

Fehlermanagement und CIRS zur Stärkung der Patientensicherheit

Grundlagen-Workshop für Arztpraxen

Datum

Ort



Agenda des Workshops

Begrüßung

Teil 1: Fehler verstehen

Teil 2: Fehlermanagement in den Praxisalltag integrieren

Fragen und Diskussion jederzeit

Evaluation am Ende



Ihre Erfahrungen mit Fehlern

- Was ist **für Sie** ein Fehler?
- Wie gehen Sie mit Fehlern um?
- Welche **Reaktionen** erleben Sie ...bei sich selbst, Kolleginnen und Kollegen, Patientinnen und Patienten?
- Haben Sie **eigene Erfahrungen** als Patient/in?



Was ist ein Fehler?

Eine **Handlung** oder ein **Unterlassen**,
bei dem eine Abweichung vom **Plan**,
ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt.
Ob daraus ein Schaden entsteht, ist für die
Definition des Fehlers irrelevant.

Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)

<https://www.aps-ev.de/glossar/>



Beispiele von Fehlern in Ihrer Praxis

Wann und wie könnte es in
Ihrer Praxis zu Fehlern
kommen?

Beispiele: Medikamentenfehler

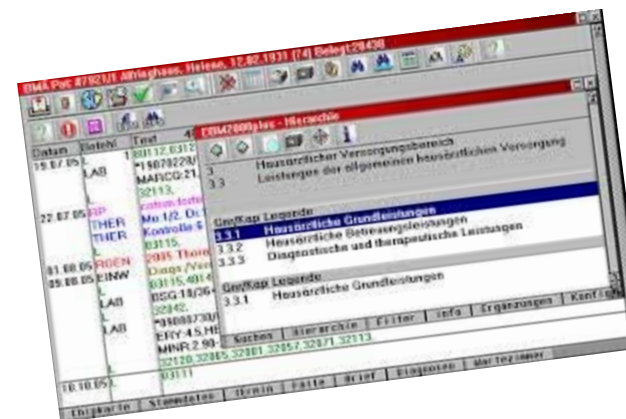
- Falsche Dosierung eines Medikaments verordnet
- Dem Patienten das Rezept ohne Unterschrift mitgegeben
- Rezept wurde aus Versehen einem anderen Patienten mitgegeben
- Bei einer Impfung nur Trägerlösung gespritzt hat, ohne darin die Trockensubstanz aufzulösen
- Medikament in die Kurzinfusion gespritzt, anstatt s.c. zu geben

