

Risikomanagement und Patientensicherheit praxisnah - Projekte und Maßnahmen

8. September 2011

Dipl. Pflegew. Martin Klapper
Risikomanagement Katholisch Kliniken Emscher Lippe GmbH

Die Katholischen Kliniken Emscher Lippe

Zahlen / Daten / Fakten

- 1999 Fusion der Einrichtungen zur KKEG GmbH
- ca. 920 Betten
- ca. 1700 Mitarbeiter
- ca. 25 000 Patienten / Jahr
- Umsatzerlöse in 2010 rd. 94 Mio. €

Abteilungen

- Chirurgie, Viszeralchirurgie, Innere Medizin, Urologie
Gastroenterologie, Diabetologie, HNO, Neurologie,
Onkologie/Hämatologie, Gynäkologie/Geburtshilfe,
Psychiatrie/Psychotherapie und Gerontopsychiatrie,
Strahlentherapie, Geriatrie,
Schwerpunkteinrichtung Wachkoma (Phase F)

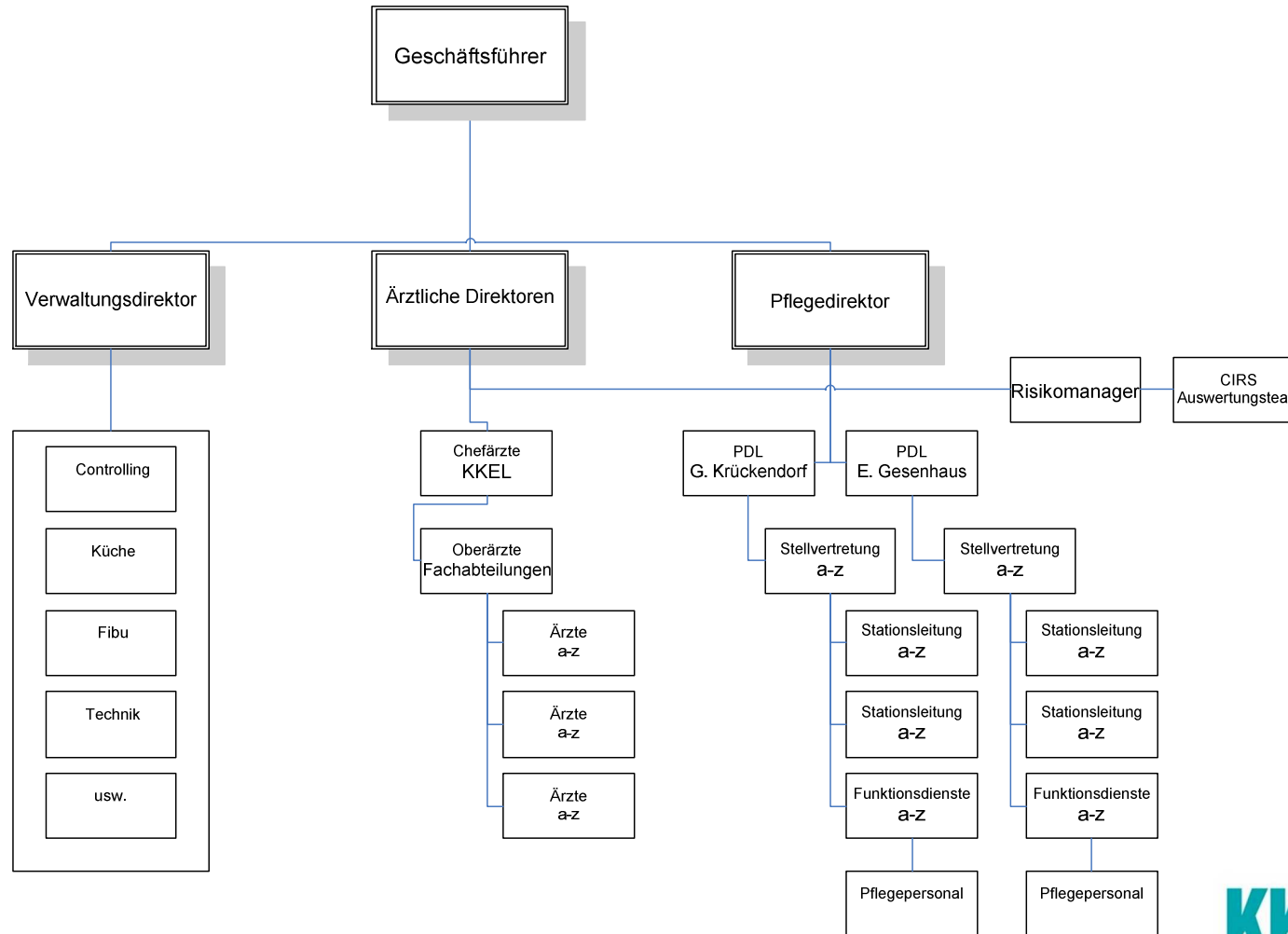
Wir stellen die regionale
Versorgung der Bevölkerung sicher.

Historie Klinisches Risikomanagement KKEK

Januar 2010	<ul style="list-style-type: none">• Geschäftsführerentscheidung zur Einführung eines klinischen Risikomanagement Systems
Februar 2010	<ul style="list-style-type: none">• Besetzung der Position des RM als Stabstelle des Ärztlichen Direktors• Projektierung CIRS nach Vorgaben der 4-Schritt-Methode (Dr. Cartes)• Suche nach Softwarelösung
Mai 2010	<ul style="list-style-type: none">• Customizing der Anwendungen R2C_CIRS 1.4 und R2C_risk to chance 3.7 (Fa. Schleppen)
Juni – August 2010	<ul style="list-style-type: none">• Erarbeitung und Freigabe aller notwendigen Dokumente unter frühzeitiger Einbindung der Mitarbeitervertretung• Publikation im KKEK Magazin• Schulungen der Mitarbeiter am St. Josef Hospital als Pilotheus
September 2010	<ul style="list-style-type: none">• Echtbetrieb• Aufnahme der Arbeit des CIRS – Auswertungsteams
November 2010	<ul style="list-style-type: none">• Evaluation• Risikomanager nun Stabstelle des Geschäftsführers
Februar 2011	<ul style="list-style-type: none">• Roll out, Schulungen in sämtlichen Bereichen des St. Barbara Hospitals und des St. Antonius Krankenhauses
Juli 2011	<ul style="list-style-type: none">• Roll out, Schulungen am St. Hedwig Hospital

