

Stiftung für Patientensicherheit

Wo die Stiftung steht

Was die Stiftung leistet

Dr. med. Marc-Anton Hochreutener
Geschäftsführer

Problem der mangelnden Sichtbarkeit und Sensibilisierung

- **Überlingen und Tschernobyl... sind sichtbare Verluste!**
- **Das Schicksal eines einzelnen Patienten ist nicht sichtbar!**
- **Sensibilisierung tut not, damit in Patientensicherheit investiert wird!**

Patientensicherheit – die Dimension

Patientensicherheit ist ein Systemproblem!

Studien zeigen: mind. 0.1% Tote wegen Fehlern in westlichen Spitälern

Patientensicherheit (=Gewährleistung von Nicht-Schädigung) ist der elementarste Teil der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen!

3

Die Stiftung für Patientensicherheit: Stiftungszweck

- Praktische Förderung der Patientensicherheit
 - Sicherheitskultur und konstruktives Lernen aus Fehlern
 - durch konkrete Projekte, Wissensverbreitung, Vernetzung
- In Kooperation mit Leistungserbringern und den Partnern im Gesundheitswesen
- Keine obrigkeitliche Organisation!
- Keine Patientenschutzorganisation

Die Stiftung für Patientensicherheit: Stiftungsträger

- Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW
- Die Schweizerische Eidgenossenschaft (Bund) BAG
- Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH
- Der Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger SBK
- Die Vereinigung der Pflegeexpertinnen und -experten Schweiz PES
- Die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO
- Der Schweizerische Apothekerverband SAV
- Die Gesellschaft Schweizerischer Amts- und Spitalapotheker GSASA
- Der Schweizer Physiotherapie Verband fisio
- Die Schweizerische Patienten- und Versichertenorganisation SPO
- Der Kanton Tessin
- H+ - Die Spitäler der Schweiz
- Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektoren
- Mitfinanzierung durch 18 Kantone (=80% der Bevölkerung) mit 6 Rp./Kopf/Jahr bis 2007/2008
- Einige wenige Sponsoren

Die mittragenden Kantone

18 machen mit:

AG, AR, AI, BL, BS, BE, FR, JU, LU, OW, SH,
SO, SG, SZ, TI, VD, ZG, ZH

Bisher 8 noch nicht beteiligt:

GE, GL, GR, NE, NW, TG, UR, VS,

Derzeitige Finanzierung der Stiftung

- 18 Kantone (6 Rp./Einwohner/Jahr): ca. 350'000
- Bund: ca. 100' - 150'000
- Stifter: ca. 80'000
- Fixe Sponsoren: ca. 20'000

Total pro Jahr: **ca. 550'-590'000**
(=7.5 Rp./Kopf/Jahr)

Finanzierung dank der 18 Kantone, aber im Verhältnis zu andern Risikozonen und Ländern noch Nachholbedarf

USA: 36 Rp./Kopf/Jahr
UK: 67 Rp./Kopf/Jahr
Australien: 83 Rp./Kopf/Jahr
(Safety Euro 08 CH: >100 Rp./Kopf/Event)

7

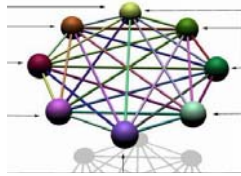
Personelle Ressourcen

- ... 240-Stellen-%
- ... Stiftungs- und Beiräte
- ... engagierte unbezahlte Experten aus dem CH-Gesundheitswesen

