

Herzlich Willkommen!

IPS-Indikatoren-Netzwerktreffen

Mittwoch, 17. Mai 2023
Steiermarkhof

Am Vormittag:

- ⊕ Allgemeines und geplante Aktivitäten im Zuge der IPS
- ⊕ Warm Welcome
- ⊕ Updates und Austausch

Am Nachmittag:

- ⊕ Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse der IPS-Indikatoren

Zeitlicher Ablauf

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

✦ IPS-Methodenschulung

Thema: „Welches Potential kann CIRS neu realisieren?“

Datum: Donnerstag, 15. Juni 2023

Uhrzeit: 09:00 – 16:00 Uhr

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

→ Anmeldung bereits offen (Teilnehmerzahl: max. 25 Personen)

✦ IPS-Jahrestagung

Thema: **Patient*innensicherheit alles eine Frage der Kultur“ (vorläufiger Titel)**

Datum: Mittwoch, 18. Oktober 2023

Uhrzeit: 09:00 – 16:30 Uhr

Ort: Congress Graz (Albrechtgasse 1, 8010 Graz)

→ **Wir erwarten gespannt Ihre Beiträge!**

✦ Internationaler Tag der Patientensicherheit

- ✦ 2019 von der WHO etabliert
- ✦ jährlich am 17. September
- ✦ **Sicherheit. Für Patient:innen.
Mit Patient:innen**
- ✦ **Make it orange!**

Gesundheitseinrichtungen und Sehenswürdigkeiten werden auch 2023 dazu aufgerufen, einen Abend lang orange zu erstrahlen.

Wir freuen uns über Ihre aktive Mitgestaltung!



- ◆ **WHO Globaler Aktionsplan Gesundheit 2021-2030** „Auf dem Weg zur Beseitigung vermeidbarer Schäden in der Gesundheitsversorgung“
<https://bit.ly/3ppkLKK>
- ◆ Plattform Patient:innensicherheit
- ◆ Ludwig Boltzmann Institut Digital Health and Patient Safety



5. Aktionsrahmen

Der Rahmen umfasst sieben strategische Ziele, die durch 35 spezifische Strategien erreicht werden können:

Der Aufbau hochzuverlässiger Gesundheitssysteme und -organisationen, die Patientinnen und Patienten täglich vor Schaden bewahren

Einbindung und Befähigung von Patientinnen und Patienten und Familien, um den Weg hin zu sicherer Gesundheitsversorgung zu unterstützen

Einen ständigen Informations- und Wissensfluss gewährleisten, um die Risikominimierung, die Verringerung des Ausmaßes vermeidbarer Schäden und die Verbesserung der Sicherheit der Versorgung voranzutreiben

Die Eliminierung aller vermeidbaren Patientenschäden muss überall zu einer Geisteshaltung und zu einem Grundsatz für die Planung und Durchführung der Gesundheitsversorgung werden

Die Gewährleistung der Sicherheit aller klinischen Prozesse

Gesundheitspersonal inspirieren, ausbilden, qualifizieren und schützen, damit es zur Gestaltung und Umsetzung sicherer Versorgungssysteme beitragen kann

Entwicklung und Aufrechterhaltung sektorübergreifender und multinationaler Synergien, Partnerschaften und Solidarität zur Verbesserung der Patientensicherheit und der Qualität der Versorgung

Aktionsrahmen | 13

- ④ Update aus den Häusern
- ④ Reflexion „Medikamentenverwechslungen“ **Themenbezogener Indikator:** „Medikamente im Dispenser“
- ④ IPS Methodenschulung 2024
- ④ IPS-Reviews und Auszeichnungen
- ④ Beiträge (!) für IPS-Jahrestagung

Medizinischer Notfall im Hallenbad

Fallbeschreibung <i>(Was ist passiert?)</i>	Medizinischer Notfall im Hallenbad <ul style="list-style-type: none">❖ medizinischer Notfall im Wasser❖ Alarmierung per Telefon und einer Notrufnummer❖ Bergung und das gleichzeitige Absetzen des Notrufes, ist schwer bis gar nicht möglich❖ Alarmierungssystem überdenken
Ursachenanalyse <i>(Warum ist es passiert?)</i>	Szenarium I: Notfall im Wasser in der Haupttherapiezeit (07:00 – 16:00) Szenarium II: Notfall im Zuge des Trainings externer ehemaliger Patienten, welches einmal wöchentlich stattfindet.
Erarbeitung von Lösungen und Umsetzung <i>(Was wurde zur Problembeseitigung unternommen?)</i>	<ul style="list-style-type: none">❖ Installation von wasserfesten Rufhilfeglocken mit Funksender für den Therapeuten oder die Therapeutin der/ die mit dem Patienten/ der Patientin im Rahmen der Einzeltherapie ins Wasser geht und für die Aufsichtsperson im Hallenbad im Rahmen des „freien Schwimmens“.❖ Verzeichnis mit ehemaligen Patient*innen, die am wöchentlichen Training außerhalb der Therapiezeiten teilnehmen❖ Anwesenheit beim Portier bestätigen
Evaluierung <i>(Wie werden bzw. wurden die gesetzten Maßnahmen überprüft?)</i>	<ul style="list-style-type: none">❖ Regelmäßige Kontrolle der Notfall-Rufhilfe im Hallenbad

Medikamentenverwechslung/ Medikamentendosierungsfehler

<p>Fallbeschreibung <i>(Was ist passiert?)</i></p>	<p>❖ Fall 1: Patient erhält statt langsam wirkenden, schnell wirkendes Insulin s.c. durch Pflegeperson</p> <p>❖ Fall 2: Mündliche telefonische ärztliche Anordnung im Nachtdienst: „halbe Ampulle Benzodiazepin intranasal 2,5 mg“ Statt einer halben 5ml Ampulle wurde versehentlich eine halbe 10ml Ampulle Benzodiazepin (1/2 Amp. = 5ml = 25mg) durch DGKP verabreicht.</p> <p>Konsequenzen / Beeinträchtigte Qualitätsindikatoren:</p> <ul style="list-style-type: none">• evidenz-/wissensbasierte Versorgung• Patient*innensicherheit• Wirksamkeit der Versorgung• Angemessene Versorgung <p>Risikoeinschätzung (Medikamentenverwechslung/Dosierungsfehler): moderates bis hohes Risiko</p>
<p>Ursachenanalyse <i>(Warum ist es passiert?)</i></p>	<p>❖ Aufarbeitung in interdisziplinären Arbeitsgruppen ergab:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Fehler bei der Kommunikation und Bestätigung von mündlichen Anordnungen○ Mangelhafte Anwendung der 6 R Regel <p>Beitragende Faktoren:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Ablauforganisation: Stationsorganisation, unangekündigte Akutzugänge auf interner Station○ Ressourcen: zu wenig Personal, hohe Arbeitsbelastung durch zeitgleichen Versorgungsbedarf mehrerer Patient*innen

Medikamentenverwechslung/ Medikamentendosierungsfehler

<p>Erarbeitung von Lösungen und Umsetzung <i>(Was wurde zur Problembeseitigung unternommen?)</i></p>	<ul style="list-style-type: none">❖ Konkrete Sensibilisierung auf das Thema Medikamentensicherheit: Thema in Morgenbesprechungen, Teambesprechungen, STL-Jour Fixe (erneute Kenntnissnahme der Dienstanweisung Patient*innenidentifikation):❖ Kommunikation & Bestätigung von mündlichen Anordnungen klare Kommunikation der Dosis eines Medikamentes von ärztlicher Seite in den korrekten Dosis-Einheiten (mg)<ul style="list-style-type: none">- Erinnerung aller Berufsgruppen an Achtsamkeit bzgl. verschiedener Konzentrationen oder Volumina von gleichnamigen Präparaten (bei Verordnung und Applikation) <p><u>Begleitend wurden folgende systemische Maßnahmen initiiert:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Kampagne zu „STOP-Injekt: CHECK!* und „Closed-loop“ Kommunikation
<p>Evaluierung <i>(Wie werden bzw. wurden die gesetzten Maßnahmen überprüft?)</i></p>	<ul style="list-style-type: none">❖ Halbjährliche strukturierte Evaluierungsgespräche mit den STL und Stationsärzt*innen❖ Jährliche Befragung im Rahmen der Stationsleiter- sowie Ärzteteambesprechungen❖ Laufende Auswertung der Fälle aus dem Chancen- und Risikomanagement❖ Sicherheitsaudits zur Überprüfung der Umsetzung & Kenntnis der Mitarbeiter*innen zu Medikationssicherheit und „Stop-Injekt Check“