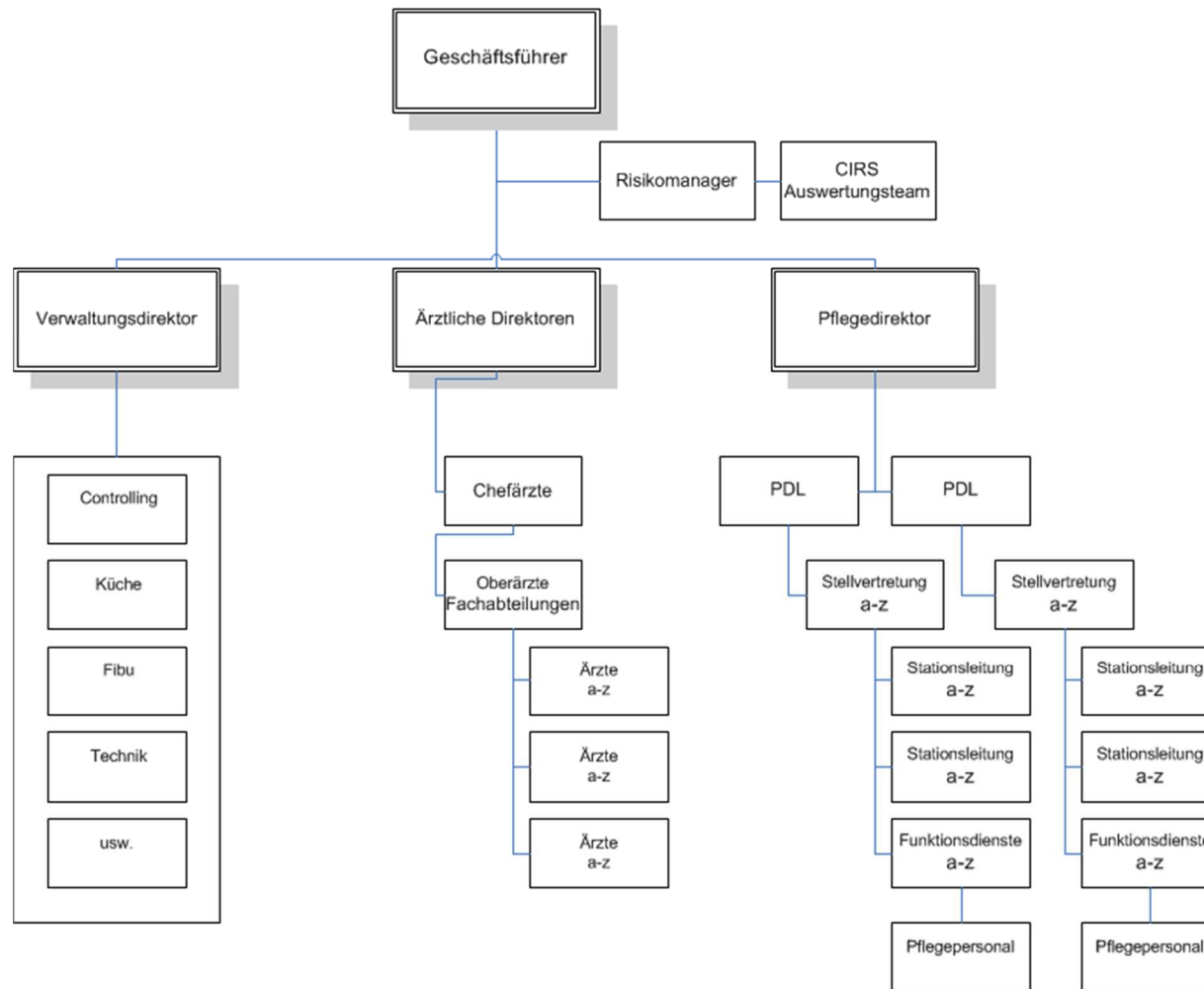
Organisationsstruktur alt

- Risikomanager als Stabstelle des Ärztlichen Direktors wenig effizient.

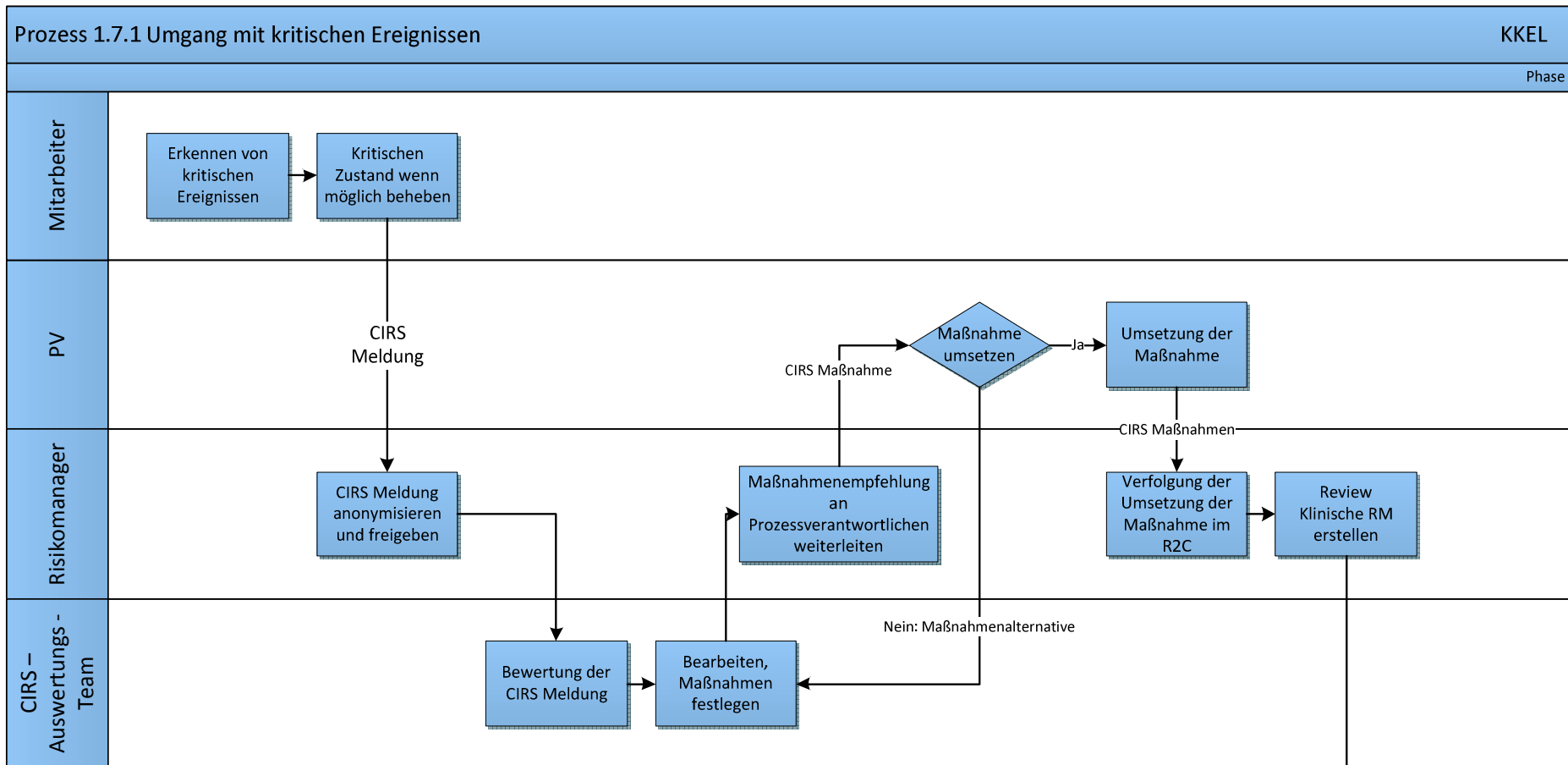


Organisationsstruktur neu

- Risikomanager als Stabstelle des Geschäftsführers deutlich effizienter.