Name	Stärke	Menge	Einheit	Dosis	Weg	Zeit
Anästhesin Injektion Amp. 10 x 0.5 ml						



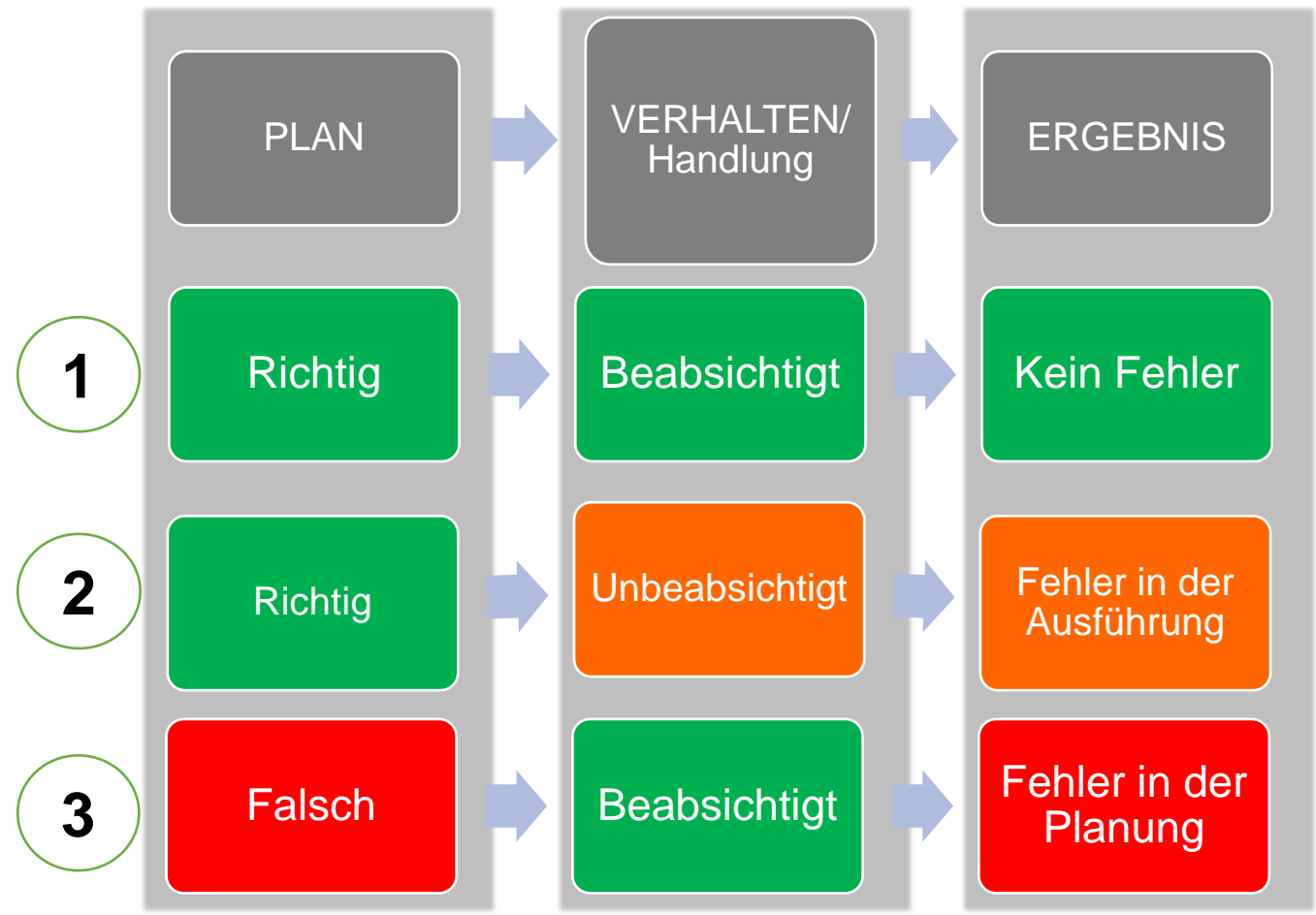
Beispiele: Patienten-Verwechslungen

- Befunde bei falschem Patienten eingescannt
- Dem falschen Patienten Blut abgenommen
- In der Praxissoftware die falsche elektronische Patientenakte aufgerufen
- Einen falschen Namen auf die Einweisung geschrieben