Patient*in vermisst

Fallbeschreibung <i>(Was ist passiert?)</i>	Ein/Eine Patient*in die stationär aufgenommen wurde und vollkommen mobil war, wurde in die Ambulanz gebracht; nach erfolgtem Konsilium wurde der/die Patient*in selbständig auf die Station geschickt und ist dort nicht mehr angekommen. Der/Die Patient*in ist sich vergangen und hat in der Physiotherapie auf der Liege geschlafen.
Ursachenanalyse <i>(Warum ist es passiert?)</i>	Keine Patient*innenübergabe von Pflegepersonal/zentraler Patient*innentransport an die Station.
Erarbeitung von Lösungen und Umsetzung <i>(Was wurde zur Problembeseitigung unternommen?)</i>	Implementierung eines zusätzlichen zentralen Transportdienstes, der werktags für die Ambulanz zuständig ist bzw. außerhalb der Regelbetriebszeit wird die Patient*innenübergabe durch das Pflegepersonal übernommen.
Evaluierung <i>(Wie werden bzw. wurden die gesetzten Maßnahmen überprüft?)</i>	Durch die Implementierung der „Hand-zu-Hand-Übergabe“ kam es seither zu keinerlei Stürzen oder Gefährdungen der Patient*innensicherheit während eines Patient*innentransportes. Die Patient*innensicherheit wird durch diese Maßnahme erheblich erhöht.

