate der bearbeitbaren Meldungen, die zu Lösungen geführt haben

■ Anteil der namentlichen Meldungen

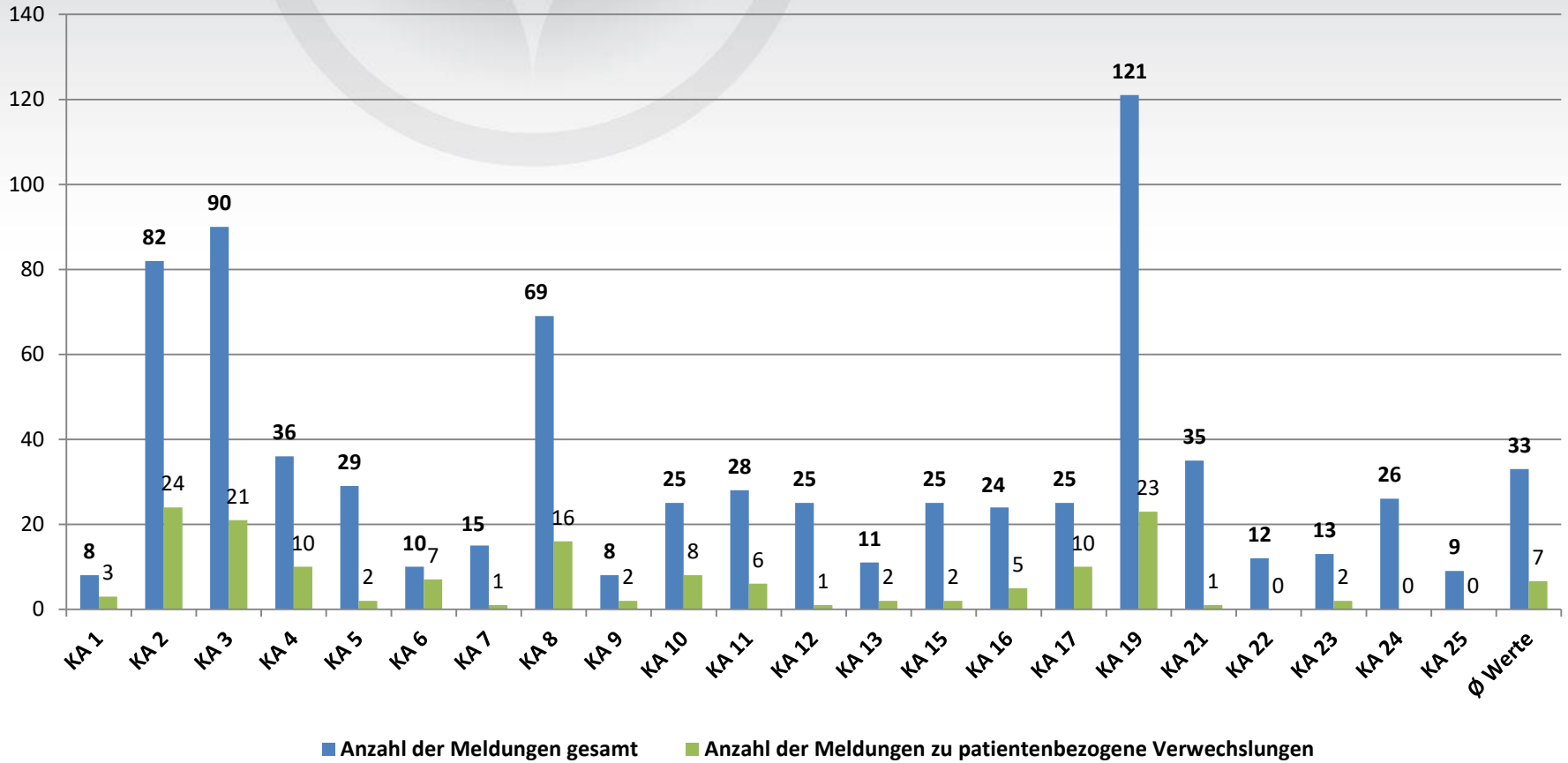
# Entwicklung der Anzahl namentlicher Meldungen 2020 - 2021