8

Arbeiten der Stiftung für Patientensicherheit

Netzwerke bilden



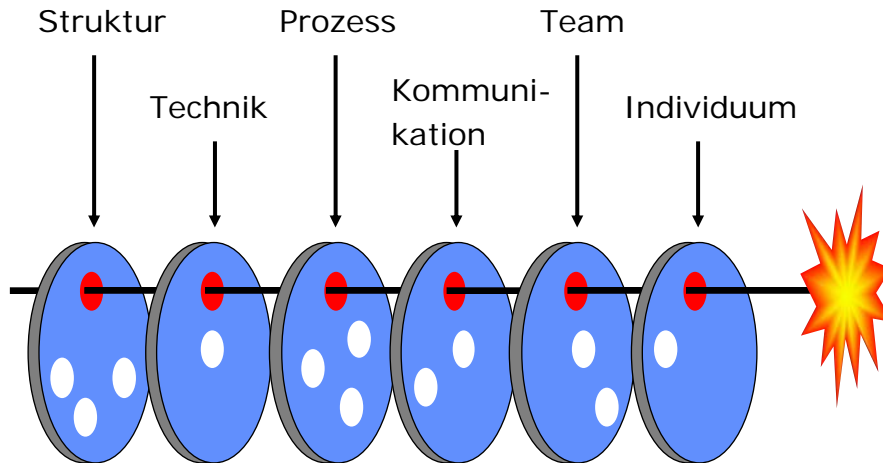
Projekte durchführen



- Fehler- und Schadensanalysen
- Wissen verbreiten zu Problemzonen
- Meldesysteme vernetzen
- Beteiligung am Aufbau nationaler Programme (z.B. Spitalhygiene)
- Publikationen, Tagungen, Schulungen
- Begleitung von Studien und Projekten
- Beratungen

Fehleranalysen

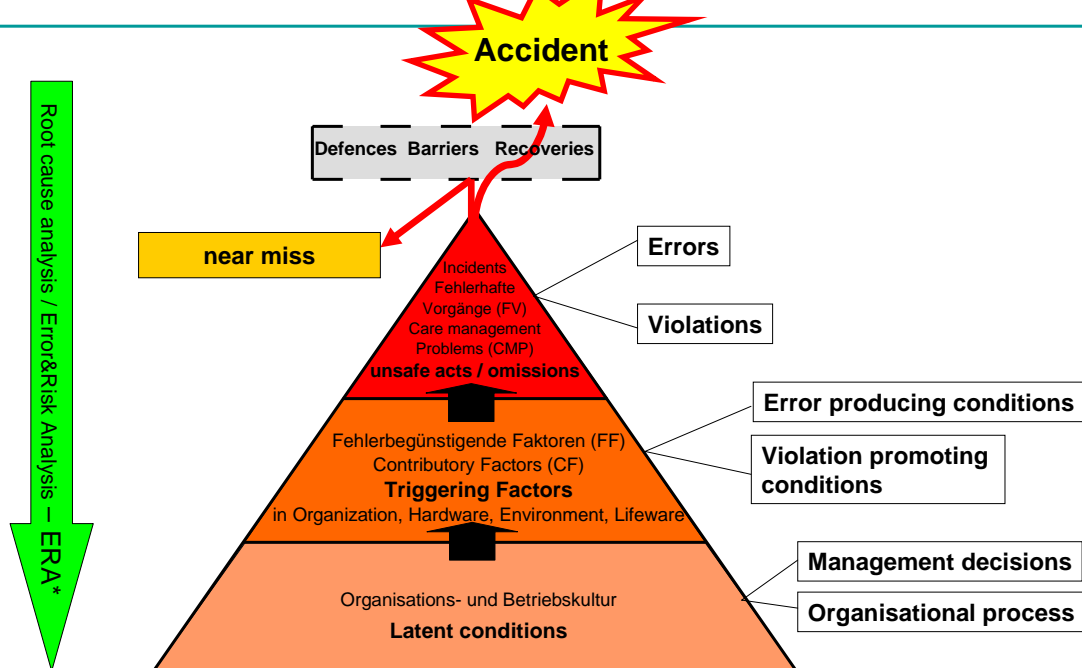
Modelle - Das "Swiss cheese" Model – Kette von Systemproblemen



11

Es ist noch komplexer: modernes Fehlerentstehungsmodell

(Integration von Reason, Vincent und IHI)