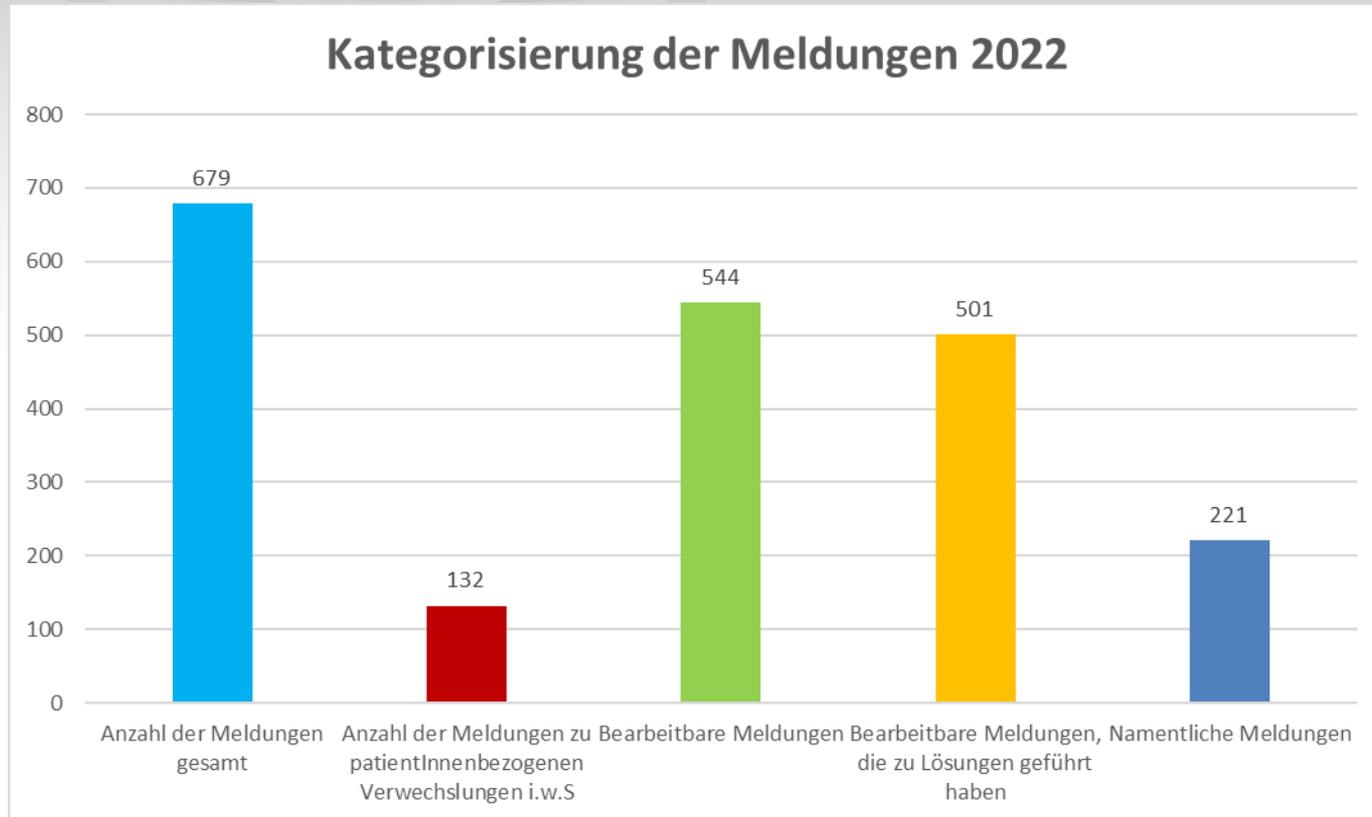


IPS-Indikatoren



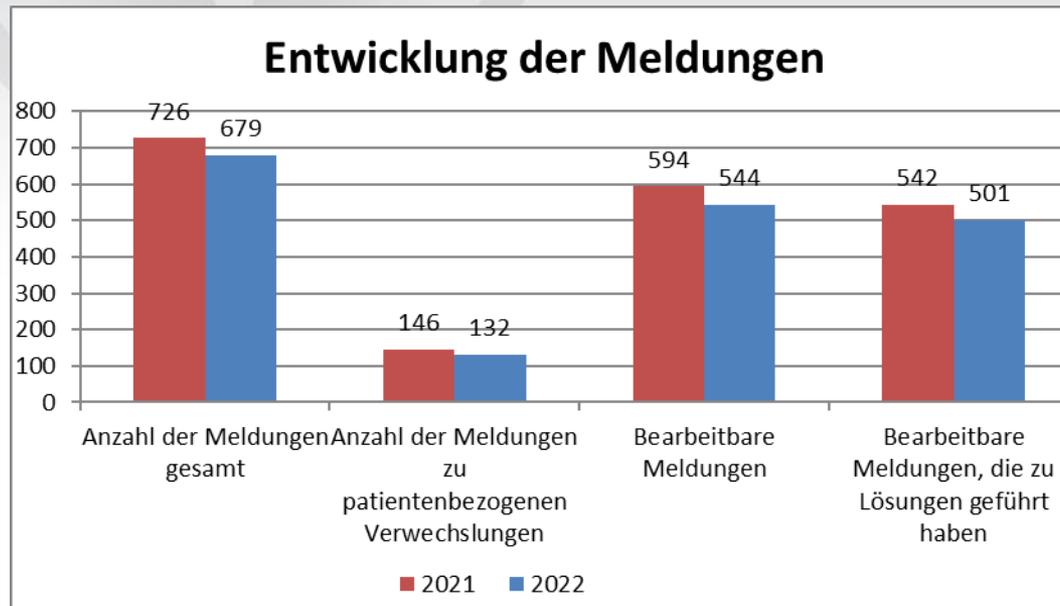
Darstellung der Ergebnisse

Übersicht eingegangener Meldungen 2022

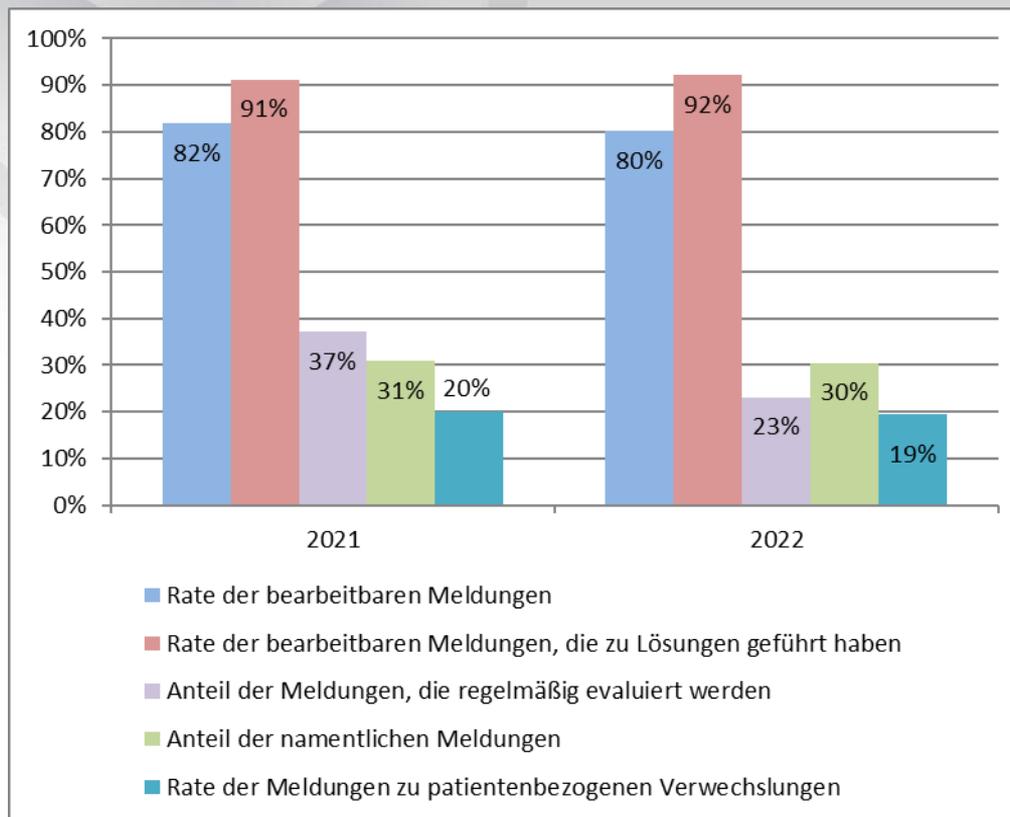


Entwicklung der Meldungen

2021 - 2022

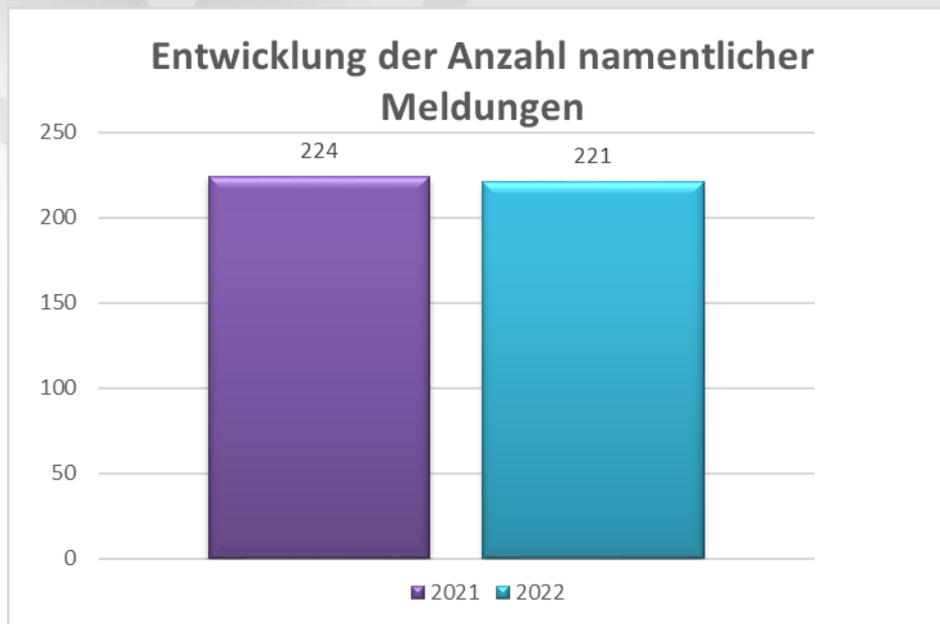


Anteil in % der bearbeitbaren Meldungen & bearbeitbaren Meldungen, die zu Lösungen geführt haben



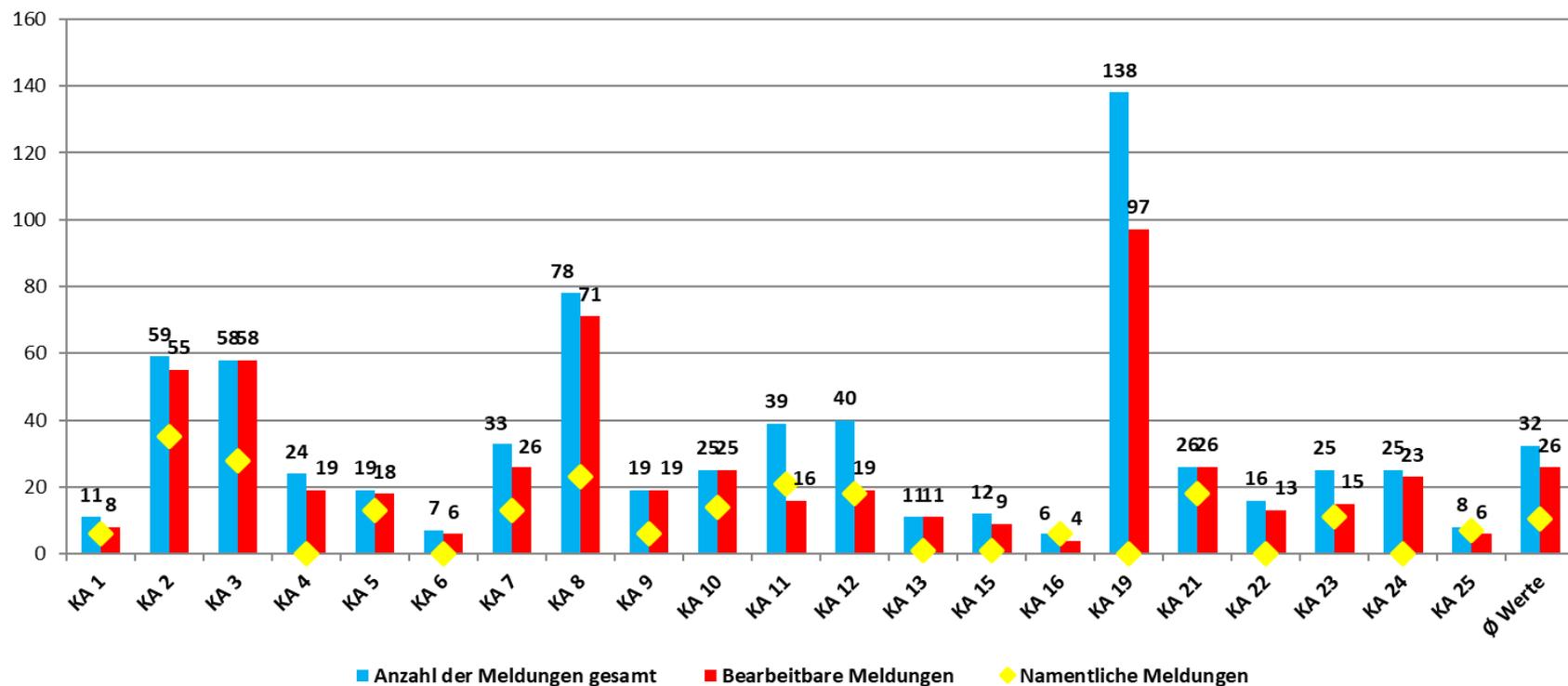
Entwicklung der Anzahl namentlicher Meldungen