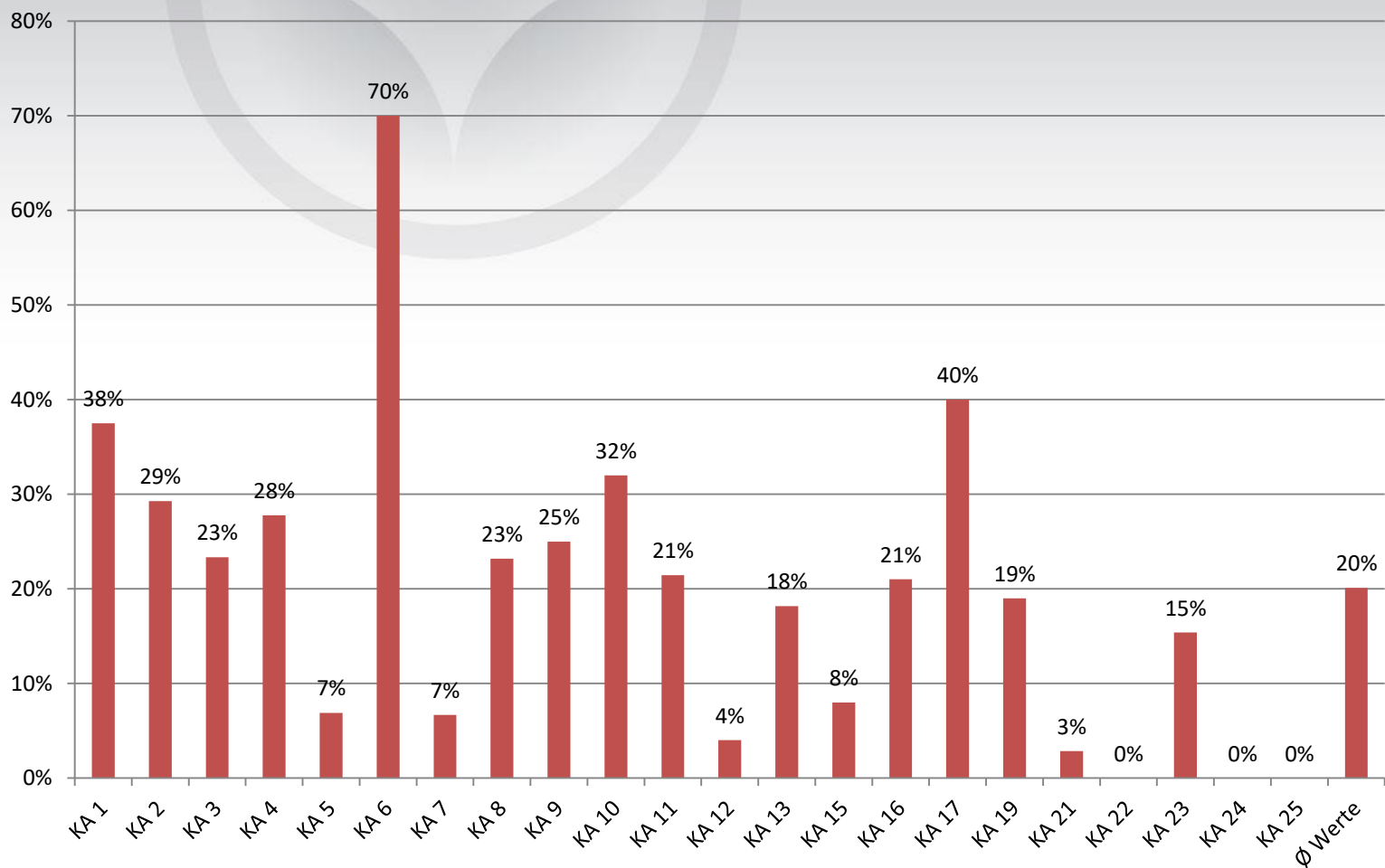
# Übersicht über die Meldungen je Krankenanstalt - 2021