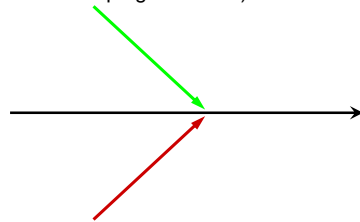


*ERA = Error&Risk Analysis

Systemanalyse

Fehlerbegünstigende Faktoren

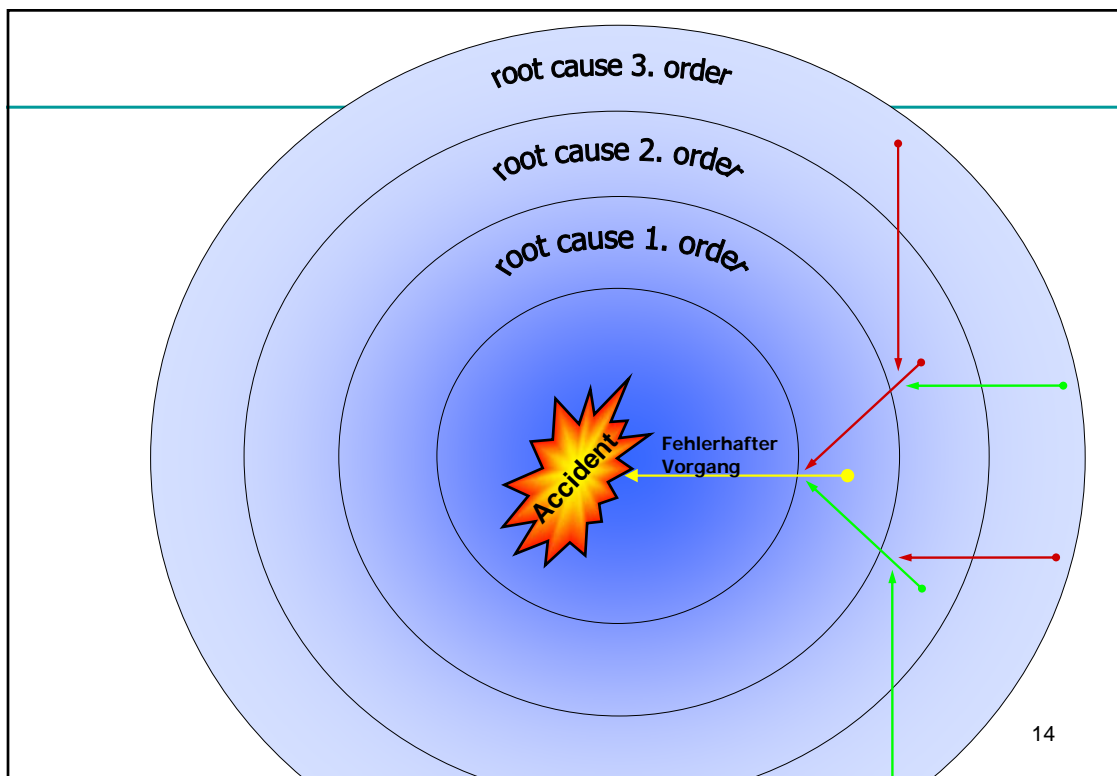
(Contributory factor; error forcing conditions; performance shaping factors ...)



Fehlerhafter Vorgang

Fehlerverhindernde Faktoren

(Defences, barriers)



Beispiel einer systemischen Fehleranalyse



15

Schadensanalyse: Schritte

Analyseschritte

Grundlagen beschreiben:

Ziel-, Fall-Beschreibung, Begehung und Ist-Prozess-Beschreibung

1. Fehlerhafte Vorgänge beschreiben / gewichten (=FV=CMP=Care Management Problems)
2. Fehlerbegünstigende Faktoren beschreiben / gewichten (=CF=Contributory Factors)
3. Abwehrmechanismen beschreiben / gewichten (=Barriers, Defenses, Recoveries)
4. Empfehlungen zur besseren Fehlerprävention ableiten /priorisieren
5. **Erkenntnisse publizieren**

Ursächliche Faktoren (CF): über 120 Faktoren identifiziert, Beispiele

optische Differenzierbarkeit Medis	2b			
ähnliche Ampullen/Packungen/Beschriftungen/Farbe				582
kleine Schrift auf Verpackung, Schriftgrösse				482

Platz	3a			
Arbeitsumgebung eng, genereller Platzmangel				326
zu wenig Platz für klare Trennung				307
gewohnter Arbeitsplatz belegt				124

17

Verbesserungsmassnahmen

Ideen für Verbesserungen

- 1) Brainstorming = 69 Ideen
- 2) Priorisierung: 54 prio 1, 11 prio 2, 4 prio 3
- 3) Kommentierung durch CA, Umsetzungsplan