2021 - 2022



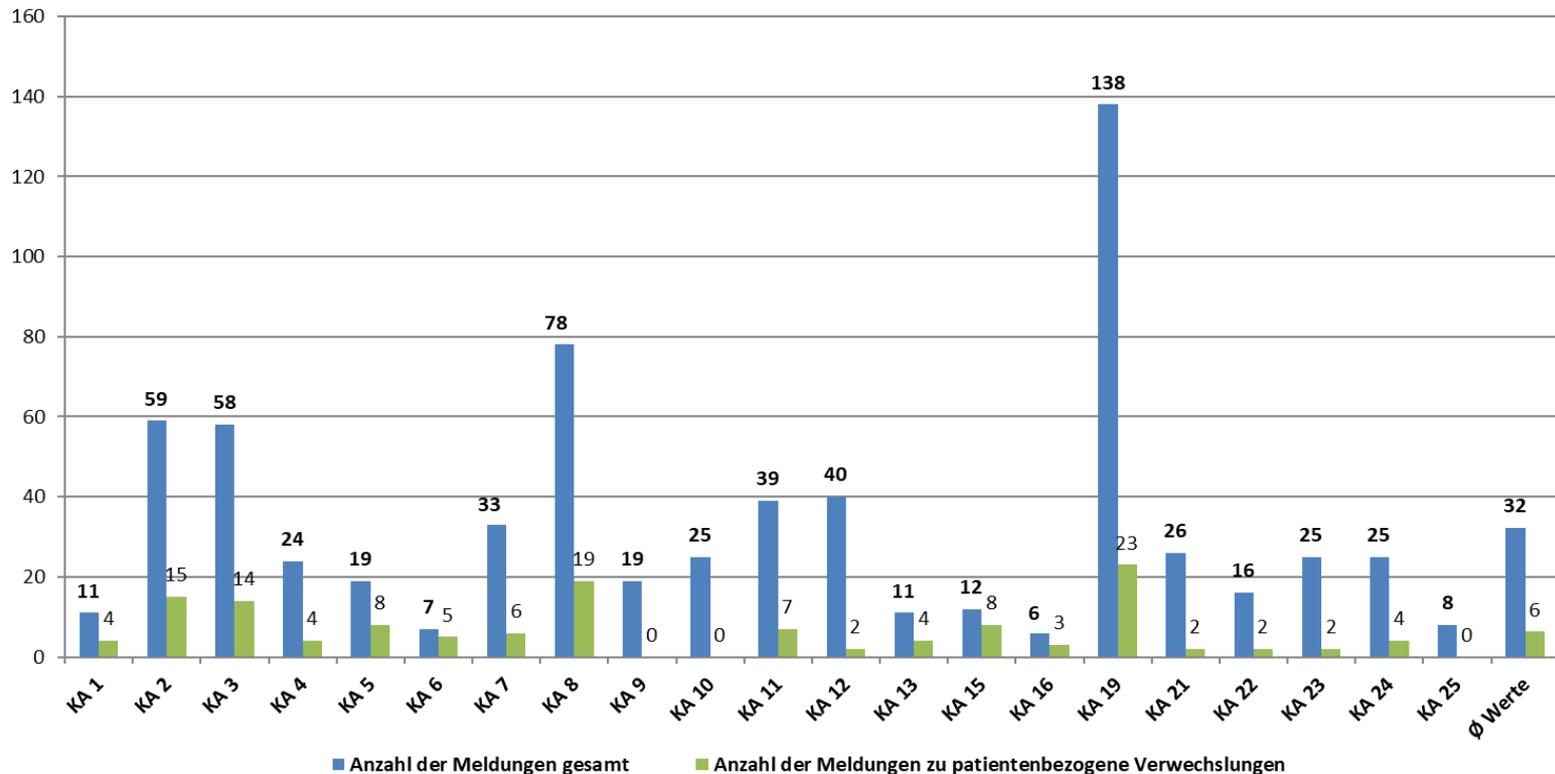
Übersicht über die Meldungen je Krankenanstalt - 2022

Verteilung der Meldungen über die einzelnen Krankenanstalten 2022



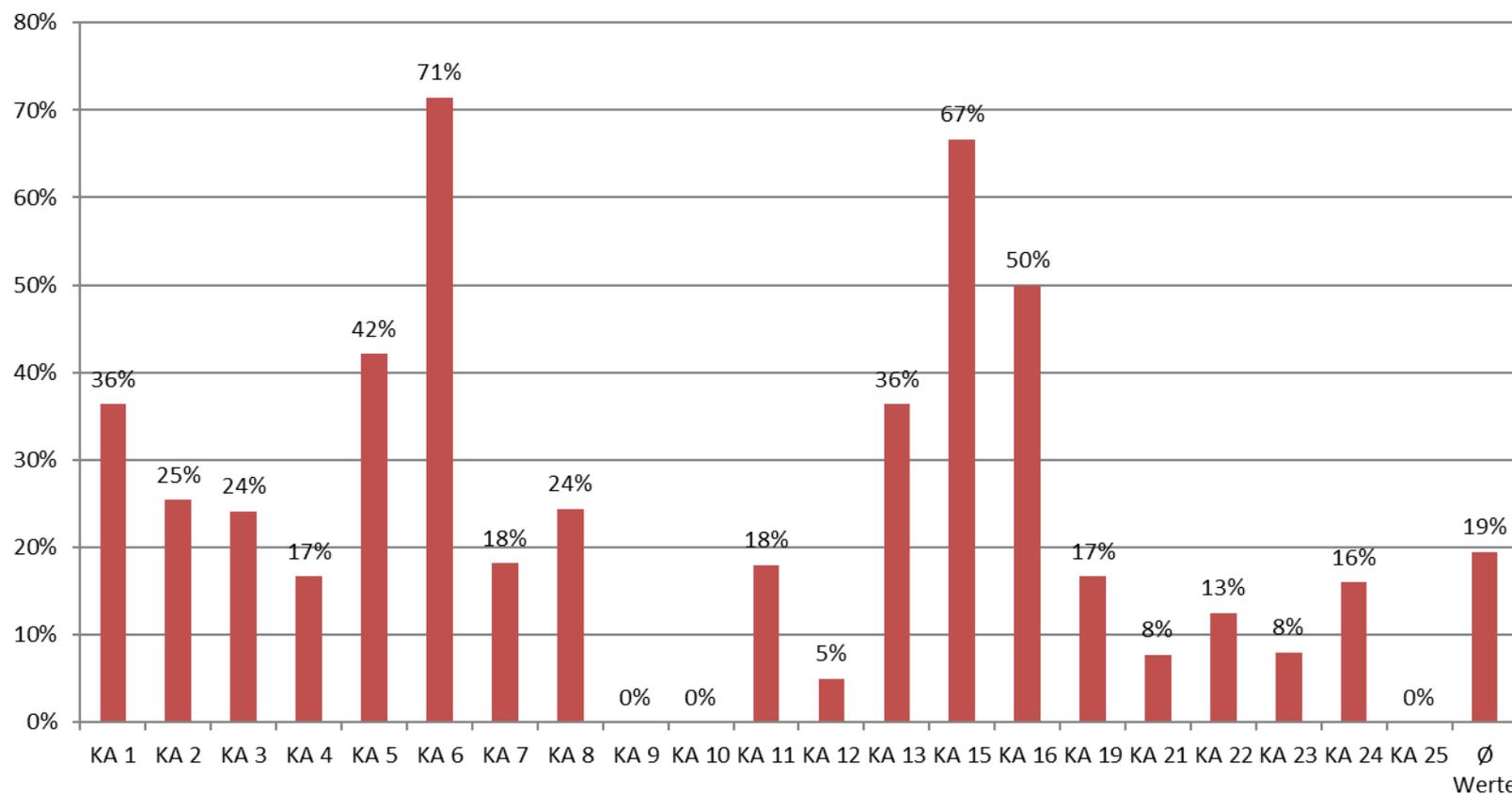
Übersicht über die Meldungen zu patient*innenbezogenen Verwechslungen je Krankenhaus - 2022

Verteilung der Meldungen zu patient*innenbezogenen Verwechslungen über die einzelnen Krankenhäuser 2022