# Übersicht über die Meldungen zu patient\*innenbezogenen Verwechslungen je Krankenhaus - 2021

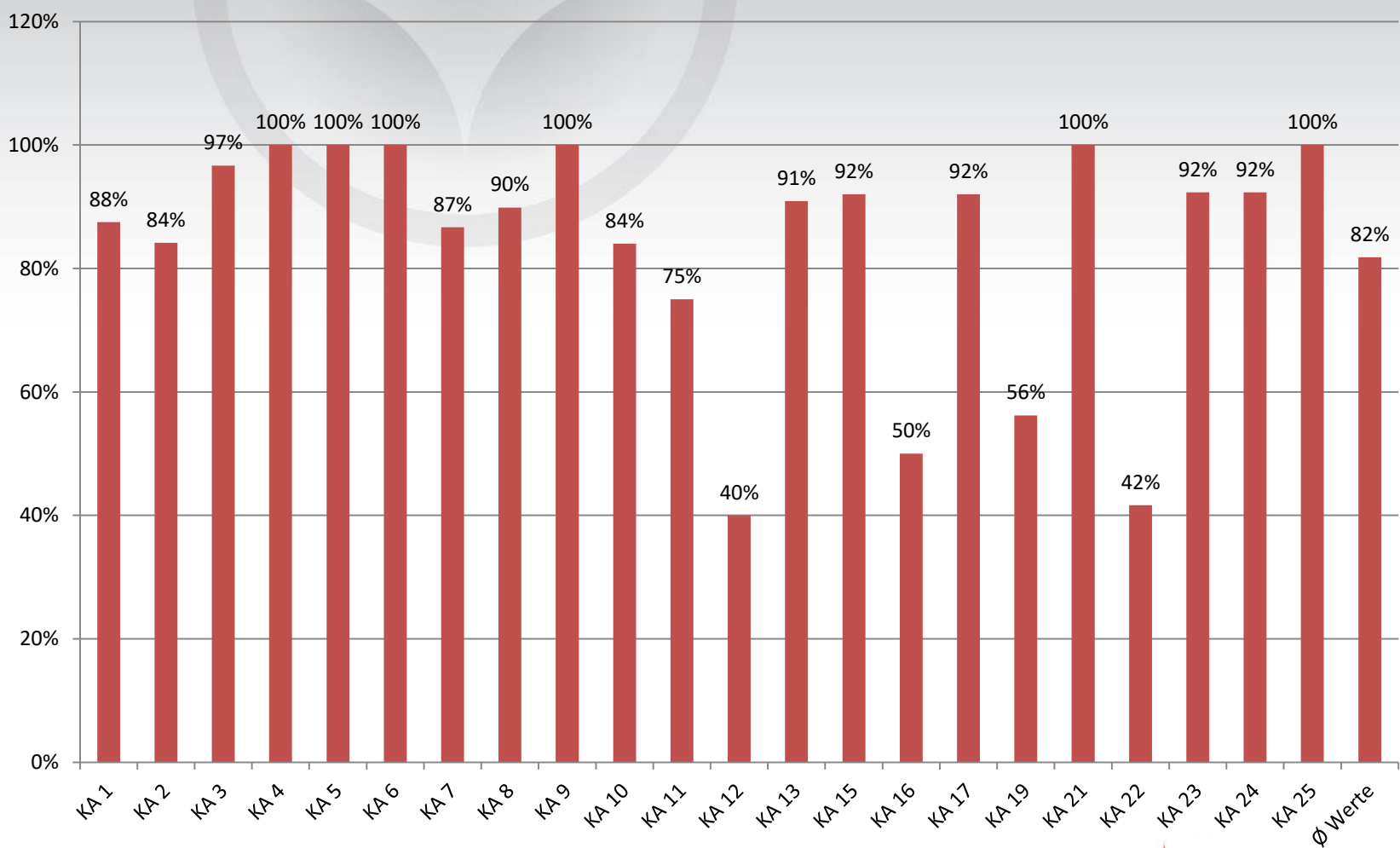


# Anteil der Meldungen zu patient\*innenbezogenen Verwechslungen - 2021

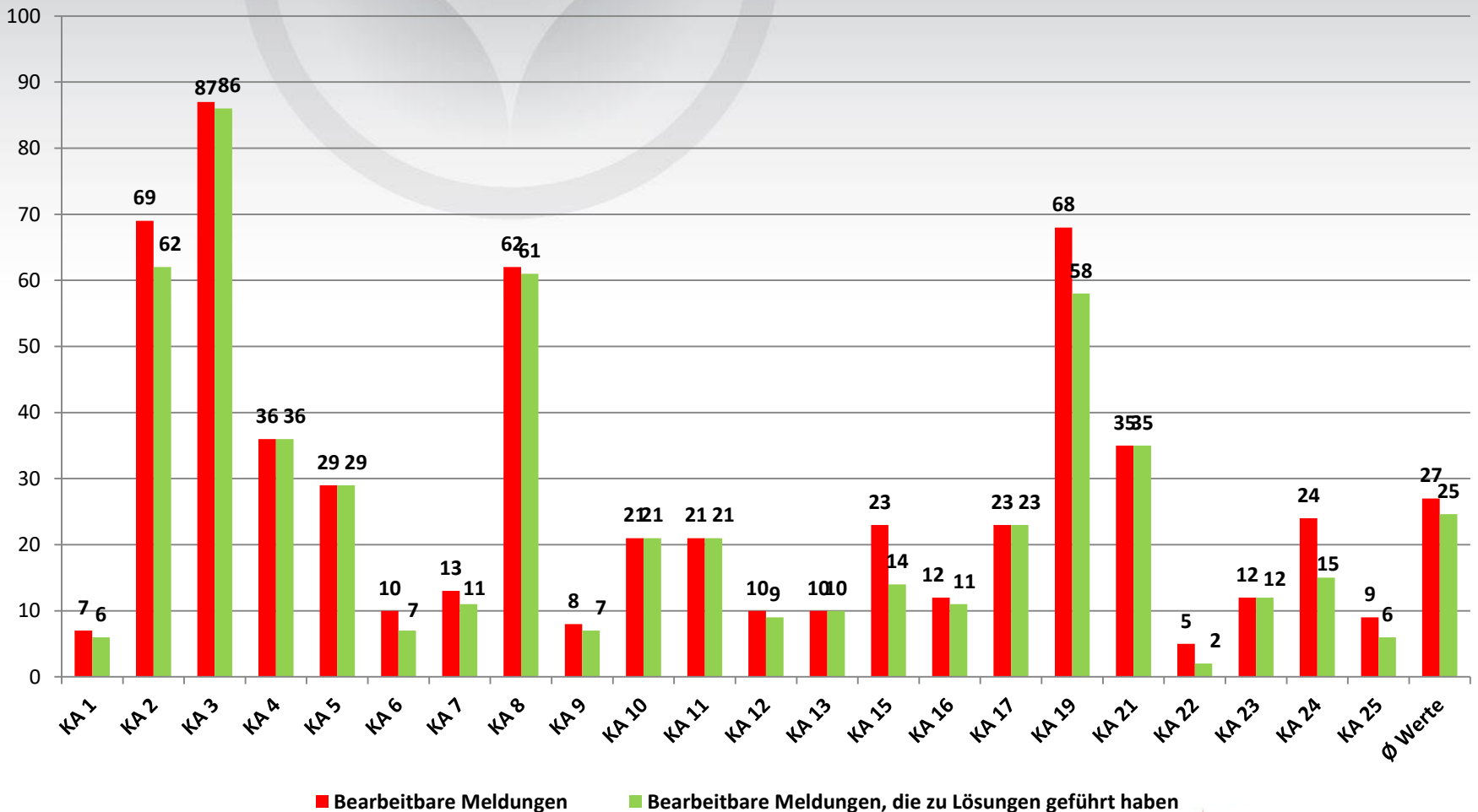