CIRS Prozess



Das zentrale CIRS - Auswertungsteam

- Grundlage des CIRS ist die „Mitarbeiterschutzerklärung“ der Geschäftsführung
- Das Vorgehen des CIRS - Auswertungsteams in einer Geschäftsordnung geregelt
- Alle Mitglieder sind einer Verschwiegenheitserklärung verpflichtet
- Das CIRS – Auswertungsteam trifft sich regelmäßig monatlich und außerordentlich bei Bedarf

Zusammensetzung

- Zwei Oberärzte, Innere Medizin / Anästhesie
- Zwei Pflegekräfte, Peripherie und Intensivstation
- Zwei Mitarbeiter aus dem Qualitätsmanagement
- Ein Mitarbeiter der Haustechnik
- Ein Mitarbeiter der Medizintechnik
- Ein Mitarbeiter der Rechtsabteilung, Juristin
- Der Vorsitzende der Mitarbeitervertretung
- Der Risikomanager als Vorsitzender



Maßnahmenverfolgung

- Die jeweiligen Prozessverantwortlichen werden mit der Umsetzung der Maßnahmen durch den Risikomanager beauftragt.
- Werden Maßnahmen nicht zeitgerecht umgesetzt, wird nach zweimaliger Erinnerung das Direktorium involviert.



R2C_CIRS

Login to R2C CIRS - Windows Internet Explorer bereitgestellt von KKEK

http://kkelrsc:8080/meldung/

C.I.R.S. - Critical Incident Reporting System
(Meldesystem für kritische Ereignisse)

KKEL
Katholische Kliniken
Emscher-Lippe

Willkommen beim C.I.R.S.

Auf den folgenden Seiten können Sie kritische Ereignisse melden, die möglicherweise zu einem Schaden hätten führen können, ohne dass der Schaden aber tatsächlich eingetreten ist.

Die Meldung erfolgt vollkommen **anonym**. Sie können hier das kritische Ereignis beschreiben, die Umstände und Ursachen benennen, die zu diesem Ereignis geführt haben, darstellen, welche Maßnahmen Sie getroffen haben, aber auch Ideen und Vorschläge unterbreiten, wie derartige Ereignisse nach Ihrer Meinung zukünftig vermieden werden könnten.

Alternativ können Sie einen Meldebogen ausdrucken und diesen bearbeiten dem Risikomanagement per Hauspost zukommen lassen.

Danke für Ihre Mitarbeit.

[Meldebogen drucken](#)

>>> Weiter >>>

Meldebogen analog zum Onlineformular

Fertig

Lokales Intranet | Geschützter Modus: Inaktiv

100%

Datensicherheit

- Die CIRS - Software arbeitet absolut anonym
- Rückschlüsse auf den Absender einer Meldung sind nicht möglich
- Keine Protokollierung der Arbeitsplatz – IP
- Die Datensätze sind vor Fremdzugriff geschützt



R2C_CIRS

http://kkelrsc:8080/meldung/janusSP.janus - Windows Internet Explorer bereitgestellt von KKEK

http://kkelrsc:8080/meldung/janusSP.janus

Favoriten http--www.kkel R2C CIRS Auswertungsclient Krankenhaus-CIRS-Netz D... BfArM

http://kkelrsc:8080/meldung/janusSP.janus

CIRS-Critical Incident Reporting System KKEK (Anonymes Meldesystem für kritische Ereignisse)

Blau unterlegte Felder müssen ausgefüllt werden. Alle übrigen Angaben sind freiwillig.

Beschreibung des kritischen Ereignisses / Beinahe Schadens

Datum des kritischen Ereignisses: Datum wählen

Standort:

Beteiligte Klinik / Abteilung:

Sonstige Kliniken / Abteilungen:

Wo ist das Ereignis passiert?

Andere Orte:

Wobei ist das Ereignis passiert?

Andere Bereiche:

Was ist passiert?

Angaben zum Berichterstatter

Wer berichtet?

Fertig Lokales Intranet | Geschützter Modus: Inaktiv 130%

R2C_CIRS

http://kkelrsc:8080/meldung/janusSP.janus - Windows Internet Explorer bereitgestellt von KKEK

http://kkelrsc:8080/meldung/janusSP.janus

Favoriten http--www.kkel R2C CIRS Auswertungscient Krankenhaus-CIRS-Netz D... BfArM

http://kkelrsc:8080/meldung/janusSP.janus

CIRS-Critical Incident Reporting System KKEK (Anonymes Meldesystem für kritische Ereignisse)

Blau unterlegte Felder müssen ausgefüllt werden. Alle übrigen Angaben sind freiwillig.

Beschreibung des kritischen Ereignisses / Beinahe Schadens

Datum des kritischen Ereignisses: Datum wählen

Standort:

Beteiligte Klinik / Abteilung:

Sonstige Kliniken / Abteilungen:

Wo ist das Ereignis passiert?
Andere Orte:

Wobei ist das Ereignis passiert?
Andere Bereiche:

Was ist passiert?

Dropdown-Listen

Angaben zum Berichterstatter

Wer berichtet?

Fertig

Lokales Intranet | Geschützter Modus: Inaktiv

130%

R2C_CIRS

http://kkelrsc:8080/meldung/janusSP.janus - Windows Internet Explorer bereitgestellt von KKEI

http://kkelrsc:8080/meldung/janusSP.janus

Favoriten Web Slice Gallery Web Slice-Katalog Vorgeschlagene Sites

http://kkelrsc:8080/mel... Dropdown-Liste - Wikipedia

Angaben zum Berichterstatter

Wer berichtet?

Bezug des Berichterstatters zum Ereignis:

Anderer Bezug zum Ereignis:

Anonymer Kontakt zum Risikomanagement

Ich möchte vertrauliche Rückfragen zulassen

Wie dürfen wir Sie kontaktieren? (Kontaktmöglichkeit / E-Mail-Adresse / Telefonnummer)

Angaben zur Entdeckung

Rückfragen möglich?

Datum	Anonym (%)	Rückfragen (%)
09/10	67%	33%
11/10	56%	44%
05/11	34%	66%

Menschliche Faktoren / human error

- Arbeitsbelastung sehr hoch
- Fehleinschätzung
- Stress
- Müdigkeit
- Unaufmerksamkeit
- Persönliche Belange / Privates
- Mangelnde Ausbildung / Überforderung