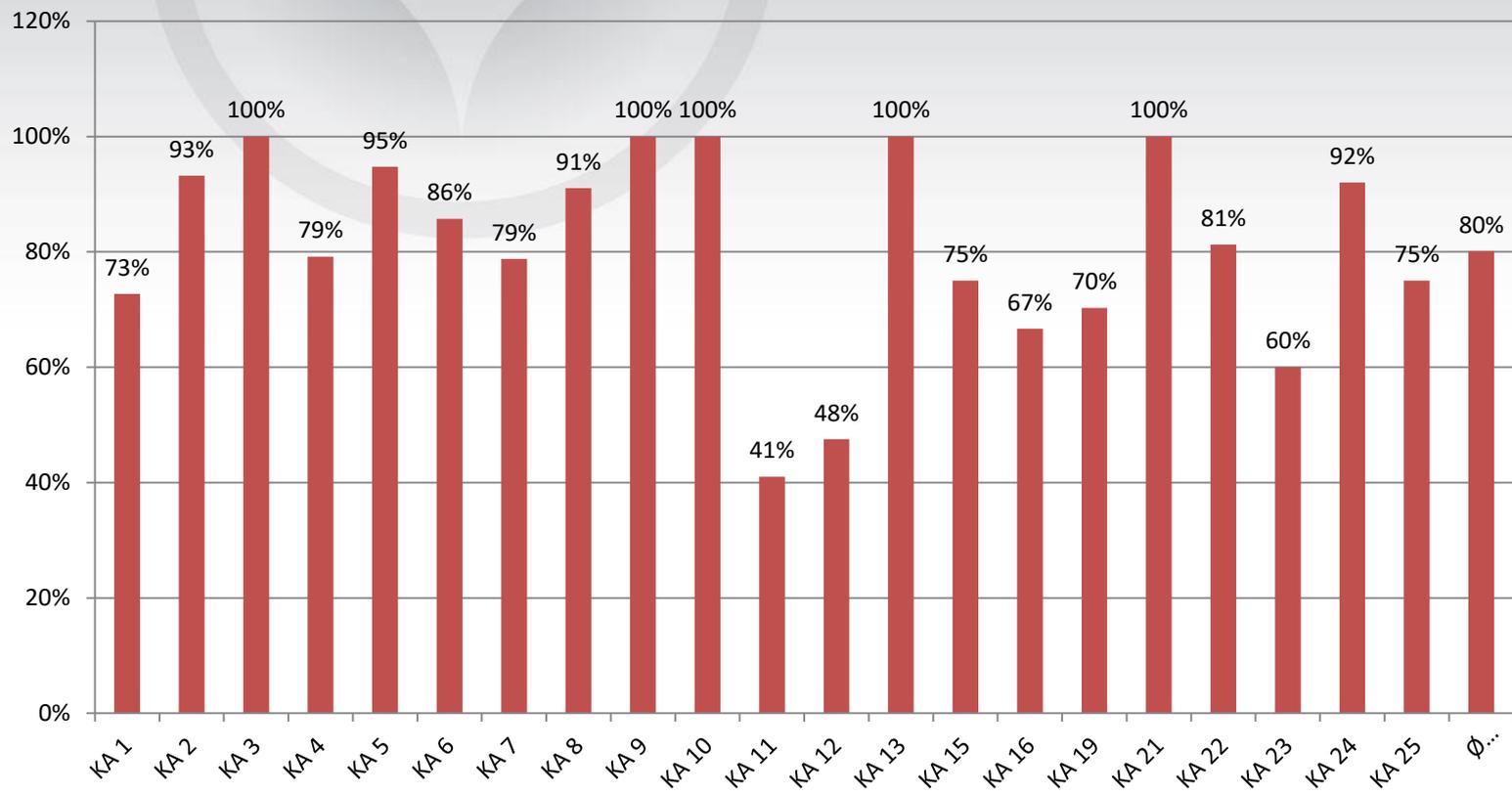


Anteil der Meldungen zu patient*innenbezogenen Verwechslungen - 2022

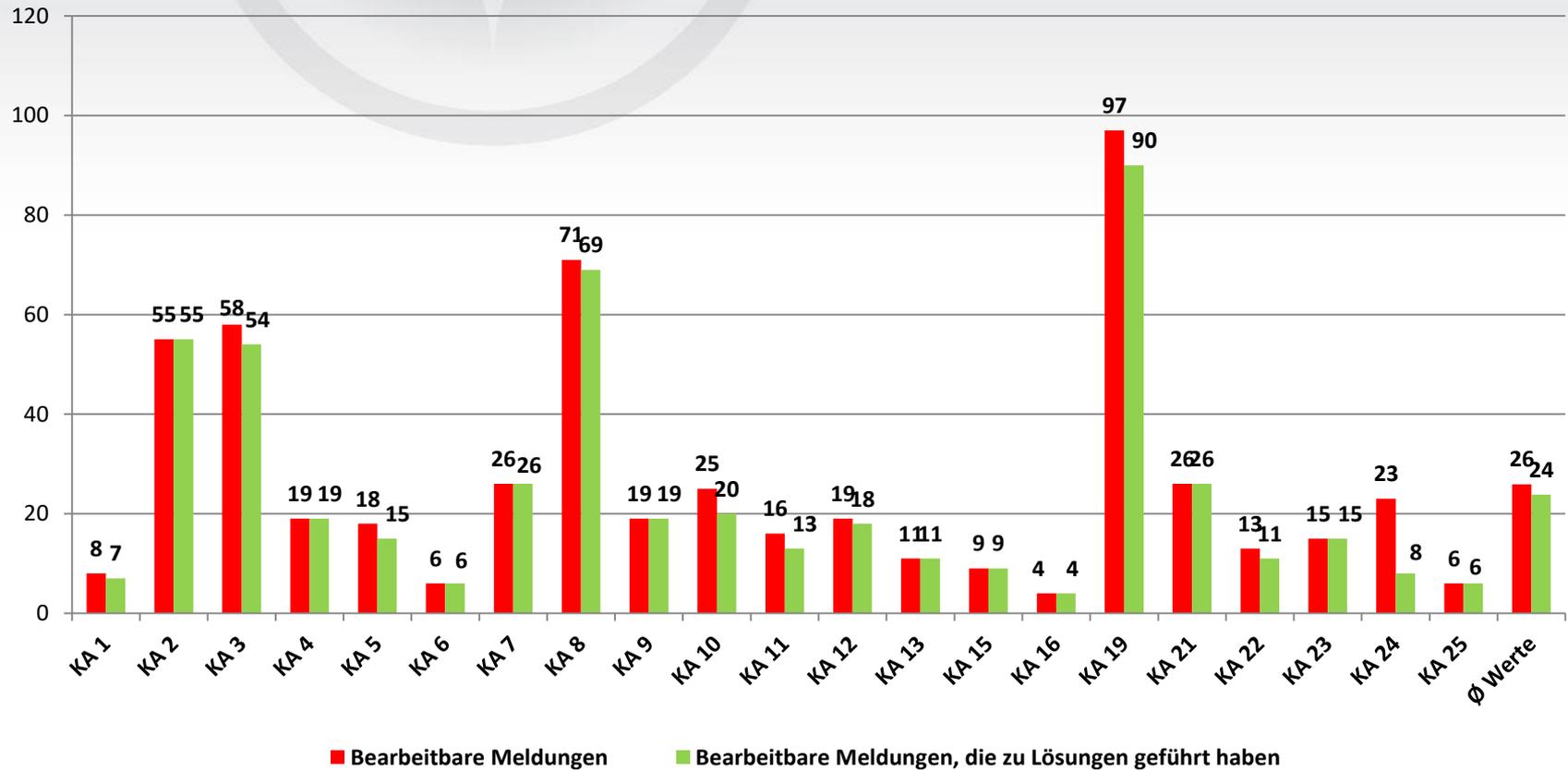
Rate der Meldungen zu patient*innenbezogenen Verwechslungen 2022



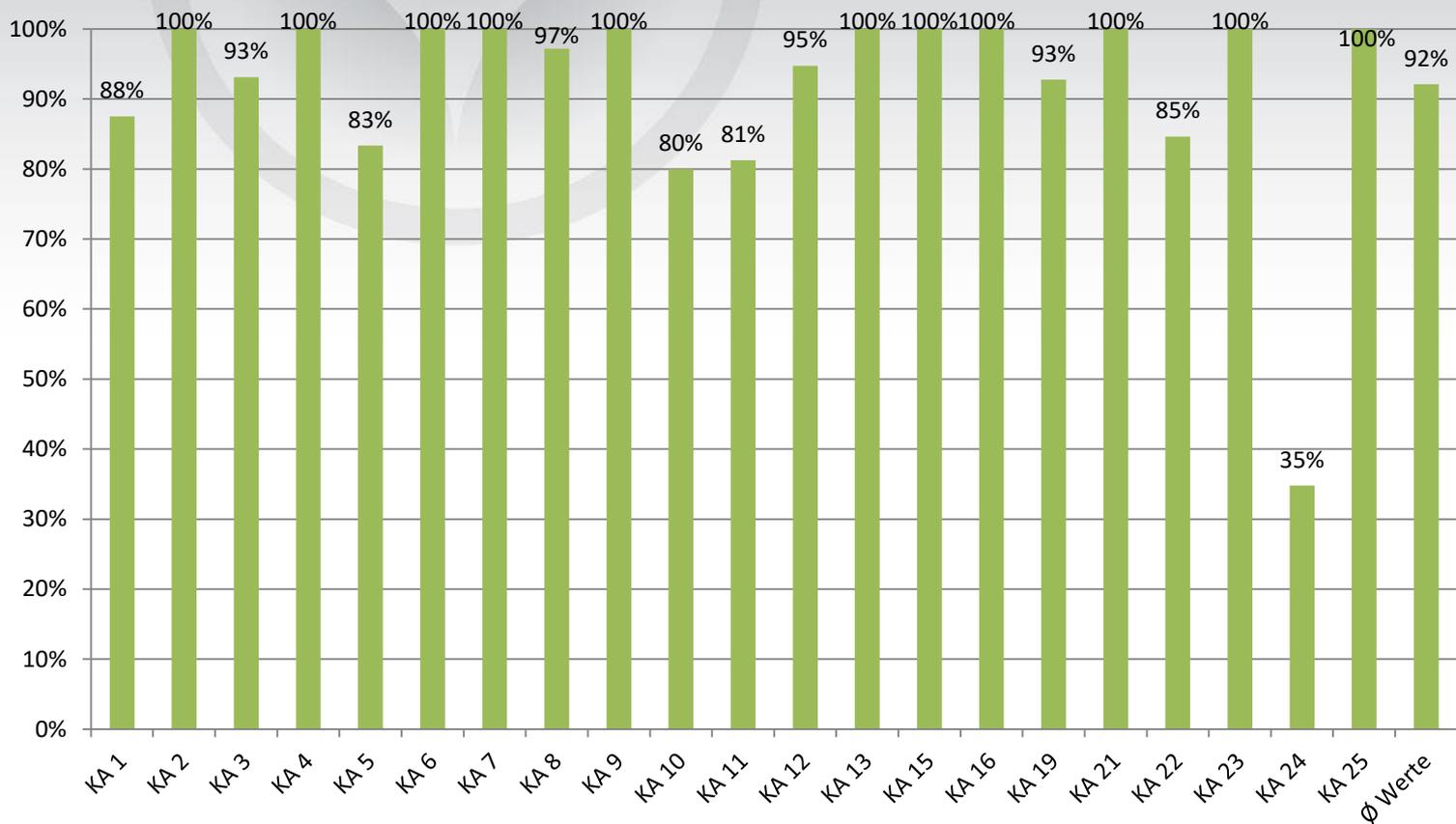
Anteil der bearbeitbaren Meldungen - 2022