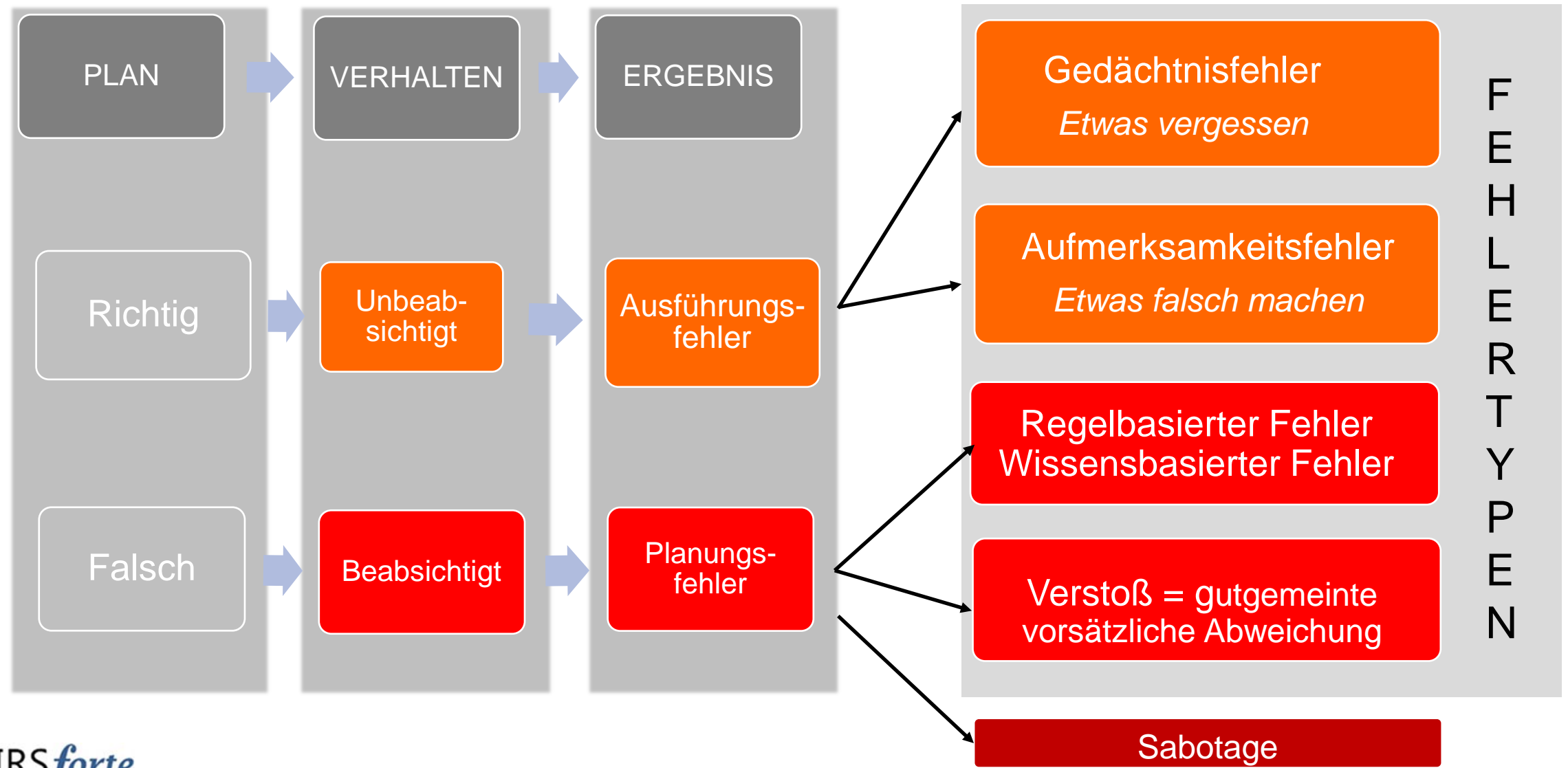


Welche Arten von Fehlern gibt es?





Welche Arten von Fehlern gibt es?





Welche Arten von Fehlern gibt es?

Welche Fehlertypen beschreiben die vier Beispiele?

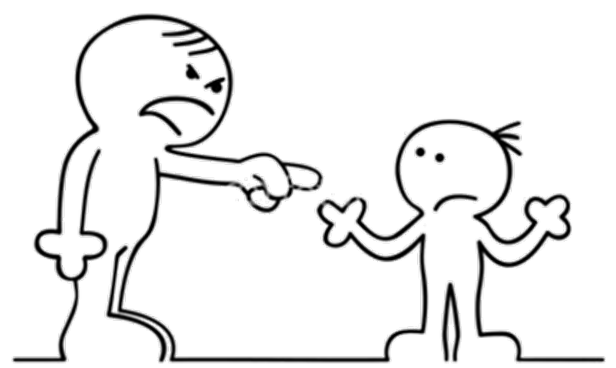
Warum ist es wichtig, die Fehlertypen zu kennen?



Wie gehen wir mit Fehlern um?

Der Bestrafungsmythos

Wenn wir Leute für Fehler **bestrafen**, werden sie weniger Fehler machen.



Der Perfektionsmythos

Wenn wir uns richtig **bemühen**, werden wir keine Fehler machen.





***Besser
aufpassen
hilft nicht!***

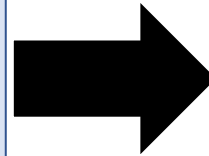


Wie gehen wir mit Fehlern um?

Personenorientierte Sichtweise

„Traditioneller“ Umgang mit Fehlern

- Fehler werden durch Eigenschaften einer Person verursacht, z.B. Unaufmerksamkeit, Unwissen, Vergesslichkeit, Nachlässigkeit.
- Die Person ist „schuld“.
- Gegenmaßnahmen: Veränderung des einzelnen Menschen, z.B. Bestrafung, Aufforderungen zu mehr Aufmerksamkeit, Schulung.