Systemfaktoren

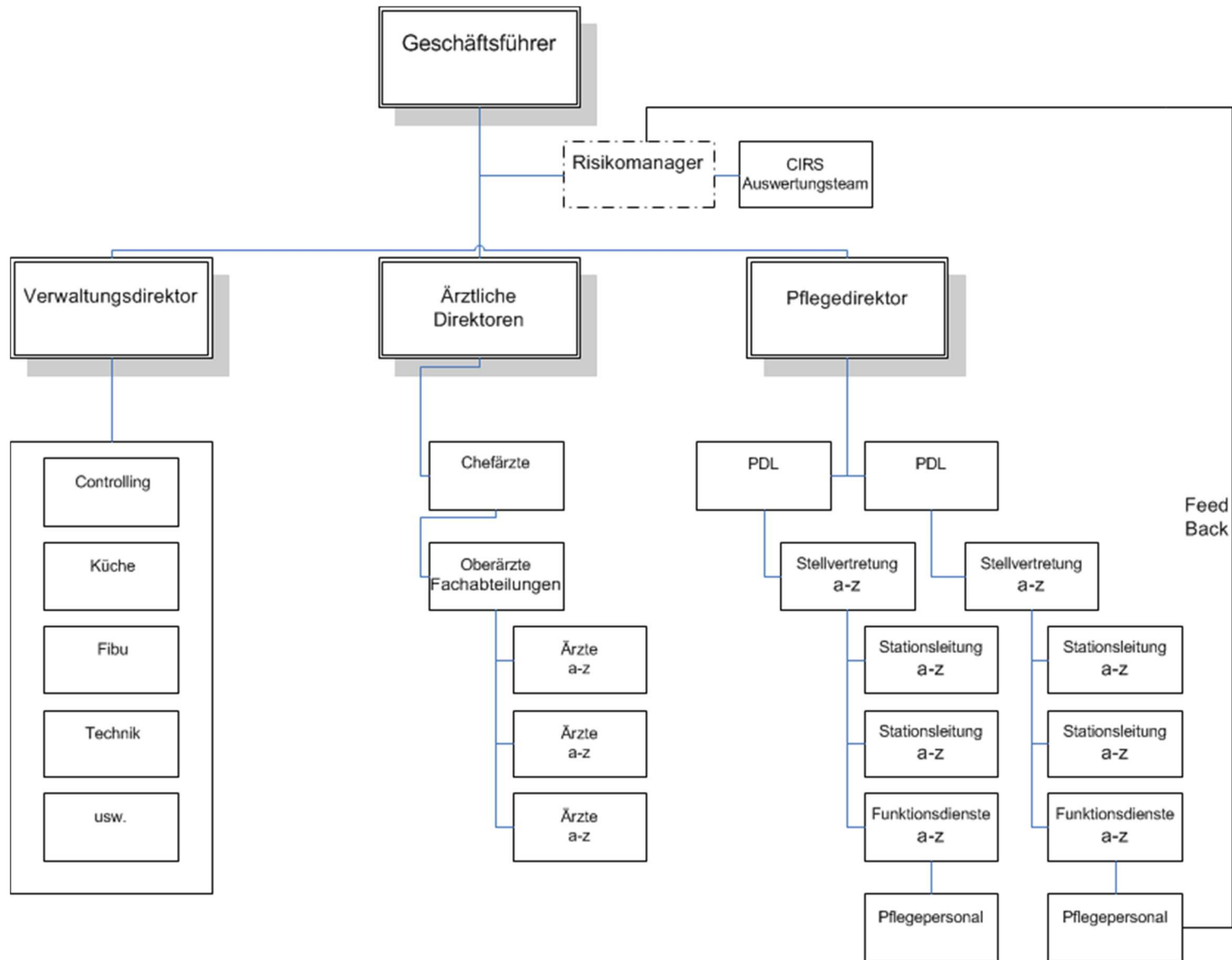
- zu enge / knappe Platzverhältnisse
- Lärm
- ungewohnte Umgebung
- Arbeitsplatzgestaltung
- unzureichende Technik / Medizintechnik

Fertig

Lokales Intranet | Geschützter Modus: Inaktiv

100%

Anonymer Kontakt



R2C_CIRS

http://kkelrsc:8080/meldung/janusSP.janus - Windows Internet Explorer bereitgestellt von KKEK

http://kkelrsc:8080/meldung/janusSP.janus

Favoriten http--www.kkel R2C CIRS Auswertungsclient Krankenhaus-CIRS-Netz D... BfArM

http://kkelrsc:8080/meldung/janusSP.janus

Seite Sicherheit Extras

Ergreifung von Maßnahmen

Sind Maßnahmen ergriffen worden? Wenn ja, bitte beschreiben.

Waren die Maßnahmen erfolgreich?

Verbesserungsvorschläge / Bemerkungen

Haben Sie Ideen / Anregungen zu Verbesserungsmaßnahmen nach kritischen Ereignissen? Wenn ja, welche?

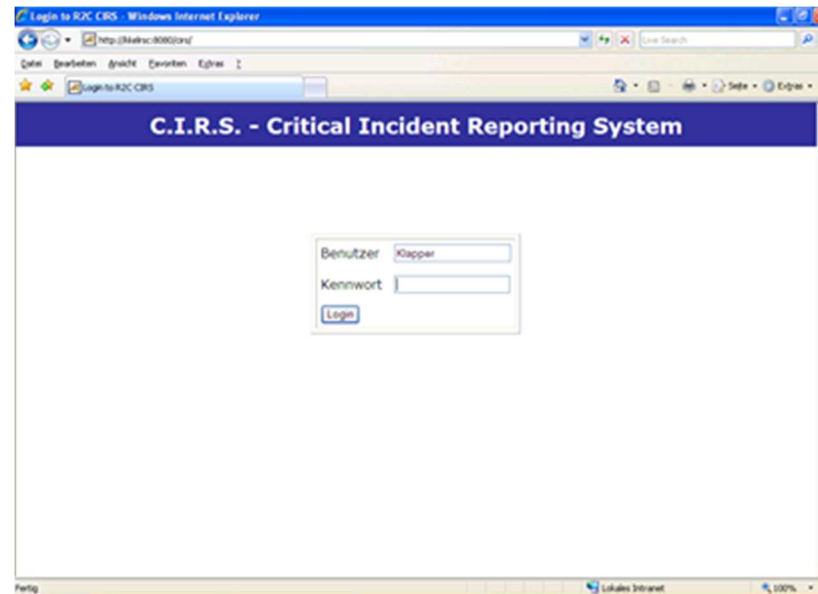
Wie schätzen Sie den Schweregrad ein?

Abbrechen Meldung abschicken

Fertig Lokales Intranet | Geschützter Modus: Inaktiv 130%

Anonymisierung

- Sobald eine CIRS – Meldung eingegangen ist, erhält das RM automatisch eine Info - Mail von der Anwendung R2C_CIRS
- Lediglich Herr Klapper oder in Abwesenheit ein Stellvertreter, können primär Passwortgeschützt eine neue CIRS – Meldung öffnen



Anonymisierung

- Die CIRS – Meldung wird darauf hin untersucht, ob Rückschlüsse auf den Meldenden möglich sind.
 - Informationen zu Namen oder zu engen zeitlich/räumlichen Verhältnissen, werden gelöscht.
- ➔ Freigabe für das CIRS – Auswertungsteam nach erfolgter Anonymisierung

R2C C.I.R.S. Version 1.4 - Martin Klapper - Windows Internet Explorer

http://kkelrsc:8080/cirs/janusSP.janus?JanusApplicationName=GenericJanusApplication&oid=&janusWebEvent=UEBERSICHT

Live Search

Datei Bearbeiten Ansicht Favoriten Extras ?