Bearbeitbare Meldungen, die zu Lösungen geführt haben - 2022

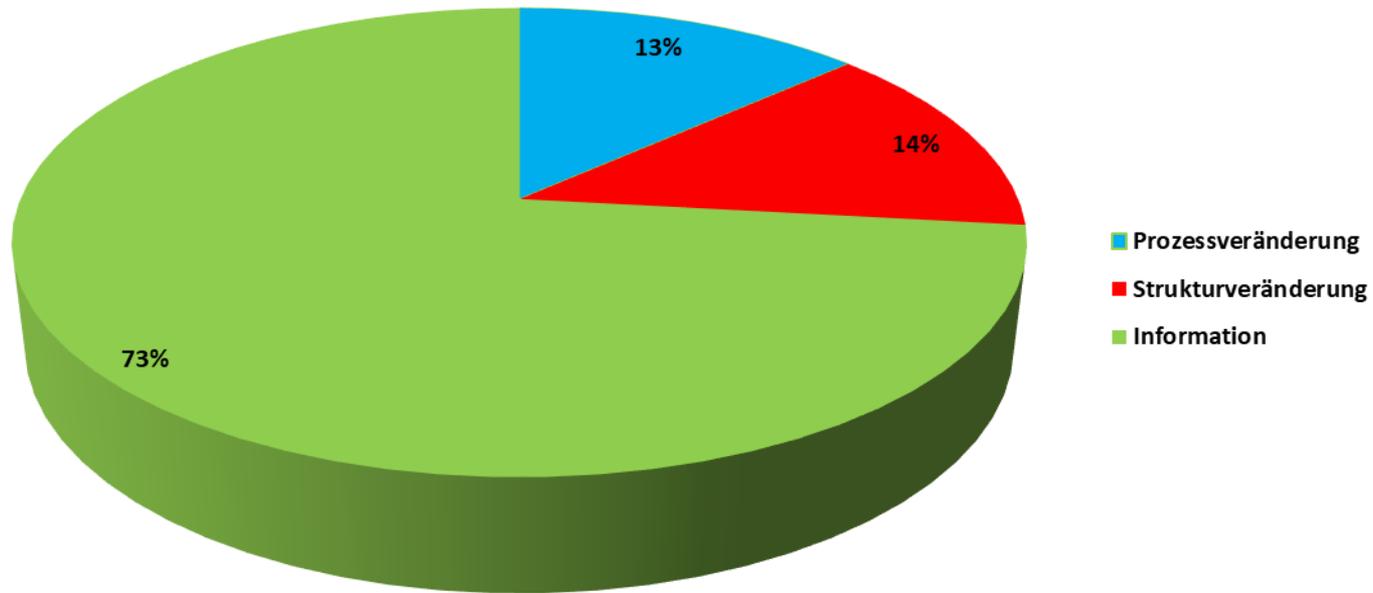


Anteil in % der bearbeitbaren Meldungen, die zu Lösungen geführt haben - 2022

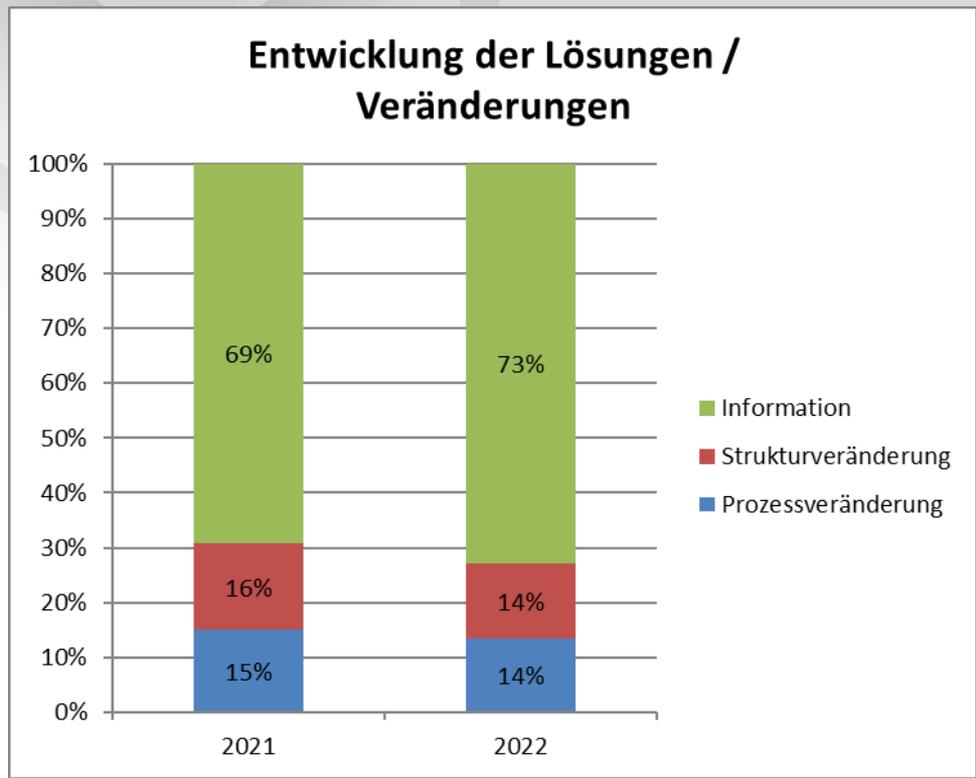


Verteilung in % je nach Lösungskategorien 2022