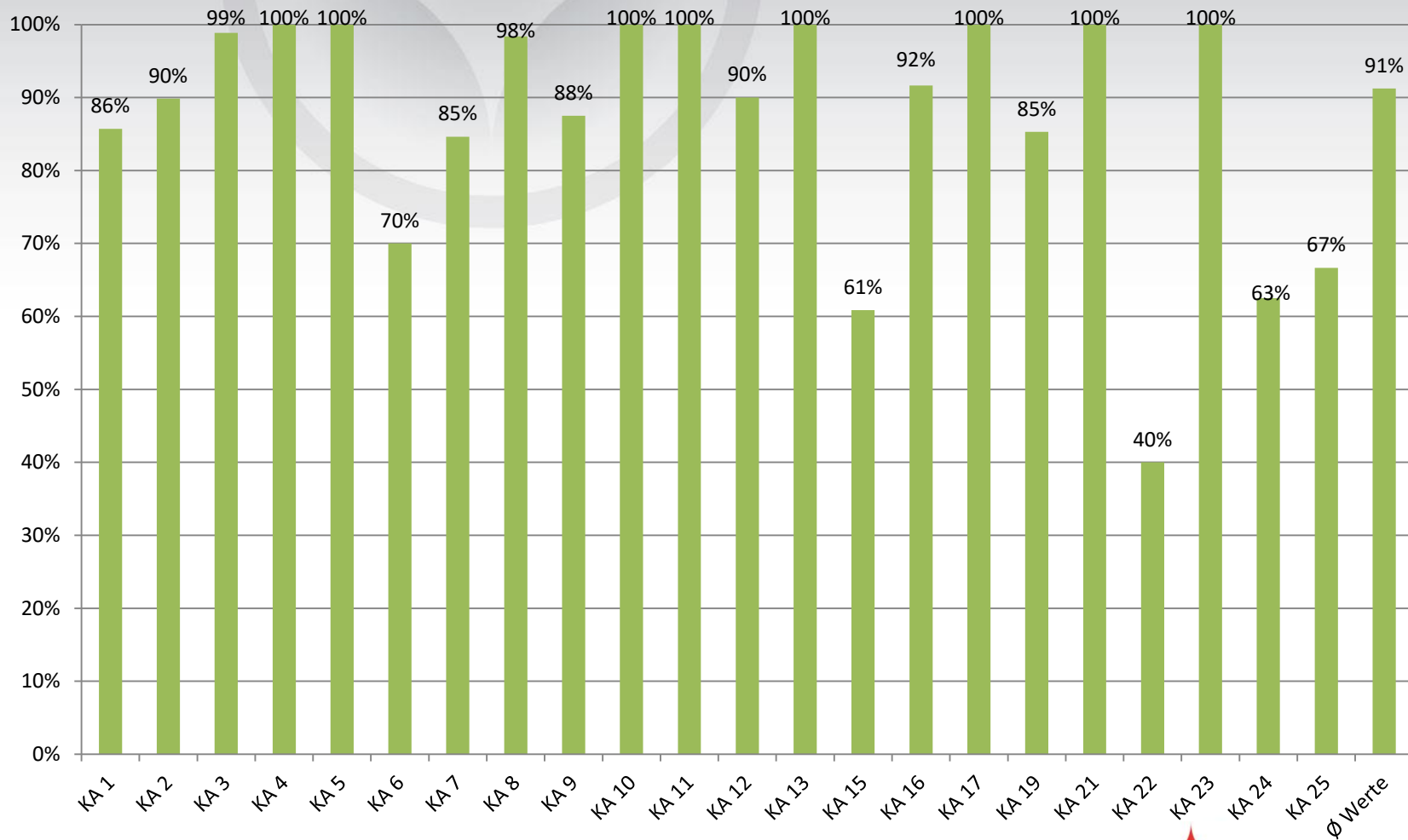
# Anteil der bearbeitbaren Meldungen - 2021



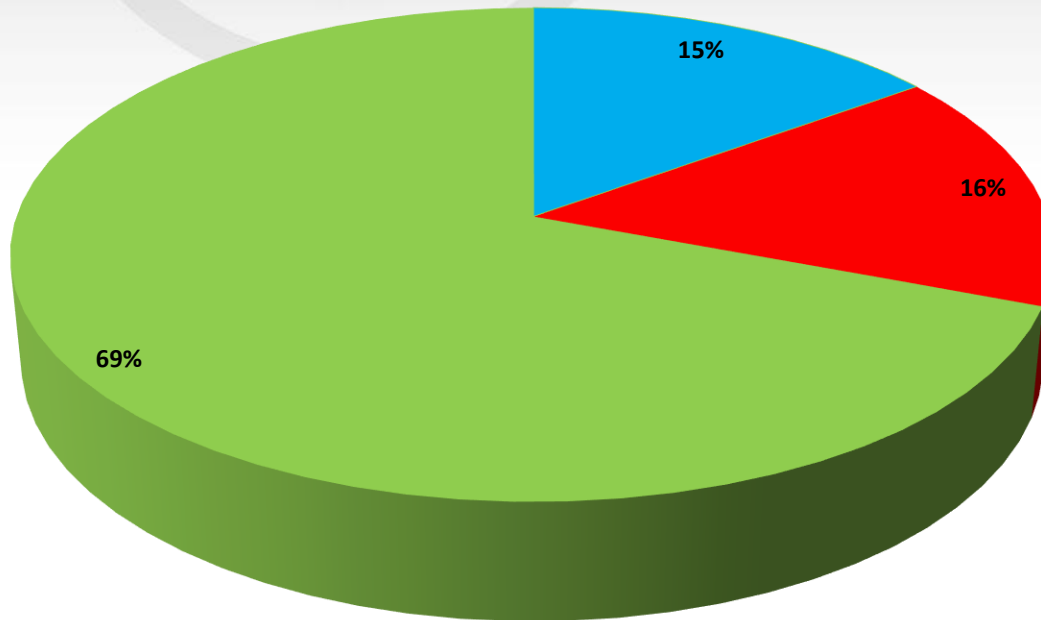
# Bearbeitbare Meldungen, die zu Lösungen geführt haben - 2021