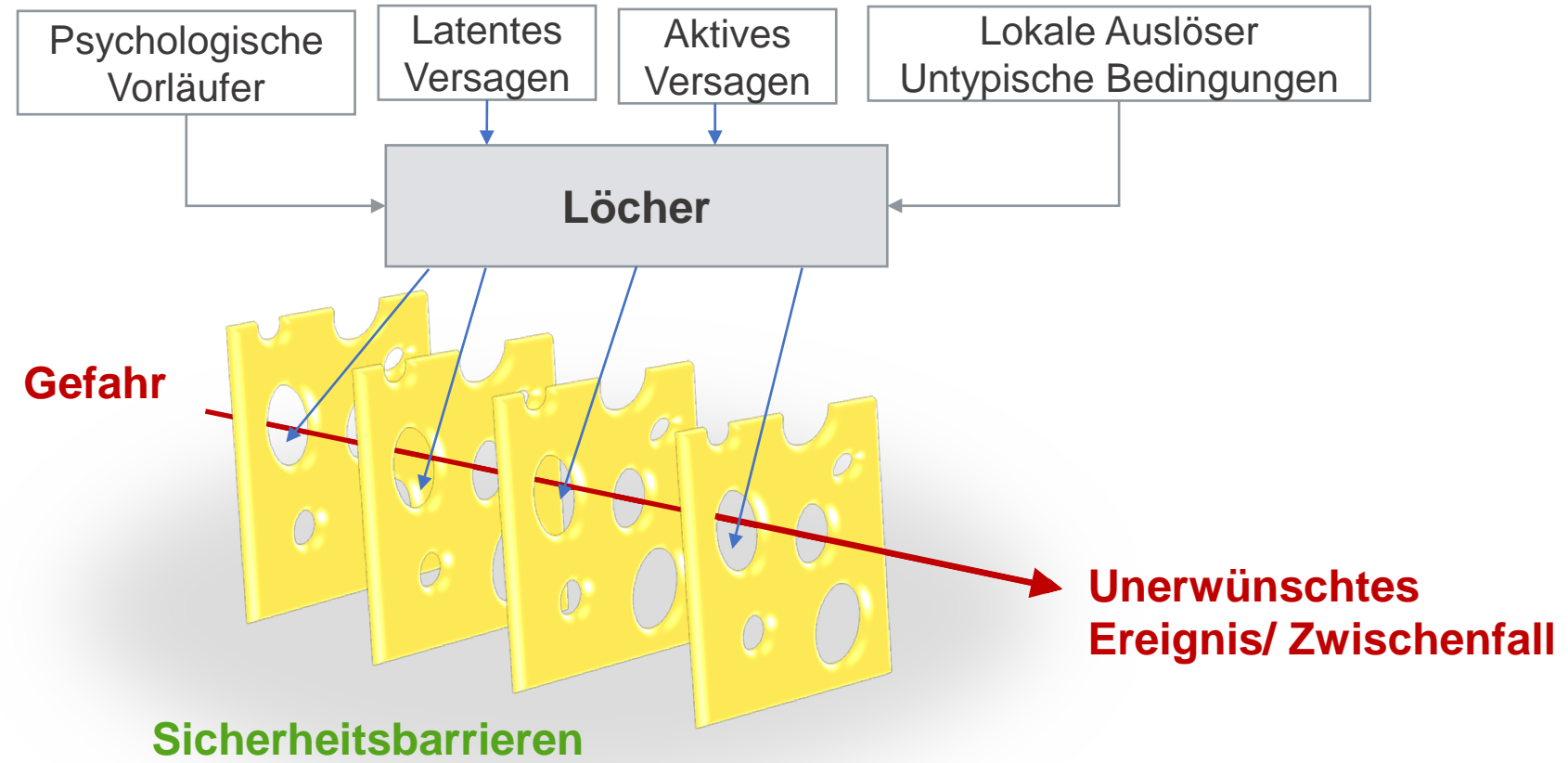
Systemorientierte Perspektive

Erstrebenswerter Umgang mit Fehlern

- Fehler werden nicht absichtlich gemacht, sondern passieren, weil Menschen fehlbar sind.
- Fehler sind die Konsequenzen von latenten Systemproblemen, z.B. Überlastung, Übermüdung, unklaren Verfahren.
- Gegenmaßnahmen: Veränderung der System- und Arbeitsbedingungen.



Wie entstehen Fehler?



Schweizer-Käse-Modell von James Reason (xx)



Wir sehen nur die Spitze des Eisberges





Wie entstehen Fehler?

Welche beitragenden Faktoren
(fehlerbegünstigenden Rahmenbedingungen)
können Sie in dem Fallbeispiel erkennen?

Fallb

EDV, Zeilenabstand
Lesebrille
Abgelenkt
Unwissenheit

Verklickt?
Verguckt?
Nicht gewusst?

Bei Übernahme eines neuen Medikaments aus der Datenbank der Praxis-Software kommt es zur Übernahme des Medikaments in der

Gegengelesen?
Vor Ausdruck
unterschrieben? – Prozess?

... fenden Medikament.

Das in der EDV vorbereitete und unterschriebene Rezeptformular wird zum Ausdruck an die Anmeldung gegeben.

Die Apotheke, die den Patienten kennt, ruft nicht die Verordnung eines onkologischen Medikaments eigentlich auf.