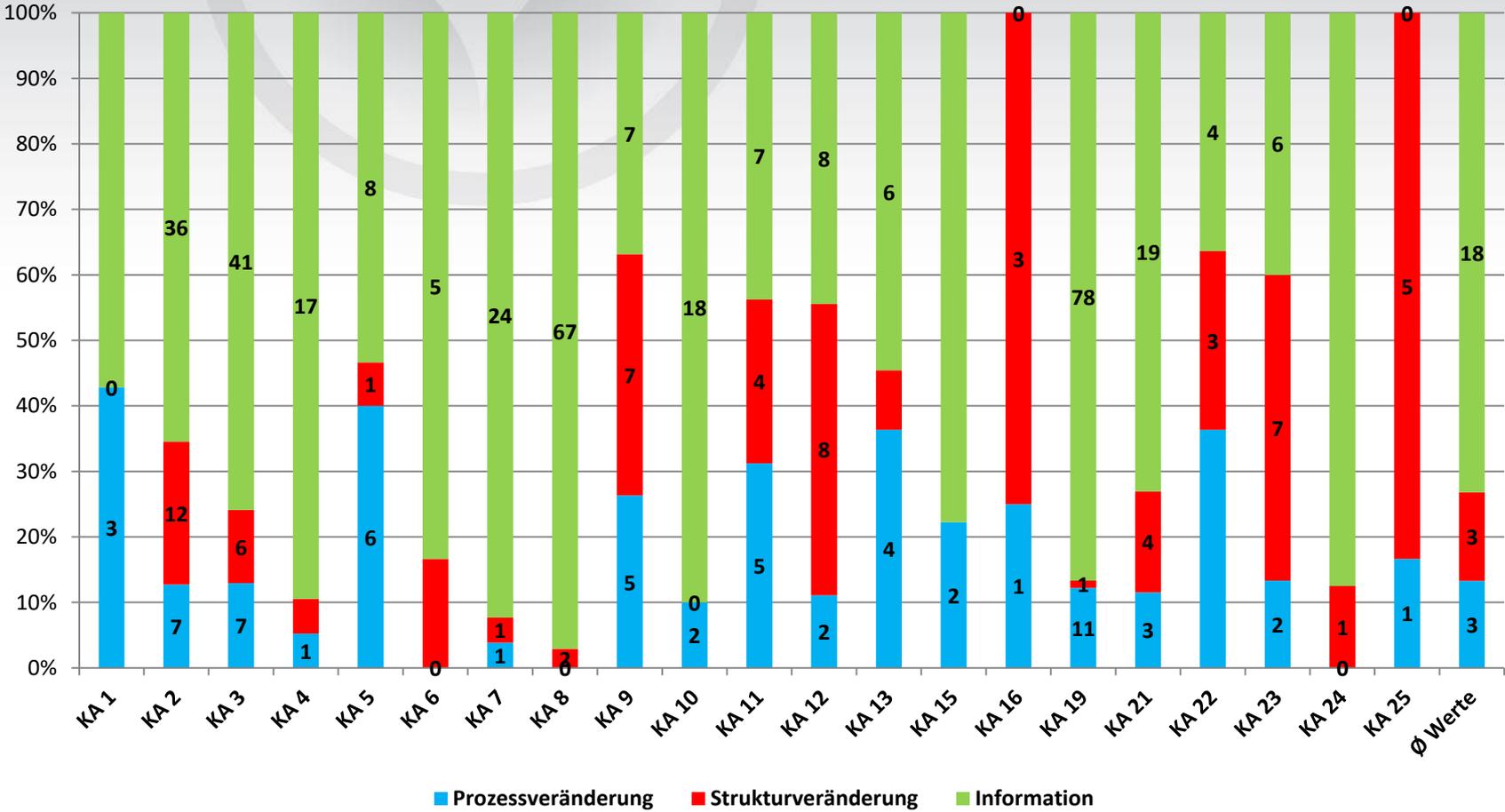
Jeweilige Anzahl der Lösungen nach den drei Kategorien 2022



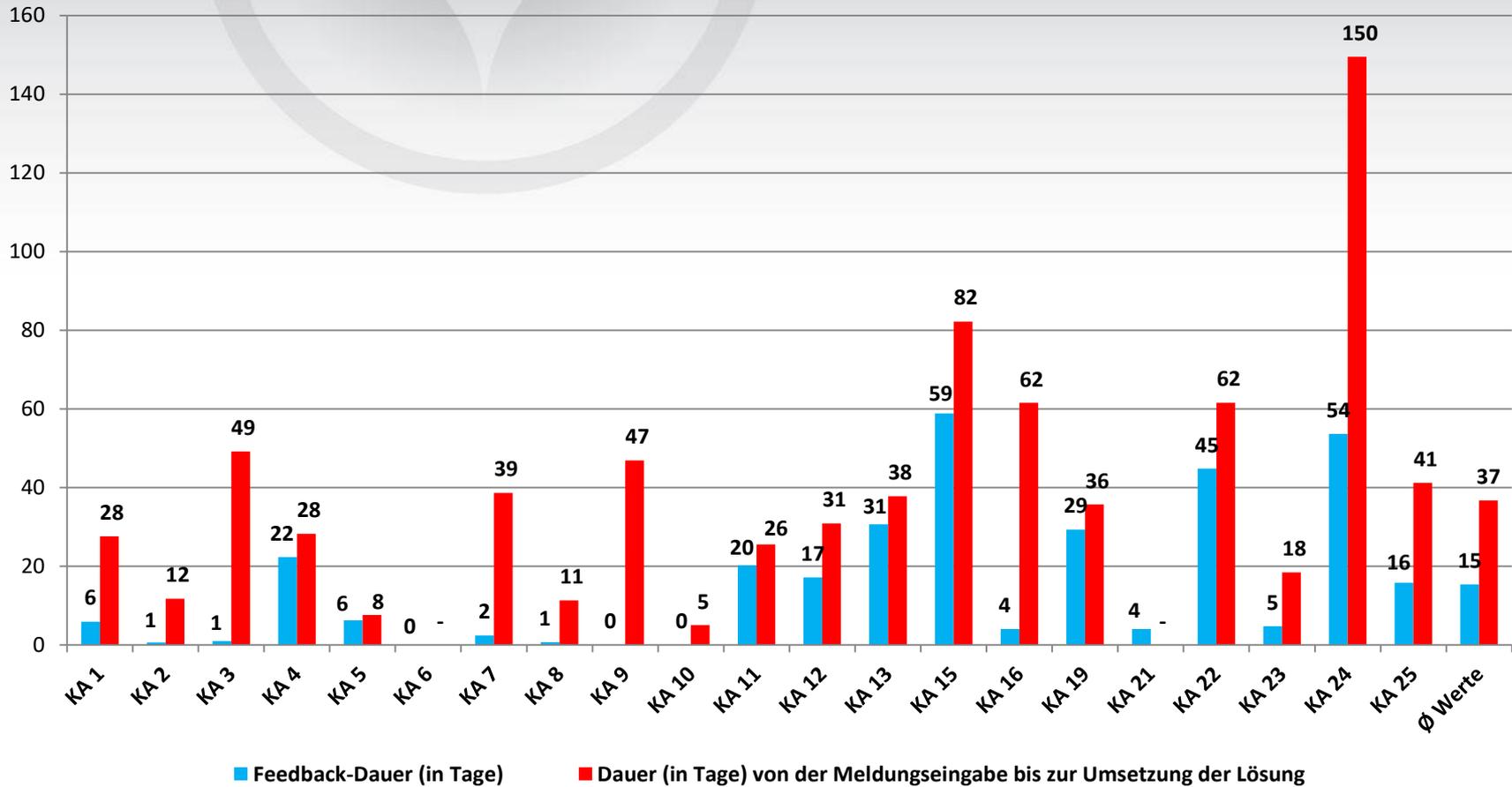
Entwicklung der Lösungen / Veränderungen 2021 - 2022



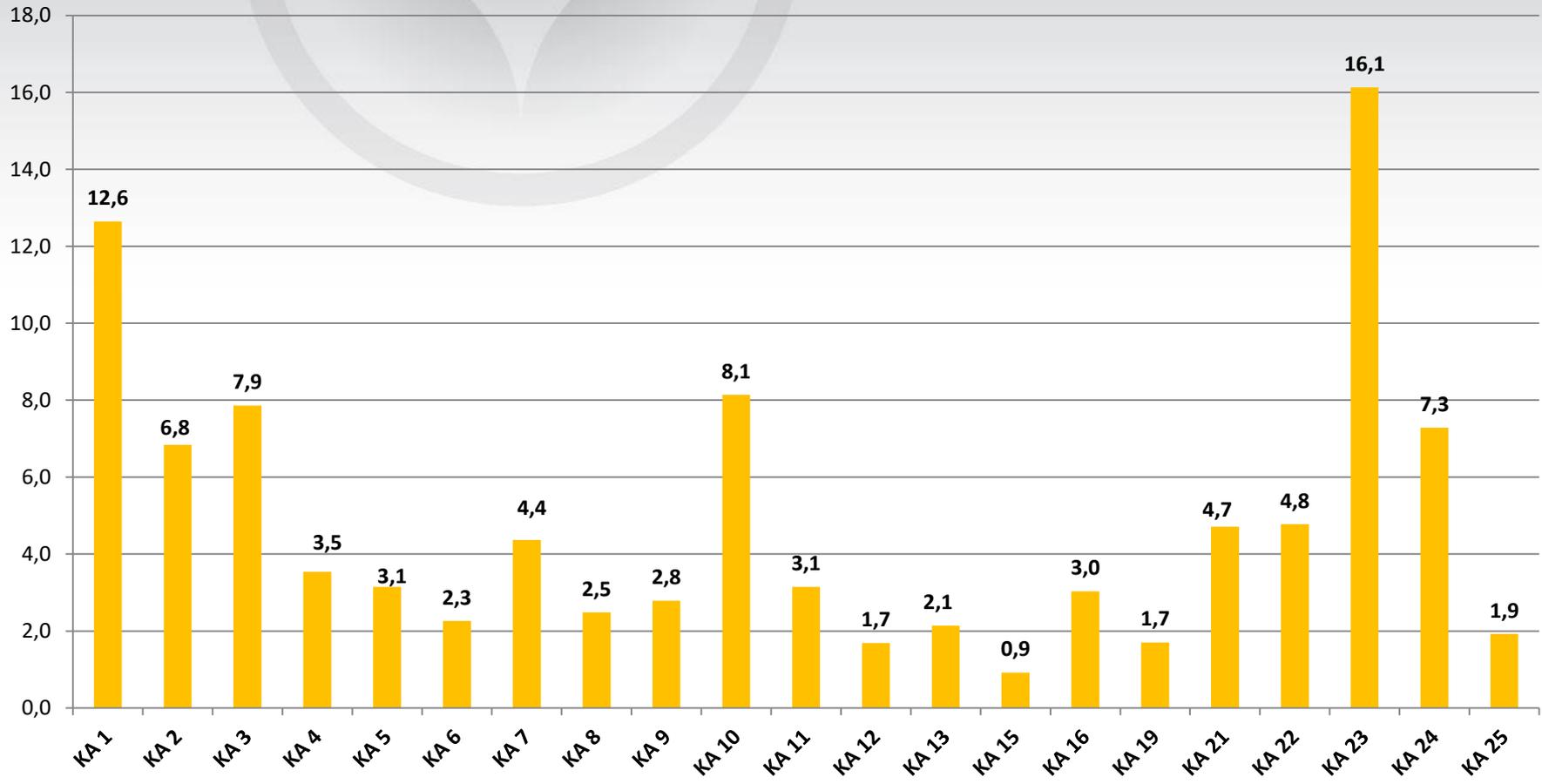
Art der Lösung/Veränderung je Krankenanstalt – 2022