R2C C.I.R.S. Version 1.4 - Martin Klapper

Gesamtübersicht Meldungen

Ereignisse geordnet nach Bewertung

Noch unbewertete Meldungen

Nr.	Wann	Standort	Klinik / Abteilung	Wo	Was
VERW_44	26.10.2010	St. Josef-Hospital	GEH Verwaltung	Sonstige	Pat leic Fuß

Bereits bewertete Meldungen

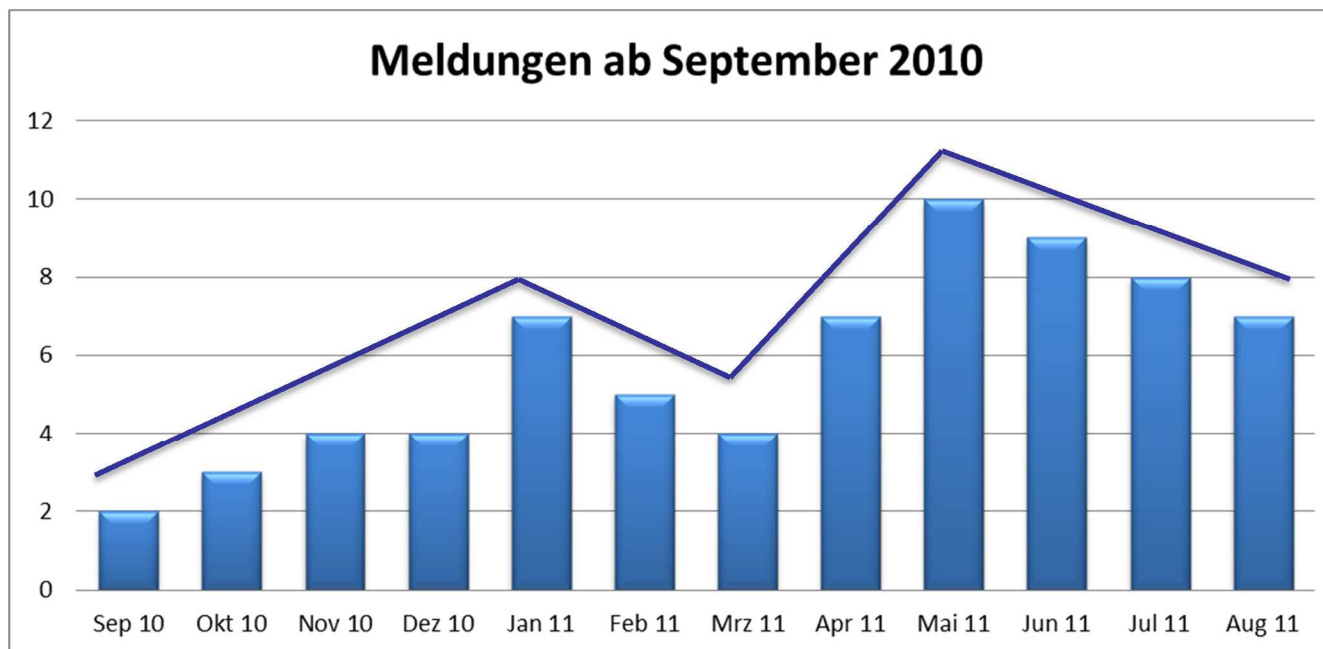
Nr.	Wann	Prio	Standort	Klinik / Abteilung	Wo	Wa
NEUR_47	28.10.2010	50	St. Barbara-Hospital	GLA Neurologie	Treppenhaus	Fel
IANÄ_43	22.10.2010	50	St. Barbara-Hospital	GLA Anästhesie	Funktionsbereich	Bei ein Anl der wa We
NTSV_41	06.10.2010	75	St. Josef-Hospital	GEH Intensiv	Intensivstation	Kei Die an Sch
CHIR_40	04.10.2010	32	St. Barbara-Hospital	GLA Chirurgie	Bettenstation	WA Sol Na die TB

VERTRAULICH

Fertig Lokales Intranet 100%

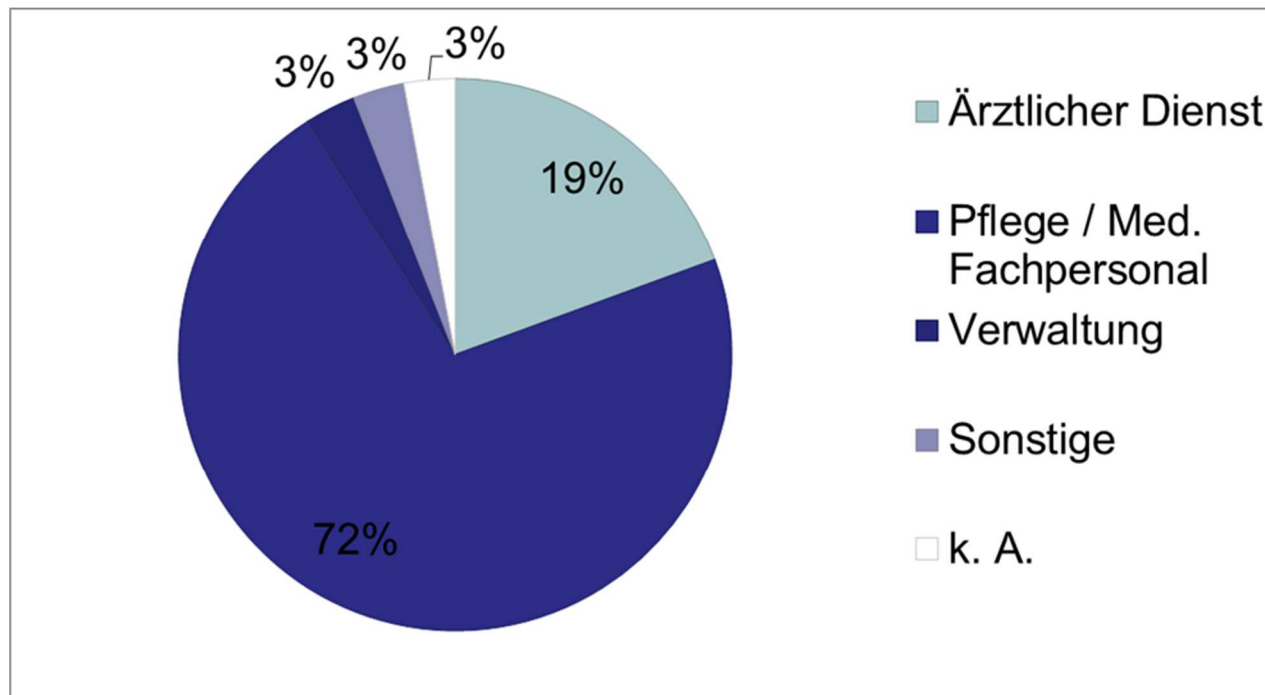
Meldungsstatistik

- Seit dem offiziellen Start des CIRS sind 70 Meldungen registriert worden.
- 14 Meldungen waren per Definition keine CIRS – Meldungen und wurden aus der Datenbank gelöscht.
- 56 Meldungen wurden als regelrechte CIRS Meldungen bearbeitet.