# Anteil in % der bearbeitbaren Meldungen, die zu Lösungen geführt haben - 2021

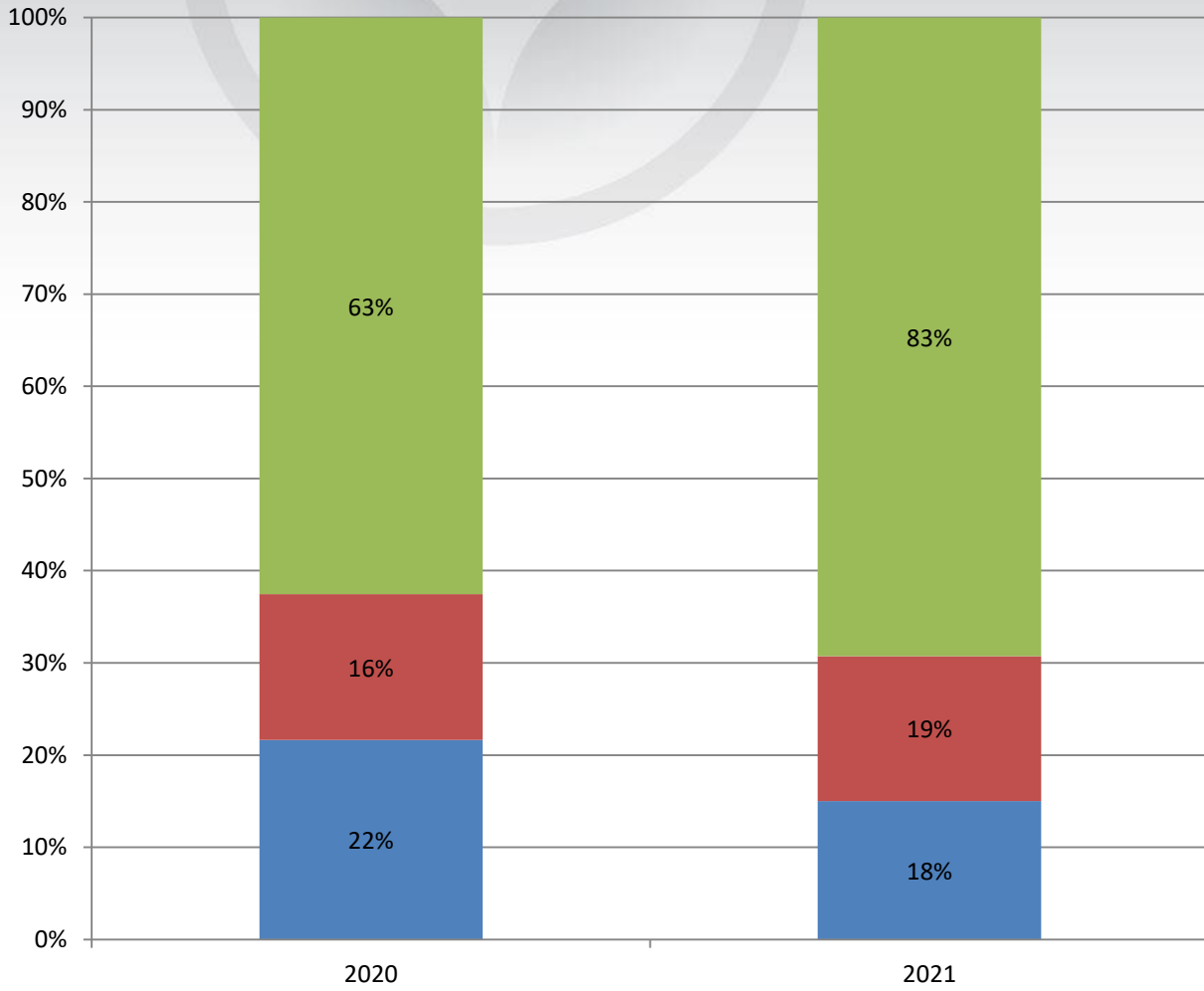


# Verteilung in % je nach Lösungskategorien 2021



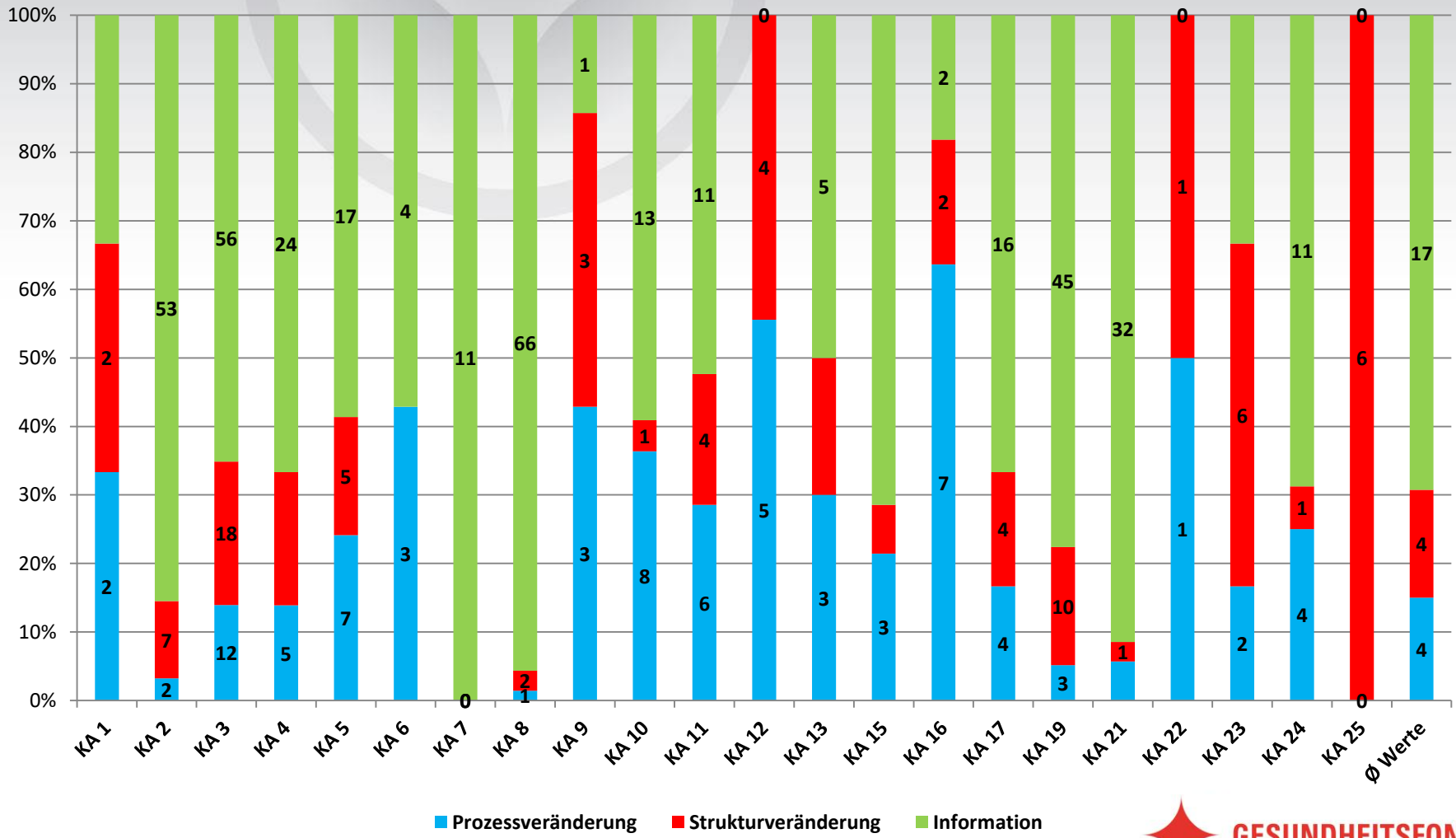
- Prozessveränderung
- Strukturveränderung
- Information