- verwechslungsgefährdete Medikamente trennen / optisch kennzeichnen	1
- Stichproben, aktiv Fehler (sog. Ostereier) einstreuen um Aufmerksamkeit und Sensibilität aufrechtzuerhalten	2

- nur geschultes / adäquat qualifiziertes Personal für entsprechende Situation / Verantwortung einsetzen	1
--	---


- Gestell- Logistik	
- Fächer klar trennen (mechanisch)	1
- Gestellbreite / Behältnisbreite	
- Reduktion / regelmäßige Überprüfung der Sedimente	4
- Produktwahl, Elimination der „bad apples“	1
- Trennung mit Licht	4

- keine Telefonate	1
- keine persönlichen Gespräche	1
- nur notwendige Mitarbeiter im Raum	1
- räumliche Entflechtung	1
- Türen zu	1
- Gespräche auf Minimum reduzieren	1
- Sichtbarriere	1
- klarere Einrichtung	1
- optische Ruhe	1
- Piktogramm „Ruhe“	2
- Voice-recorder	2
- Sichtbares Dezibel-Messgerät („Biofeedback“)	3

Ergebnisse: 7 „key messages“

1. Analysieren des Sortimentes nach Substanzen, die von Personal zubereitet (gemischt) werden müssen. Prüfen, ob diese durch Fertigprodukte ersetzt werden könnten. Wenn ja: ersetzen!!!
2. Lagerbestände und Lagerorganisation durchforsten nach Sicherheitsrisiken und unnötigen Prozessschritten!
3. Verwechslungsgefahr durch Elimination sog. „look-alike“ Präparate minimieren!
4. Der Ergonomie des Arbeitsplatzes und in vorliegendem Fall des Arbeitsraumes besondere Beachtung schenken! Raum schaffen und Ablenkung eliminieren für kritische Arbeitsprozesse!
5. Benutzte Gebinde und Ampullen patientenbezogen bis zum Abschluss des Falles aufbewahren!
6. Retablierung nicht benutzter Substanzen und Ampullen nicht als Aufräum-Funktion betrachten, sondern als aktiven und äusserst kritischen Pharma-Management-Schritt, d.h. als bewussten, professionellen Prozess verstehen! Konkret:
 - Kein Hilfspersonal dafür einsetzen, Retablierungsprozess explizit regeln!
 - Diese Arbeit nicht unter Zeitdruck erledigen!
 - Das 4-Augen-Prinzip befolgen!
7. Leitlinie für iv-Regionalanästhesien erstellen und insbesondere darauf hinweisen, dass jeder Injektions-Schmerz, der länger als 10 Sekunden andauert, ein Alarmzeichen darstellt, das besondere Beachtung und eine definierte Reaktion erzwingen muss!

Fehleranalytik: Schulungen

training	patientensicherheitschweiz
	<h3>Systematic Incident Investigation & Analysis</h3> <p>Zürich, 28.11.2006</p> <p>Die Stiftung für Patientensicherheit organisiert mit finanzieller Unterstützung des BAG ein Training in systematischer Fehlerursachenanalyse. Dieses Training vermittelt die Grundlagen der anwenderorientierten systemischen Fehlerursachenanalyse.</p> <p>Trainer:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dr. Sally Adams (Director, Human Factors & Safety Improvement Specialist)• Prof. Charles Vincent (Professor of Clinical Safety Research, Imperial College London)

Stiftung für Patientensicherheit
Fondazione per la Sicurezza dei Pazienti
Fondazione per la Sicurezza dei Pazienti
Fondazione per la Sicurezza dei Pazienti

Entwicklung

Bedeutung richtiger Kommunikation

Erstes Gebot nach einem Zwischenfall

Kommunikation WANN / WER / WO

Kommunikation WAS

Weitere wichtige Aspekte

Hintergrunddokument Schriftenreihe

Verbreitung



Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall

21

Stiftung für Patientensicherheit
Fondazione per la Sicurezza dei Pazienti
Fondazione per la Sicurezza dei Pazienti
Fondazione per la Sicurezza dei Pazienti