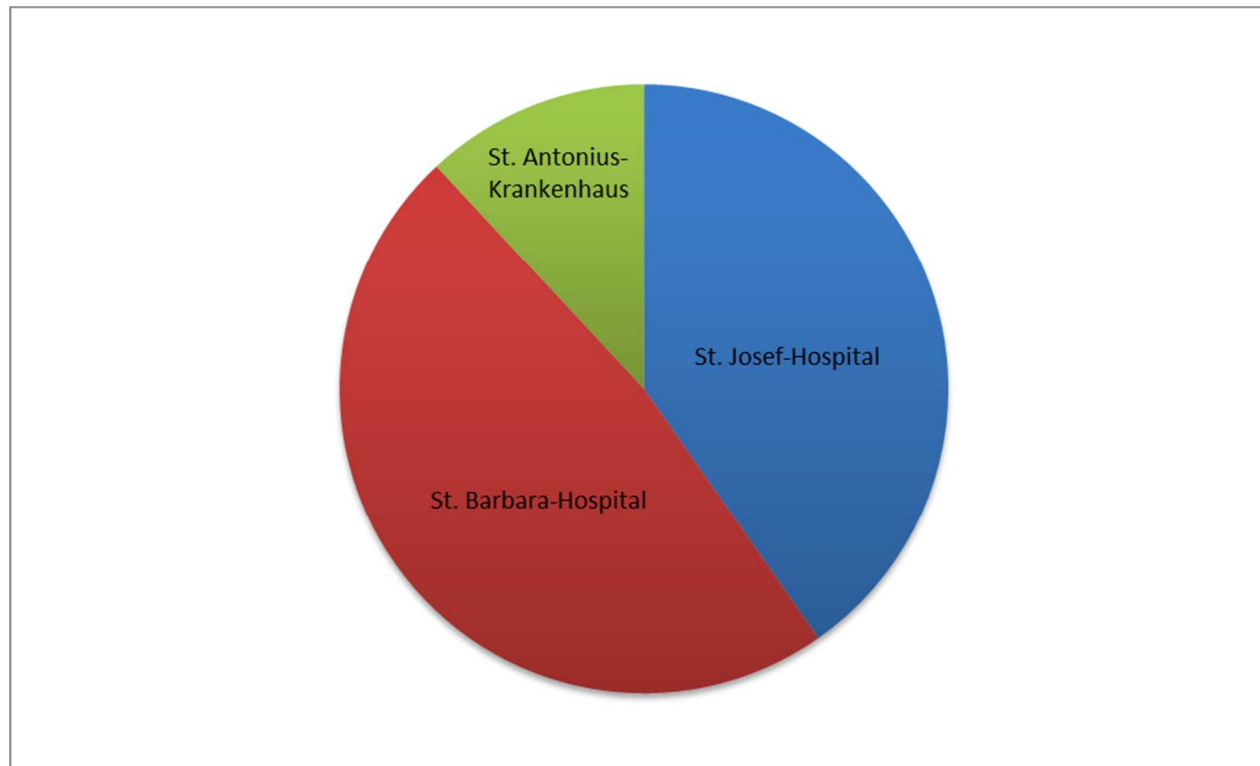
Meldungsstatistik

- 72% der Meldungen wurden durch das Pflegepersonal verfasst, 19% vom ärztlichen Personal.
- 3% der Meldungen sind von der Verwaltung verfasst worden.
- 6% der Meldungen sind ohne genaue Angabe des Verfassers übermittelt worden.



Meldungsstatistik

- 48% der Meldungen stammen aus dem St. Barbara Hospital und 40% aus dem St. Josef Hospital.
- 12% der Meldungen kommen aus dem St. Antonius Krankenhaus.



Prozess- und Risikolandschaft der KKEK

RISIKOATLAS KKEK			
Führungsprozesse	Kernprozesse	Unterstützungsprozesse	Arbeits- und Gesundheits-
1.1 Unternehmensführung	2.1 Patientenaufnahme	3.1 Labororganisation	5.1 Gefährdungsermittlung, -beurteilung und -dokumentation
1.2 Interne Audits	2.2.1 Konsiliarleistungen	3.2 Einkauf und Materialversorgung	5.10 Arbeitsmedizinische Vorsorge
1.4 Umgang mit Patienten- / Bewohnermeinung	2.2.2 Labordiagnostik	3.3 Speiseversorgung	5.11 Persönliche Schutzausrüstung
1.5 Umsetzung und Verfolgung von Maßnahmen	2.2.3 Diagnostik und Therapie in Funktionsbereichen	3.4 Transfusionswesen	5.12 Betriebsbegehungen und Berichtswesen
1.6 Besprechung / Konferenz / Information	2.2.4 OP - Management	4.1 Wartung und Instandhaltung	5.13 Hygienemanagement
1.7 Umgang mit kritischen Ereignissen	2.2.5 Behandlung durch Therapeuten	4.2 Erstellung und Änderung von Dokumenten / Archivierung von Aufzeichnungen	5.14 Reinigung
1.8 Externe Qualitätssicherung	2.2.6 Medikamentöse Tumortherapie	4.3 Änderung und Umsetzung von Gesetzen, Verordnungen und Normen	5.15 Unterweisungen
	2.3.1 Behandlungsplanung / Pflege / Visite	4.4 IT-Organisation	5.16 Unterweisung und Umgang mit Medizinprodukten
	2.3.2 Medikamentenversorgung	4.5 Lieferantenqualifizierung und Bewertung	5.2 Umgang mit Gefahrstoffen
	2.4 Intensivmed. Versorgung		5.3 Fremdfirmeneinsatz
	2.5 Patientenentlassung/ -überleitung		5.4 Brandschutz
	2.6 Leistungsabrechnung Casemanagement		5.5 Umsetzung gesetzlicher, BG-licher und Behördlicher Anforderungen
			5.6 Notfallmanagement (nicht medizinisch)
			5.7 Umgang mit Abfällen
			5.8 Abwicklung von Baustellen
			5.9 Umgang mit Unfällen

Prozess- und Risikolandschaft der KKEl

1.7 Umgang mit kritischen

Ereignissen

Beispiele aus der Praxis



Meldungen

Meldungskennung: *IANÄ_43*

Datum: *22.10.2010*

Standort: *St. Barbara Hospital*

Beteiligte Klinik / Abteilung:

GLA Anästhesie

Wer berichtet:

Ärztlicher Dienst

Bezug:

Verantwortlich

Anonymer Kontakt:

Nein

Ursache:

Unzureichende Technik/

Medizintechnik

Bewertung:

Eintrittswahrscheinlichkeit:

hoch

Auswirkung / Bedeutung:

äußerst Schwerwiegend

Fehlerentdeckung:

unwahrscheinlich

RPZ: **125**

Was ist passiert?

„Bei der Einleitung eines Kindes (3 Jahre) über Maske kam es zu einem Beatmungszwischenfall. Einleitung über Maske, da die Anlage eines sicheren Zugangs nicht möglich war. Es wurde versucht den leitenden OA der Abteilung über Handy anzurufen. Dieser war bei einer Einleitung und konnte den Anruf nicht annehmen. Weiter gab es keine Möglichkeit Hilfe von einem OA zu erhalten. Keine Möglichkeit über die RUFANLAGE Hilfe zu rufen da diese seid etlichen Monaten defekt ist!!!!

Die Situation konnte schnell, gut und sicher mit Hilfe der anwesenden Personen gelöst werden. So das es nicht zu einem Schaden gekommen ist.