# Entwicklung der Lösungen / Veränderungen 2020 - 2021



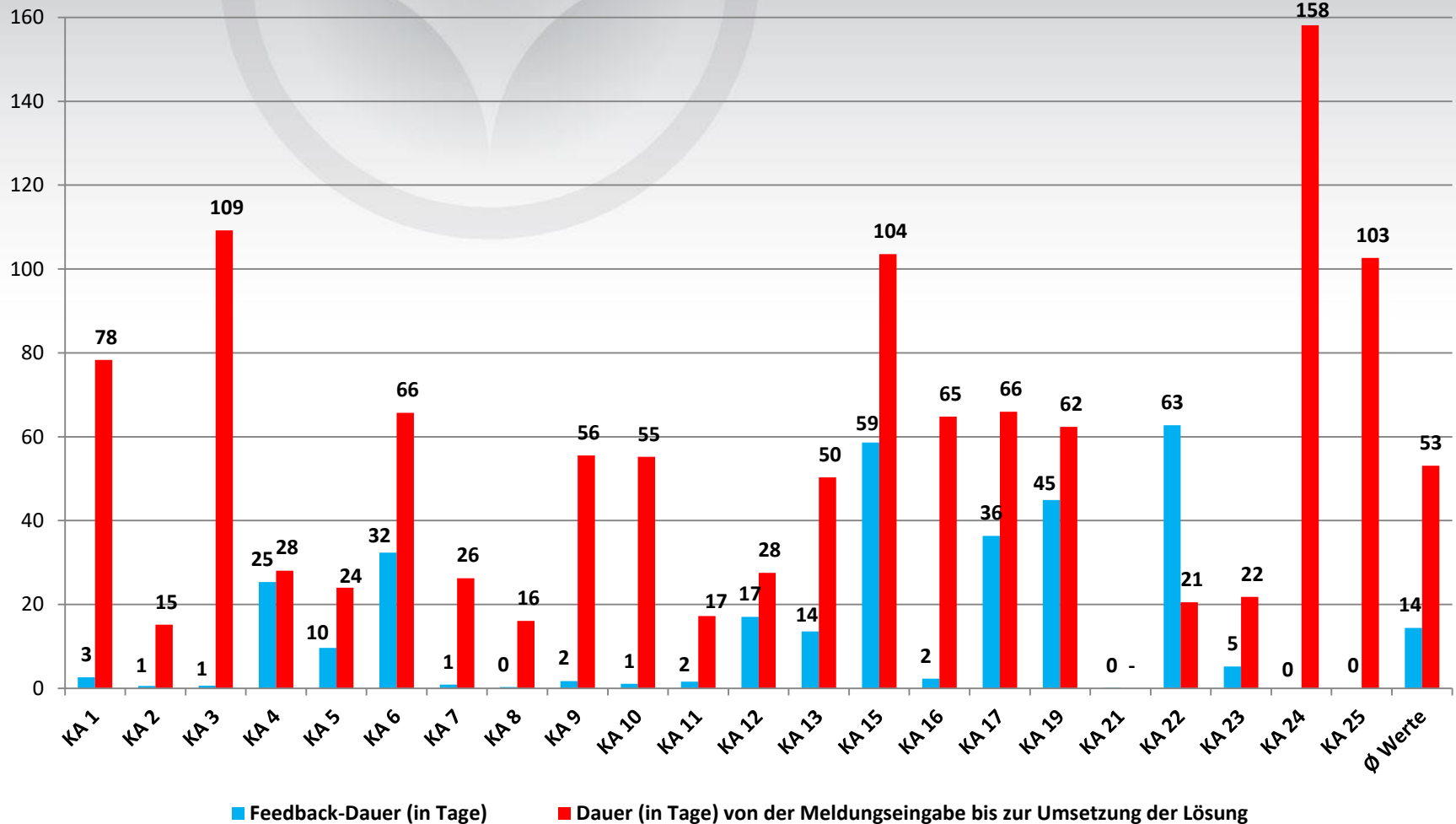
- Information
- Strukturveränderung
- Prozessveränderung