Zwei Stiftungen – ein gemeinsames Ziel – eine gelungene Kooperation

Entwicklung

Bedeutung richtiger Kommunikation

Erstes Gebot nach einem Zwischenfall


Kommunikation WANN / WER / WO

Kommunikation WAS

Weitere wichtige Aspekte

Hintergrunddokument Schriftenreihe

Verbreitung



STIFTUNG FÜR PATIENTENSICHERHEIT
FONDATION POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS
FONDAZIONE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI
PATIENT SAFETY FOUNDATION

Stiftung für Patientensicherheit in der Anästhesie

22

Verbesserungsempfehlungen Kommunikation

WANN:
Patienten im Zwischenfall, soll nach Vorlage von schriftlichen Informationen das Gespräch mit dem Patienten so schnell wie möglich gesucht werden (Lorenz 1997: 116-117).

WER:
Verantwortliche Vertrauenspersonen des Patienten sind dem beherrschendsten.

WO:
In einer ruhigen, die Privatheit des Patienten schützenden Umgebung.

get to the point
Erklären, was passiert ist (Ihre Fehler, keine Verneinungen).
Verstehen Sie mich, ich habe mich geirrt.
Haben Sie eine Frage? (Patienten fragen Sie, wenn Sie nicht verstehen, was Sie sagen wollen).
Erklären die medizinischen Konsequenzen und die Folgen eines Behandlungsfehlers mit möglichen Folgeerregnissen.

Info!
Über neue Erkenntnisse regelmäßig informieren und je ein Beispiel geben (Beispiel und den Ärztlichen Ratgeber anführen).
Erklären Sie die Konsequenzen des Scheiterns (Beispiel und den Ärztlichen Ratgeber anführen).
Erklären Sie die Konsequenzen des Scheiterns (Beispiel und den Ärztlichen Ratgeber anführen).

23

Entwicklung

Bedeutung richtiger Kommunikation

Erstes Gebot nach einem Zwischenfall

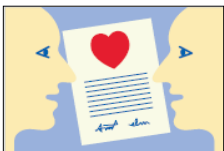
Kommunikation WANN / WER / WO

Kommunikation WAS

Weitere wichtige Aspekte

Hintergrunddokument
Schriftenreihe

Verbreitung



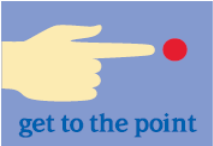



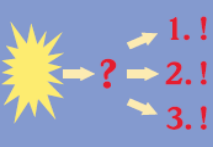

Bedeutung richtiger Kommunikation

- **Das Schweigen nach dem Zwischenfall – das zweite Trauma**
- **Die meisten Haftpflichtfälle sind kommunikationsbedingt**
- **Mitfühlende und ehrliche Patientenaufklärung schafft Atmosphäre des Vertrauens und ist somit die Voraussetzung für eine konstruktive Bewältigung von Zwischen-fällen.**

24

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
 Fondazione per la Sicurezza dei Pazienti
 Ospedale Sant'Antonio


WAS

Entwicklung		Erklären, was passiert ist. Nur Fakten, keine Vermutungen.		Anbieten eines alternativen Behandlungsteams.
Bedeutung richtiger Kommunikation				
Erstes Gebot nach einem Zwischenfall				
Kommunikation WANN / WER / WO		Bedauern ausdrücken.		Aufzeigen, dass und wie die Institution aus dem Fehler lernen wird.
Kommunikation WAS				
Weitere wichtige Aspekte				
Hintergrunddokument Schriftenreihe		Erklären der med. Folgen und Vorlegen der mögl. Behandlungsstrategien zur Bewältigung.		Über neue Erkenntnisse regelmässig informieren und so die Beziehung zum Patienten und den Angehörigen aufrecht erhalten.
Verbreitung				

25

schriftenreihe patientensicherheitschweiz

NR. 1 NOVEMBER 2006



Wenn etwas schief geht

Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall
 Ein Konsens-Dokument der Harvard Spitäler

Originaltitel:
 When Things Go Wrong – Responding To Adverse Events
 Mit Erlaubnis von Prof. Lucina Leape (Harvard School of Public Health) ins Deutsche übersetzt und herausgegeben von der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz
 Mit einem Vorwort von:
 Prof. Dieter Conen, Präsident der Stiftung für Patientensicherheit
 Dr. Marc-Anton Hochreutener, Geschäftsführer der Stiftung für Patientensicherheit