*WARUM KEINE RUFANLAGE IM OP ST. BARBARA ??
Solche Situationen sind nun wirklich nicht selten.“*

(Anonymisierte Originalmeldung)



KKEL

Katholische Kliniken
Emscher-Lippe GmbH

			Eintrittswahrscheinlichkeit									
			Es ist unwahrscheinlich, dass ein solcher Fehler auftritt. Der Fehler kann durch die Art des Prozesses prinzipiell nicht vorkommen.	Der Prozessschritt wird bereits in vielen bekannten Abläufen durchgeführt. Es sind nur vereinzelte Fehler bekannt.	Der Prozessschritt weist nach häufiger Einschätzung eine geringe Fehlerrate auf.	Vergleichbar mit bekannten Prozessschritten die schon häufiger zu Fehlern geführt haben.	Es ist nahezu sicher, dass dieser Prozessschritt zum Auftreten von Fehlern führt.					
			unwahrscheinlich	sehr gering	gering	mäßig	hoch					
			1	2	3	4	5					
Auswirkung / Bedeutung	Der Prozessschritt kann nicht durchgeführt werden. Es besteht ein hohes Risiko für Personen, z.B. durch irreversible Schädigung oder sogar Tod, oder für die Umwelt. Kosten immens.	äußerst schwerwiegend	5						5	unwahrscheinlich	Nicht zu entdeckendes Ereignis.	Wahrscheinlichkeit der Fehlerentdeckung
	Der Prozessschritt kann nicht oder nur wesentlich eingeschränkt durchgeführt werden. Es besteht ein Risiko für Personen, z.B. durch Verletzung, oder die Umwelt. Erhebliche Kosten.	schwerwiegend	4						4	sehr gering	Kaum zu entdeckendes Ereignis.	
	Das Ereignis führt zu Belästigung und Verärgerung. Der wesentliche Prozessschritt ist nicht beeinträchtigt. Keine Gefährdung von Personen und Umwelt. Merkbare Kosten.	mäßig	3						3	gering	Das Ereignis ist nicht leicht zu entdecken.	
	Geringfügige Belästigung. Keine nennenswerte Beeinträchtigung des Prozessschritts. Keine Gefährdung von Personen oder Umwelt. Vertretbare Kosten.	unbedeutend	2						2	mäßig	Auffälliges Ereignis (z.B. Alarm an einem Gerät). Deutliche Ereigniswirkung bei rechtzeitiger Abstellbarkeit.	
	Das Ereignis wird entweder nicht bemerkt oder nicht als störend empfunden. Keine Gefährdung von Personen oder Umwelt. Nicht Kostenrelevant.	kaum wahrnehmbar	1						1	hoch	Das Ereignis wird sicher rechtzeitig entdeckt.	

FMEA

Auswirkung / Bedeutung x Eintrittswahrscheinlichkeit x Wahrscheinlichkeit der Fehlerentdeckung = Risikoprioritätszahl

Bearbeitung CIRS Auswertungsteam

Analysemethode:

Ishikawa-Diagramm

Bearbeitungszeitraum:

22.10.2010 – 30.11.2010

Beteiligte /

Prozessverantwortliche:

Haustechnik / Anästhesie

Pflege / Med. Fachpersonal

Status:

durchgeführt / evaluiert

Kosten:

ca. 400 Euro

Bewertung nach Umsetzung:

Eintrittswahrscheinlichkeit:

sehr gering

Auswirkung / Bedeutung:

äußerst Schwerwiegend

Fehlerentdeckung:

hoch

RPZ: 10

Sachlage

- Eine Ersatzbeschaffung der Rufanlage würde ca. 30000 Euro kosten und ist nicht ohne eine Baumaßnahme im Zentral OP möglich
- Grundsätzlich wird mittelfristig eine neue Kommunikationsanlage an allen Betriebsstellen verbaut

Maßnahme/ Projekt

- Die Klinik verfügt über einen DAKS – Telefon – Server der für automatisierte telefonische Alarmierungen (Haustechnik / Reanimationsteam) angeschafft wurde
- Der DAKS wurde entsprechend durch Programmierung erweitert
- Durch Anwahl der Nummer 5555 aus allen OP – Einleitungen und Sälen, wird ein definierter Personenkreis alarmiert
- Unterweisungen vor Ort
- Infoaufkleber wurden angebracht
- Einführung in allen Betriebsstellen

NOTFALL ANÄSTHESIE



5555



Katholische Kliniken
Emscher-Lippe GmbH

Meldungen

Meldungskennung: PSYS_92

Datum: 06.04.2011

Standort: St. Antonius KH

Beteiligte Klinik / Abteilung:

KIR Psychiatrie

Wer berichtet:

Pflege / Med. Fachpersonal

Bezug:

Beobachtend

Anonymer Kontakt:

Ja

Ursache:

Mitwelt / Arbeitsumfeld

Bewertung:

Eintrittswahrscheinlichkeit:

hoch

Auswirkung / Bedeutung:

schwerwiegend

Fehlerentdeckung:

sehr gering

RPZ: 100

Was ist passiert?

„Es ist bereits zweimal ein Rollstuhlfahrer, der den Hang am Haupteingang benutzt hat, unkontrolliert auf die Straße gerollt. Für Angehörige oder Personal ist es nur mit großem Kraftaufwand möglich den Rollstuhlfahrer zu halten.“

Wo bitte haben wir denn einen Ausgang in unserem Krankenhaus der auch für Rollstuhlfahrer geeignet ist???

Auch ist es den Rollstuhlfahrern nicht möglich die Telefonzelle an der Pforte zu benutzen (Tür zu schmal) oder auch der Dschungel der Verbindungs- und Feuerschutztüren auf den Gängen (sind ohne Hilfe für die Leute nicht zu öffnen..“

(Anonymisierte Originalmeldung)



KKEL

Katholische Kliniken
Emscher-Lippe GmbH





Steigung ca. 14 %

Bearbeitung CIRS Auswertungsteam

Analysemethode:

Ishikawa-Diagramm

Bearbeitungszeitraum:

06.04.2011 – aktiv

Beteiligte /

Prozessverantwortliche:

Haustechnik /

Betriebsingenieur /

Personalabteilung

Status:

Teilweise durchgeführt

Kosten:

Bislang ca. 500 Euro

Bewertung nach Umsetzung:

Eintrittswahrscheinlichkeit:

mäßig

Auswirkung / Bedeutung:

schwerwiegend

Fehlerentdeckung:

mäßig

RPZ: 32

Sachlage

- Krankenhaus bislang nicht Barrierefrei
- Bis zur CIRS - Meldung kein Warnhinweis für rollstuhlpflichtige Personen

Maßnahme/ Projekt

- Installation von Warnschildern „Bedingt Barrierefrei“ (Organisationsverschulden!)
- Installation einer Rufanlage
- Projekt „Barrierefreies St. Antonius Krankenhaus“ initiiert
- Förderungsantrag beim Integrationsamt NRW



Meldungen

Meldungskennung: NTSV_62

Datum: 22.11.2010

Standort: St. Josef Hospital

Beteiligte Klinik / Abteilung:

GEH Intensiv

Wer berichtet:

Pflege / Med. Fachpersonal

Bezug:

Verantwortlich

Anonymer Kontakt:

Nein

Ursache:

Müdigkeit, Unaufmerksamkeit,
unzureichende Medizintechnik

Bewertung:

Eintrittswahrscheinlichkeit:

hoch

Auswirkung / Bedeutung:

äußerst Schwerwiegend

Fehlerentdeckung:

sehr gering

RPZ: 100

Was ist passiert?