Feedback-Dauer und Dauer bis zur Lösung - 2022

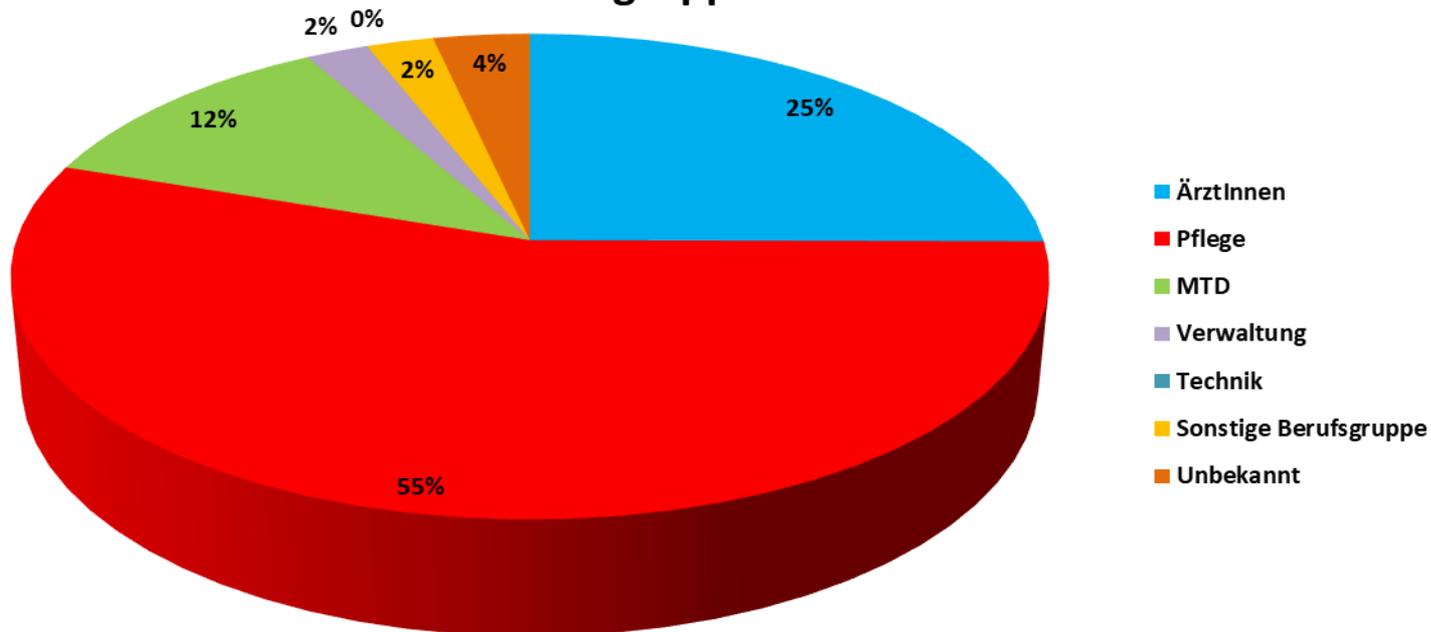


Anteil der Meldungen in Relation zur Hausgröße (MA-Zahl) - 2022

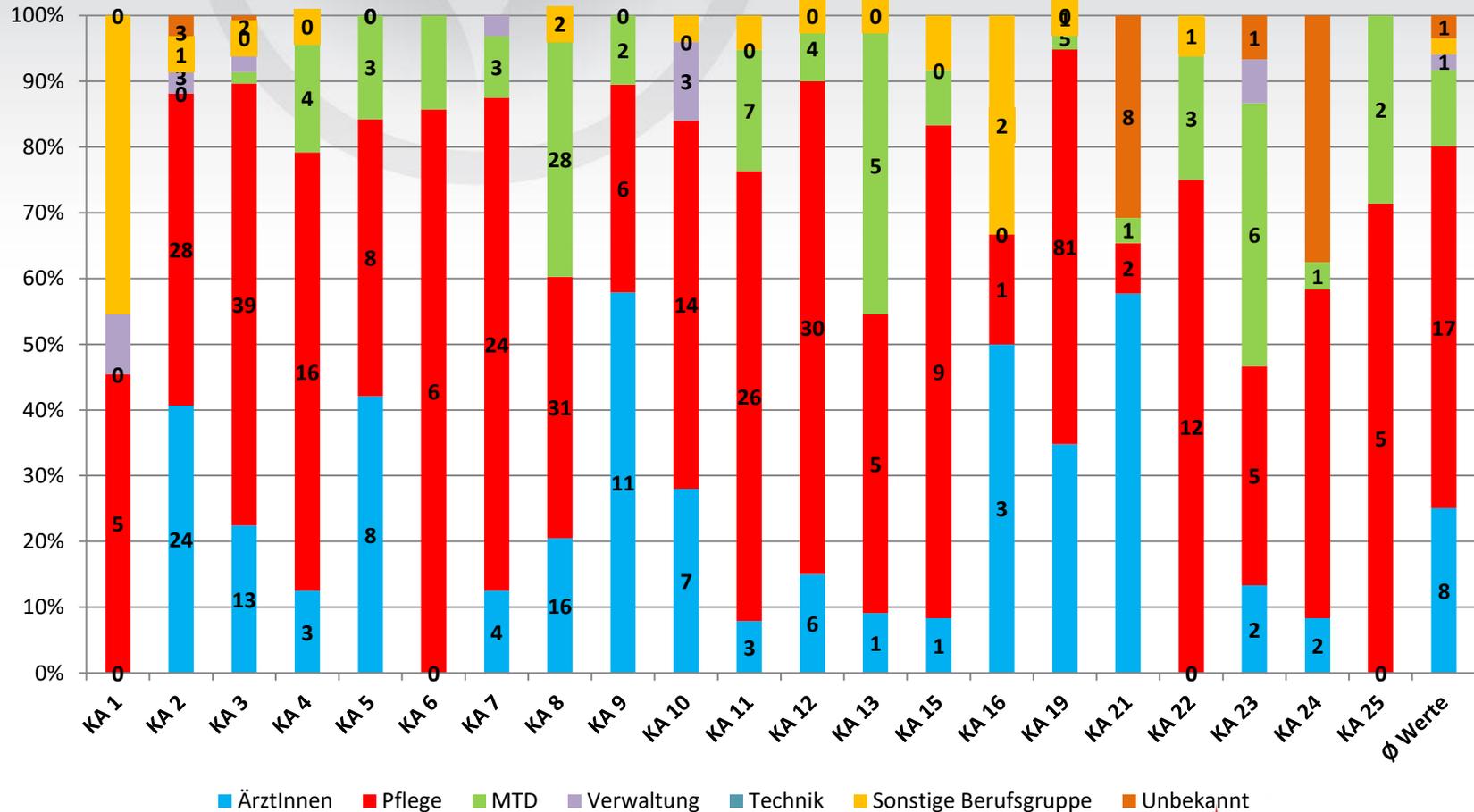


Verteilung der Meldungen auf die Berufsgruppen - 2022

Verteilung der Meldungen auf die verschiedenen Berufsgruppen 2022



Verteilung der Meldungen auf die Berufsgruppen je Krankenanstalt - 2022





Gemeinsame Erkenntnisse



**Vielen Dank für Ihr
Engagement!**