STIFTUNG FÜR PATIENTENSICHERHEIT
 FONDATION POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS
 FONDAZIONE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI
 PATIENT SAFETY FOUNDATION

26

Eingriffsverwechslungen (Wrong Site Surgery)



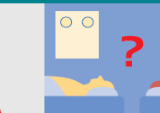









27

Wrong Site Surgery













- **Selten?**
- **Aber wenn es passiert traumatisch für Patienten und Ärzte**

28

Verbesserungsempfehlungen Wrong Site Surgery

Empfehlungen zur Prävention von Eingriffsverwechslungen			
 1	 2	 3	 4
Identifikation Patient wer? – Operateur, aufklärender Arzt, voll informierter Arzt wann? – Aufklärungsgespräch vor oder nach Aufnahme was? <ul style="list-style-type: none"> ■ Richtiger Patient – Namen und Geburtsdatum sagen lassen und prüfen ■ Eingriffsart – im Gespräch mit dem Patienten bestätigen ■ Eingriffsort – aktiv fragen und zeigen lassen ■ Angehörige fragen ■ Abgleich mit Akten und Bildern 	Markierung Eingriffsort wer? – Operateur, aufklärender Arzt, voll informierter Arzt wann? – außerhalb des OPs – bei wachem Patienten was? <ul style="list-style-type: none"> ■ Abgleich mit Akten – richtiger Patient – Eingriffsort ■ Patienten aktiv fragen – Eingriffsort zeigen lassen – Angehörige fragen ■ Markierung – nur Eingriffsort – eindeutige Zeichen (Kreuz, Pfeil, Initialen) – nicht abwischbarer Stift – mehrere Eingriffsorte: alle markieren 	Zuweisung zum richtigen OP-Saal wer? – definierte, verantwortliche Person wann? – unmittelbar vor Anästhesie-einleitung und vor Eintritt in den Saal was? <ul style="list-style-type: none"> ■ Patientenidentität – Namen und Geburtsdatum prüfen ■ Eingriffsort – prüfen und bestätigen ■ Eingriffsort – prüfen und bestätigen ■ Markierung prüfen – mit Aktenabgleich – wenn möglich aktive Befragung des Patienten ■ Saalcheck – Zuweisung zum OP-Saal überprüfen 	Team-Time-Out vor Schnitt wer? – OP-Team – initiiert durch definierte, verantwortliche Person wann? – unmittelbar vor Schnitt was? <ul style="list-style-type: none"> ■ Letztes Innehalten – letzte Richtigkeitsprüfung ■ Mittels Minicheckliste – richtiger Patient (Namen und Geburtsdatum) – Eingriffsort – Eingriffsort – Aufnahmen bildgebender Verfahren – Richtige Implantate verfügbar ■ Alle Punkte durch OK bestätigen ■ Durchführung des Team-Time-Out dokumentieren
 Jede Unstimmigkeit sofort klären	 Jede Unstimmigkeit sofort klären	 Ohne Markierung keine Anästhesie	 Bei Unstimmigkeiten kein Schnitt
 LOGO X	 LOGO Y	 LOGO X	 LOGO Y