„Die Intensiv hat verschiedene Etiketten für die Beschriftung von Perfusorspritzen. Leider sind diese Etiketten oft sehr ähnlich und gerade während der Nachtdienste schwer zu unterscheiden.

Habe versehentlich einen Perfusor mit falschem Medikament neu bestückt. Erst bei der Dokumentation ist mir aufgefallen, dass der Perfusor eigentlich noch nicht leer hätte sein können. Habe dann frühzeitig genug bemerkt, dass ich die Etiketten Dopamin und Isoptin verwechselt habe. Beide Etiketten rot mit schwarzer Schrift. Dem Patient ist aber nichts passiert. Gott sei dank!!“

(Anonymisierte Originalmeldung)



KKEL

Katholische Kliniken
Emscher-Lippe GmbH

Bearbeitung CIRS Auswertungsteam

Analysemethode:

Ishikawa-Diagramm

Bearbeitungszeitraum:

22.11.2010 – 15.08.2010

Beteiligte /

Prozessverantwortliche:

Apotheke / Anästhesie

Pflege / Med. Fachpersonal

Status:

durchgeführt

Kosten:

ca. 3000 Euro

Bewertung nach Umsetzung:

Eintrittswahrscheinlichkeit:

mäßig

Auswirkung / Bedeutung:

äußerst Schwerwiegend

Fehlerentdeckung:

gering

RPZ: **45**

Sachlage

- Bislang gab es Spritzenetiketten in unterschiedlichsten Ausführungen
- Die Wahl der Farbcodes war unübersichtlich und ohne geregeltes Schema
- Jedes Haus hatte einen eigenen „Standard“

Maßnahme/ Projekt

- Initiierung Projekt „DIVI – Etiketten“ nach Vorgaben der Empfehlung der DGAI (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.)
- Ermittlung des qualitativen und quantitativen Bedarfs an allen Betriebsstätten
- Testungen verschiedener Anbietersysteme (Haft Eigenschaften ect.)
- Schulungen vor Ort
- Anpassungen zentral organisiert durch die Anästhesie



KKEL

Katholische Kliniken
Emscher-Lippe GmbH

Meldungen

Meldungskennung: GEB_112

Datum: 06.06.2011

Standort: St. Barbara Hospital

Beteiligte Klinik / Abteilung:

GLA Geburtshilfe

Wer berichtet:

Pflege / Med. Fachpersonal

Bezug:

Teilnehmend

Anonymer Kontakt:

Nein

Ursache:

Stress, Unaufmerksamkeit

Bewertung:

Eintrittswahrscheinlichkeit:

mäßig

Auswirkung / Bedeutung:

Schwerwiegend

Fehlerentdeckung:

gering

RPZ: 48

Was ist passiert?

„Üblicherweise wird im Kreißsaal zur Schmerztherapie Naropin 2mg verwendet. Nur diese Konzentration wird auch vom Kreißsaal von der Apotheke bestellt. Durch ein Versehen der Apotheke wurde Naropin 10 mg geliefert. Bei einer Patientin sollte die KPDA nachgespritzt werden. Dabei wurden versehentlich die 10 mg Naropin Ampullen aufgezogen. Beinahe wäre das Medikament appliziert worden. Warum gibt es bei uns Naropin in dieser Konzentration. Warum liefert man nicht bestellte Ware?“

(Anonymisierte Originalmeldung)



Bearbeitung CIRS Auswertungsteam

Analysemethode:

5-W-Methode

Bearbeitungszeitraum:

06.06.2011 – 01.07.2011

Beteiligte /

Prozessverantwortliche:

Apotheke /

Pflege / Med. Fachpersonal

Status:

durchgeführt

Kosten:

/

Bewertung nach Umsetzung:

Eintrittswahrscheinlichkeit:

gering

Auswirkung / Bedeutung:

Schwerwiegend

Fehlerentdeckung:

hoch

RPZ: *15*

Sachlage

- Klassische look-alike / sound-alike Problematik

Maßnahme/ Projekt

- Gespräch mit der Zentral – Apotheke
- Ad hoc Lösung
- Grundsätzlich wird die Kartonage des Naropin® in der 10 mg/ml sowie der 7,5 mg/ml Variante durch einen Aufkleber in Signalfarbe versehen
- Schulung der Mitarbeiter
- Naropin® in der 10 mg/ml sowie der 7,5 mg/ml Variante kann nicht mehr durch die Hebammen bestellt werden (Apothekenliste)



Meldungen

Meldungskennung: NTSV_66

Datum: 09.11.2010

Standort: St. Barbara Hospital

Beteiligte Klinik / Abteilung:

GLA Intensiv

Wer berichtet:

Pflege / Med. Fachpersonal

Bezug:

Verantwortlich

Anonymer Kontakt:

Ja

Ursache:

Müdigkeit, Unaufmerksamkeit,

Bewertung:

Eintrittswahrscheinlichkeit:

hoch

Auswirkung / Bedeutung:

äußerst Schwerwiegend

Fehlerentdeckung:

sehr gering

RPZ: 100

Was ist passiert?

„Ich habe im Nachtdienst ein Antibiotikum (Trockensubstanz) gelöst. Als ich dieses beim Patienten anhängen wollte, fiel mir auf, dass sich das Pulver kaum aufgelöst hatte. Auch nach intensiven Schwenken wurde es nicht besser. Ich habe dann kontrolliert, mit welchem Lösungsmittel ich das Antibiotikum gelöst habe. Mit erschrecken habe ich dann festgestellt, dass ich versehentlich eine 100 ml KCL Stechampulle genommen habe. Nicht auszudenken was passiert wäre, hätte ich das Antibiotikum angehängt.“

(Anonymisierte Originalmeldung)



Bearbeitung CIRS Auswertungsteam

Analysemethode:

Ishikawa-Diagramm

Bearbeitungszeitraum:

09.11.2010 – 16.12.2010

Beteiligte /

Prozessverantwortliche:

Apotheke /

Pflege / Med. Fachpersonal

Arzneimittel - Kommission

Status:

durchgeführt

Kosten:

Marginale Mehrkosten

Bewertung nach Umsetzung:

Eintrittswahrscheinlichkeit:

gering

Auswirkung / Bedeutung:

äußerst Schwerwiegend

Fehlerentdeckung:

hoch

RPZ: *15*

Sachlage

- Bislang wurden in den Intensivstationen zur Kalium – Substitution Kaliumchlorid 7,45% als klare Lösung eingesetzt
- Elektrolytkonzentrate waren im Schrank für Infusionslösungen zusammen mit anderen 100 ml Gebinden (zum Beispiel NaCl 0,9%) aufbewahrt

Maßnahme/ Projekt

- Umstellung auf blau gefärbtes Kaliumchlorid 7,45% in allen in Frage kommenden Bereichen der KKEKEL
- Schulungen der Mitarbeiter





RISIKOMANAGEMENT KKEK

Fragen?

Anregungen?

Vielen Dank!



Heute schon geCIRSt ?

KKEK

Katholische Kliniken
Emscher-Lippe GmbH