# Art der Lösung/Veränderung je Krankenanstalt – 2021

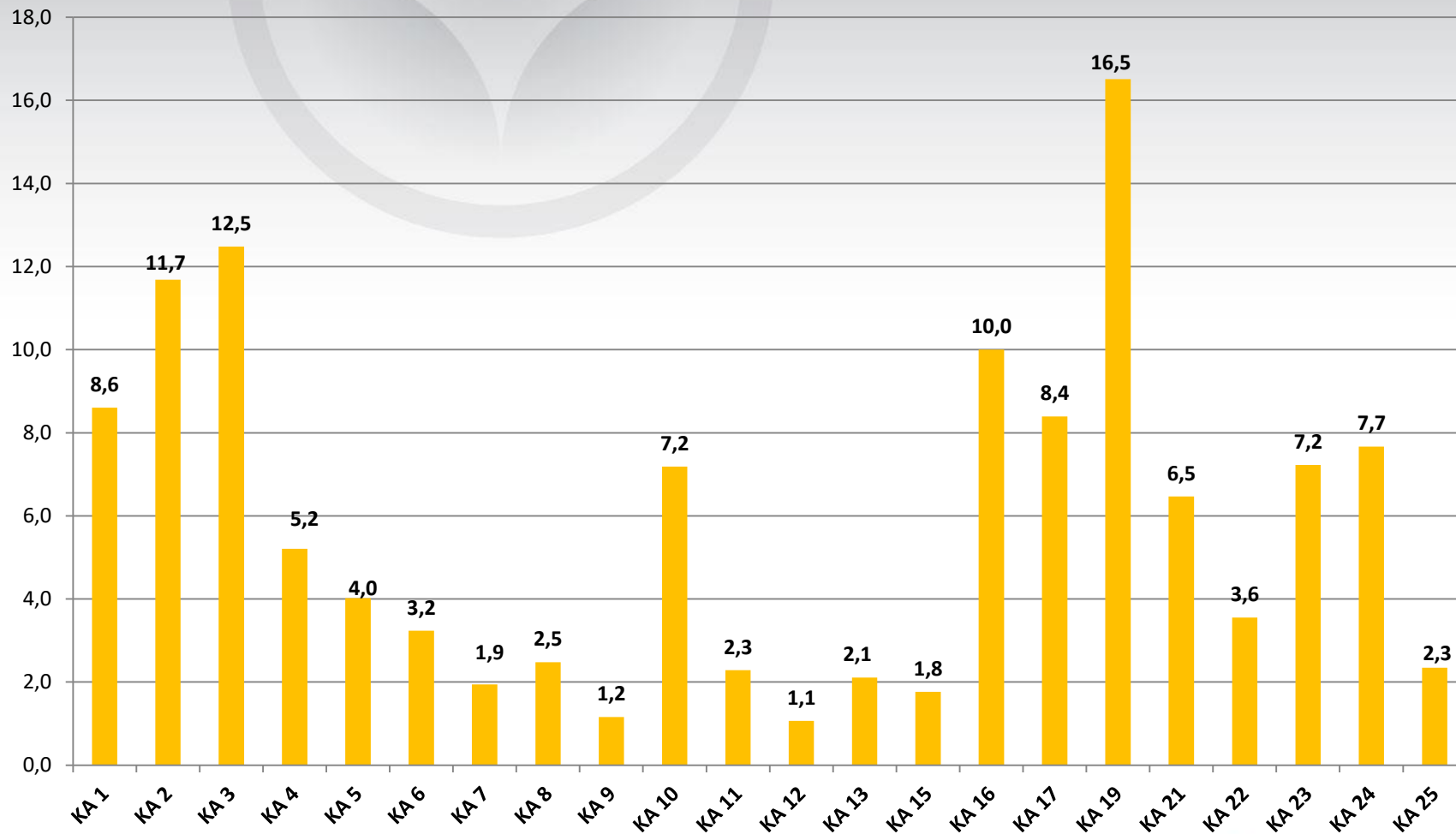


■ Prozessveränderung   ■ Strukturveränderung   ■ Information

# Feedback-Dauer und Dauer bis zur Lösung - 2021

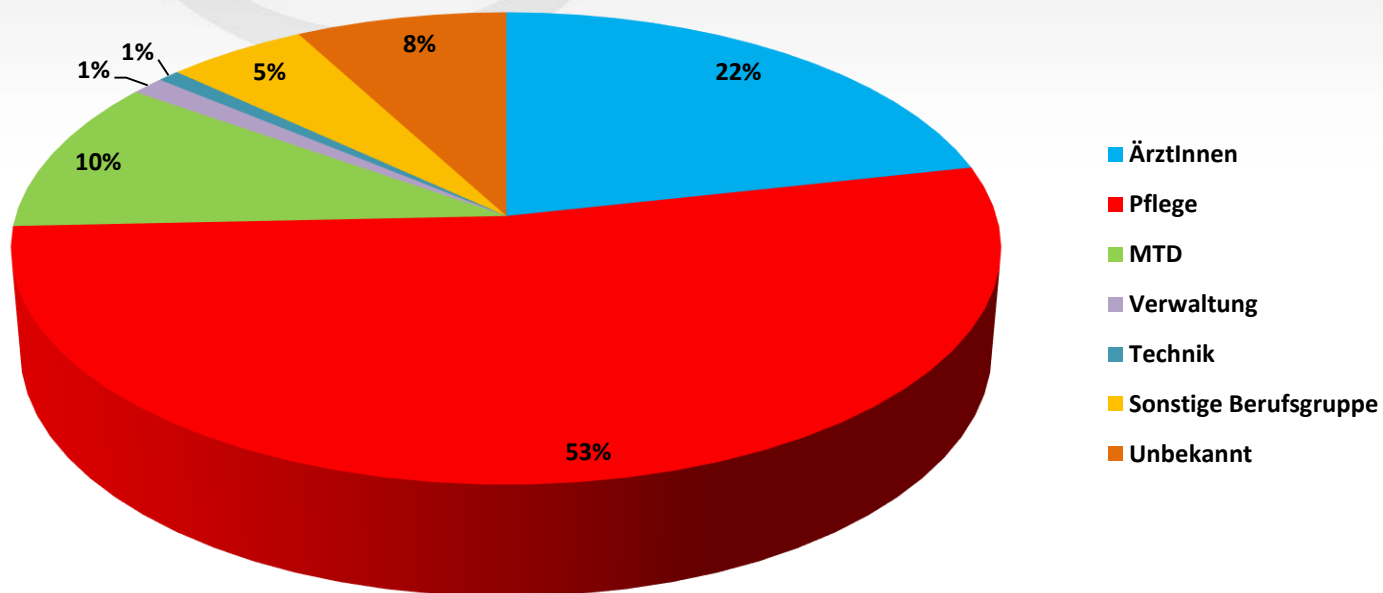