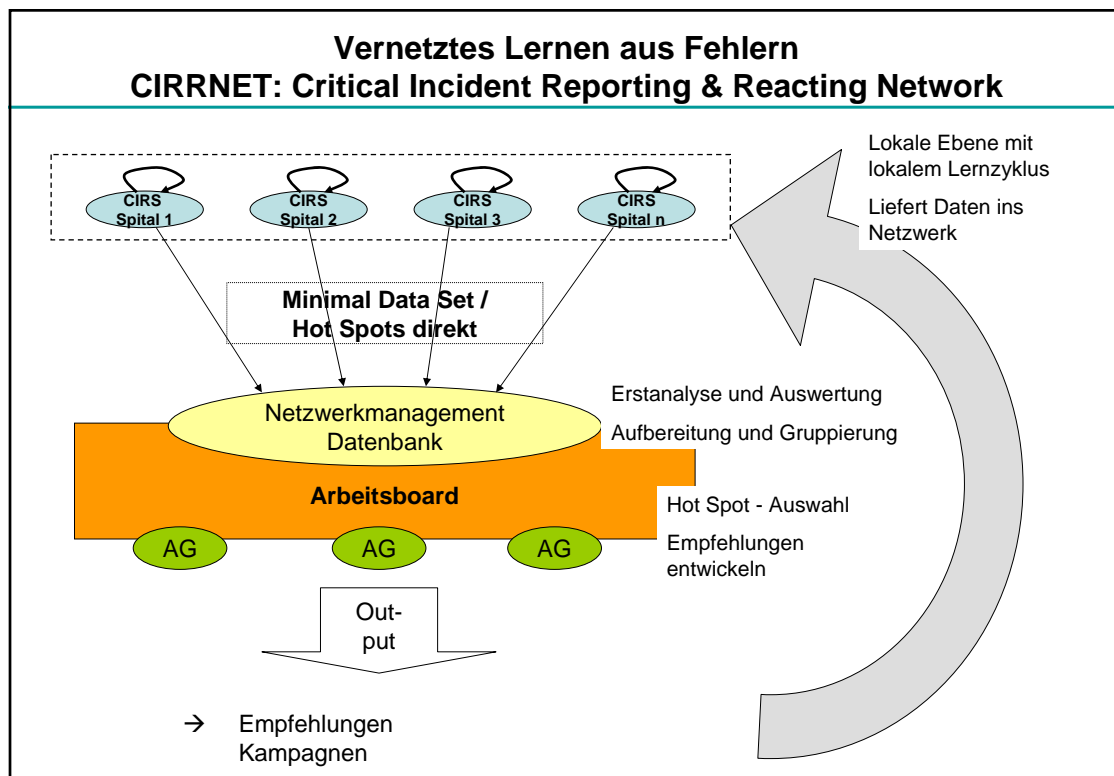
Recommandations pour la prévention des erreurs de site opératoire

Recommandations pour la prévention des erreurs de site opératoire			
 1	 2	 3	 4
Identification du patient Qui? – Opérateur, médecin responsable du cas, médecin pleinement informé Quand? – Entretien d'information avant ou après l'admission Quoi? <ul style="list-style-type: none"> ■ Patient correct – Page site et vérifier le nom et la date de naissance ■ Type d'intervention – Confirmer dans l'intention avec le patient ■ Site opératoire – Demander au patient qu'il montre l'endroit – Associer les proches à l'intervention (surtout si l'intervenant concerne un enfant ou un patient qui n'a pas toute sa capacité de discernement) ■ Vérification dossiers et images à l'appui 	Marquage du site opératoire Qui? – Opérateur, médecin responsable de l'anesthésie, médecin pleinement informé Quand? – En dehors de la salle d'opération – Lorsque le patient est réveillé Quoi? <ul style="list-style-type: none"> ■ Vérification documents à l'appui – Patient correct – Type d'intervention – Site opératoire ■ Faire participer activement le patient – Demander au patient qu'il montre l'endroit – Associer les proches à l'intervention ■ Marquage – Seulement site opératoire – Marques claires (cercle, flèche, initiales) – Marque indélébile – Plusieurs sites opératoires: les marquer tous 	Attribution de la salle d'opération correcte Qui? – Personne responsable désignée Quand? – Juste avant de procéder à l'anesthésie et avant l'entrée en salle d'opération Quoi? <ul style="list-style-type: none"> ■ Identité du patient – Vérifier le nom et la date de naissance ■ Type d'intervention – Vérifier et confirmer ■ Site opératoire – Vérifier et confirmer ■ Contrôler marquage – en comparant avec le dossier – si possible interroger le patient ■ Vérification de la salle – Vérifier l'attribution de la salle d'opération 	Team Time Out avant incision Qui? – Equipe de salle d'opération – initié par la personne responsable désignée Quand? – Juste avant l'incision Quoi? <ul style="list-style-type: none"> ■ Dernier contrôle – dernière vérification de l'exécution de l'intervention ■ A l'aide d'une mini-check-list – Patient correct (nom et date de naissance) – Type d'intervention – Site opératoire – Equipements et imagerie médicale – Implants adéquats disponibles ■ Valider tous les points par OK ■ Documenter l'exécution de Team Time Out
 Élucider immédiatement toute discordance	 Élucider immédiatement toute discordance	 Pas d'anesthésie sans marquage	 Pas d'incision en cas de discordance
 LOGO X	 LOGO Y	 LOGO X	 LOGO Y

Vernetzung von lokalen Fehlermeldesystemen

Das Projekt CIRRNET – Critical Incident Reporting & Reacting Network

31





CIRRNET – Critical Incident Reporting & Reacting NETwork

- Stiftung für Patientensicherheit Schweiz
- Managed Care Ansatz
- CIRRNET Projektziele und -ziele
- CIRRNET Projektstruktur und -organisation
- CIRRNET Projektnutzen
- CIRRNET Projektablauf
- CIRRNET Projektspitäler
- CIRRNET Datenbank
- Bearbeitung der Fehlermeldungen
- Ausblick



→ Plattform für Wissensaustausch mit offenem und geschlossenem Bereich
 → Arbeitsplattform für themenspezifische Arbeitsgruppen
 → Einsicht und Kommentierung von Fehlermeldungen für registrierte Personen

33

Cleancare: Prävention von Spitalinfektionen

- Unterstützung Projektmanagement
Händehygienekampagne
- Evaluation laufende Kampagne
- Kampagnenplan inkl. Businessplan für umfassendes Präventionsprojekt Cleancare

34

Buch



Facultas 2004
195 Seiten, broschiert
ISBN 3-85076-687-X

ELKE HOLZER, CHRISTIAN THOMECEK, EUGEN HAUKE,
DIETER CONEN, MARC-ANTON HOCHREUTENER (HG.)

Patientensicherheit Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen

Das Thema „Patientensicherheit“ ist in den letzten Jahren in den Vordergrund der Diskussionen gerückt. Die Risiken, die enormen Kosten und die gerade im Gesundheitswesen fatalen Folgen, die mit einem unzureichenden Risk-Management verbunden sind, führen zu einer vermehrten Auseinandersetzung mit der Frage, wie durch vorausschauende Planung Fehler vermieden werden können.

35

Kongress 2007: 13./14.9.07

Tagung 2007		Congrès 2007	
	<p>Patientensicherheit Schweiz: Aktivitäten – Stolpersteine – Perspektiven</p> <p>Donnerstag 13. und Freitag 14. September 2007, BEA Kongresszentrum Bern</p> <p>Organisation: Stiftung für Patientensicherheit und ihre Träger in Kooperation mit der Schweizerischen Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (SQMH)</p> <p>www.patientsicherheit.ch</p>		<p>La sécurité des patients en Suisse activités – obstacles – perspectives</p> <p>Congrès des 13 et 14 septembre 2007 au centre BEA, Berne</p> <p>Organisation: Fondation pour la sécurité des patients et ses organisations fondatrices, en coopération avec la Société suisse pour le management de qualité dans la santé (SQMH)</p> <p>www.patientsicherheit.ch</p>
	<p>STIFTUNG FÜR PATIENTENSICHERHEIT FONDATION POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS FONDAZIONE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI PATIENT SAFETY FOUNDATION</p>		<p>STIFTUNG FÜR PATIENTENSICHERHEIT FONDATION POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS FONDAZIONE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI PATIENT SAFETY FOUNDATION</p>

Perspektiven: kommende Projekte

- CIRNET: Ausbau (weitere Spitäler, Fächer)
- Fehleranalysen und Schulungen zu Fehleranalysen vor Ort
- Sturzprävention
- Kommunikation nach Zwischenfällen
 - betriebsintern
 - gegenüber der Öffentlichkeit
 - Kommunikationstrainings
- Medikationssicherheit:
 - Medikamentendosierung bei Nierenfunktionsstörungen
 - K+ - Problematik
 - Verordnungsprozesse
- Patienten-Verwechslungen

37

...wie weiter nach 2008?

- Finanzielle Absicherung und Leistungsausbau!

38

www.patientensicherheit.ch



STIFTUNG FÜR PATIENTENSICHERHEIT
FONDATION POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS
FONDAZIONE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI
PATIENT SAFETY FOUNDATION

DEUTSCH Bitte wählen Sie Ihre Sprache

FRANCAIS Veuillez choisir votre langue