# Anteil der Meldungen in Relation zur Hausgröße (MA-Zahl) - 2021

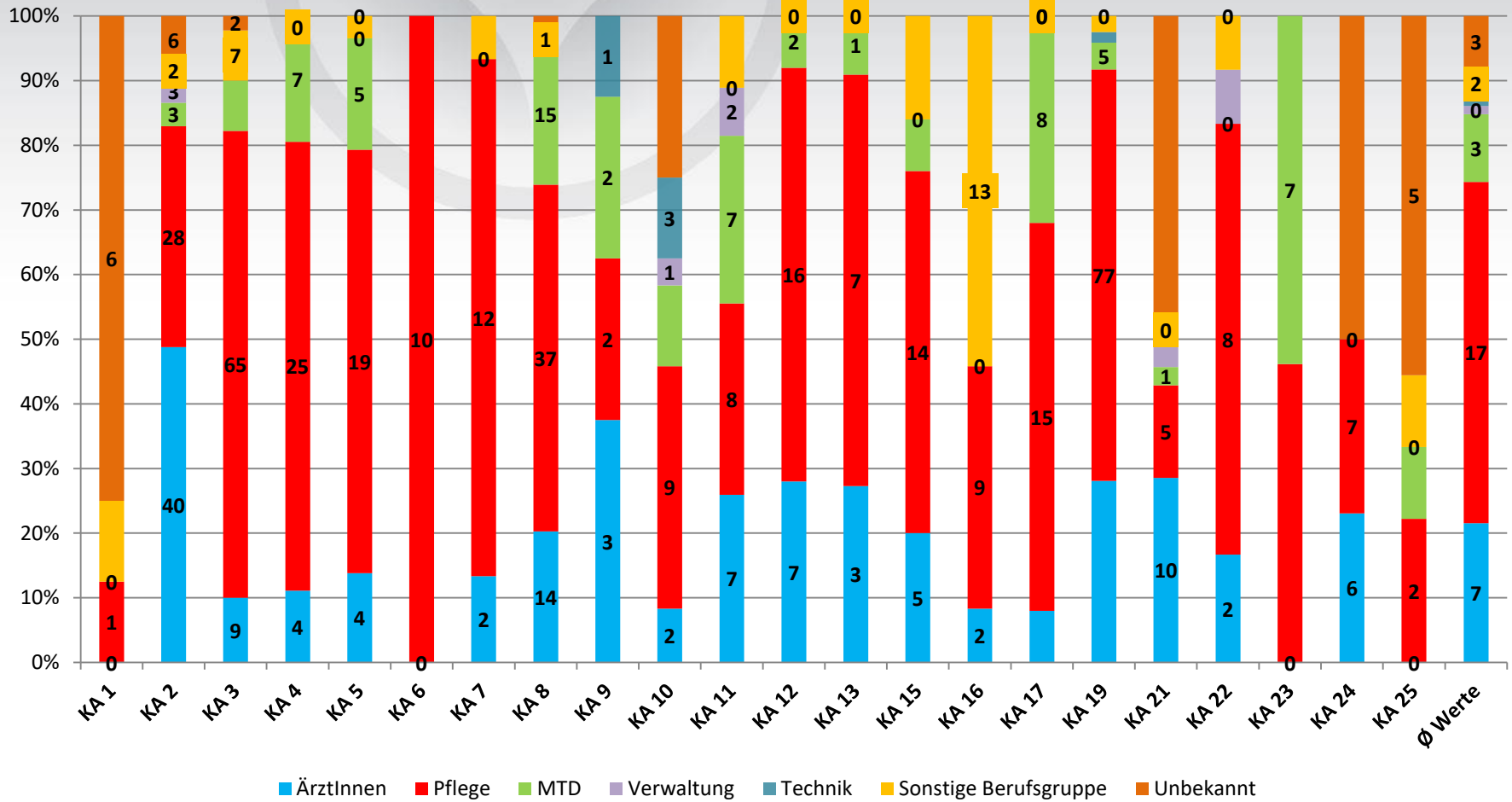




# Verteilung der Meldungen auf die Berufsgruppen - 2021



# Verteilung der Meldungen auf die Berufsgruppen je Krankenanstalt - 2021





# Gemeinsame Erkenntnisse



**Vielen Dank für Ihr  
Engagement!**