Wahrgenommen?
Lesebrille? Wissenstand?
Doktor wird's schon wissen

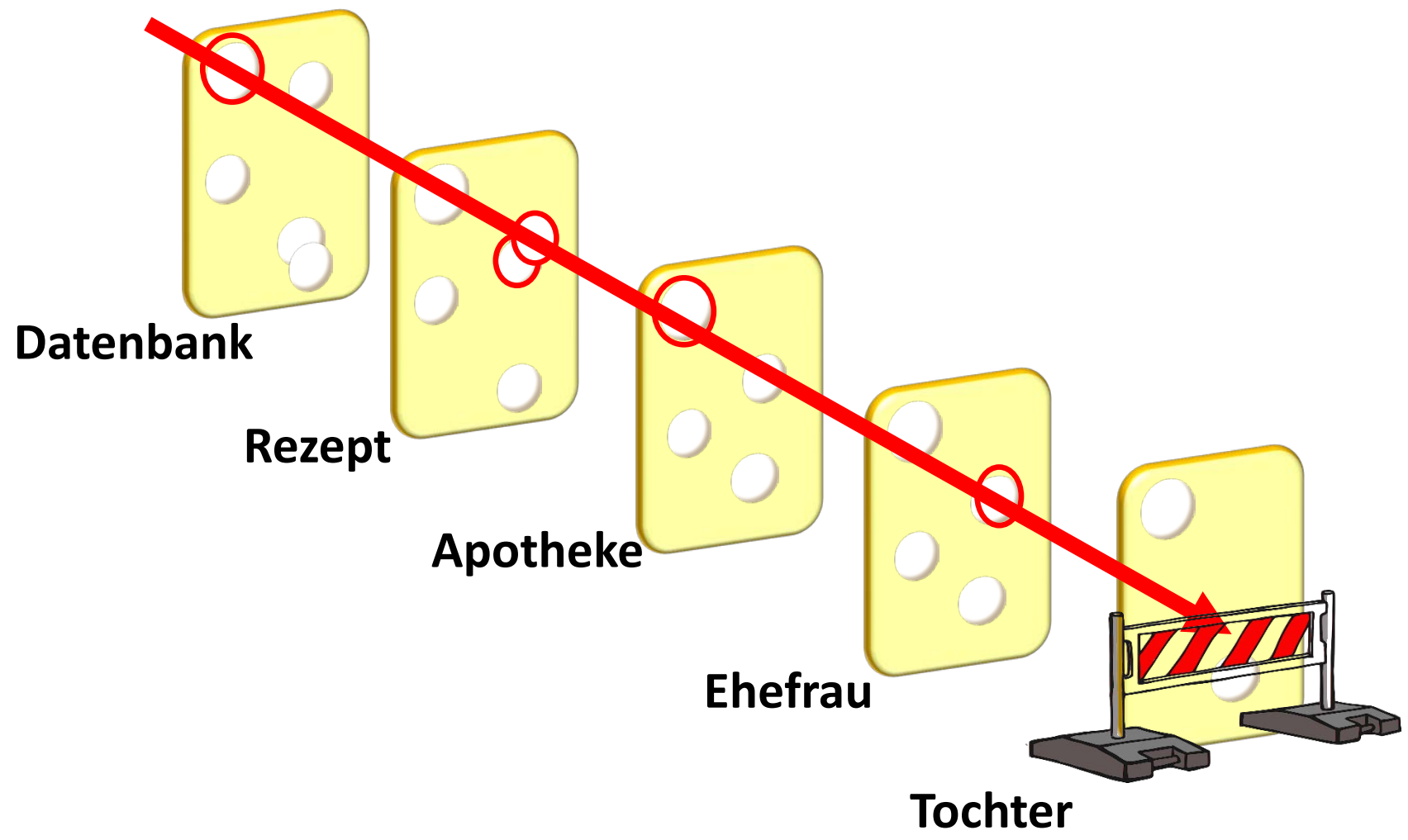
Die Ehefrau des Patienten verabreicht die Medikamente nach dem (und wundert sich nicht über den – wie

Nicht gesehen?
Zeit, Stress, Hektik?
Neue Mitarbeiter?
Unwissenheit?
Ablauf unbekannt?

... schließlich auf, dass das vorhandene Medikament nicht mit dem im Plan genannten übereinstimmt.



Wie entstehen Fehler?



Zusammenfassung

Alle machen Fehler.

Fehler werden **nicht absichtlich** gemacht.

Wir suchen **keine Schuldigen**, sondern Ursachen.

Bei der Suche nach den Fehlerursachen haben wir das ganze **System** im Blick, nicht nur den Menschen.

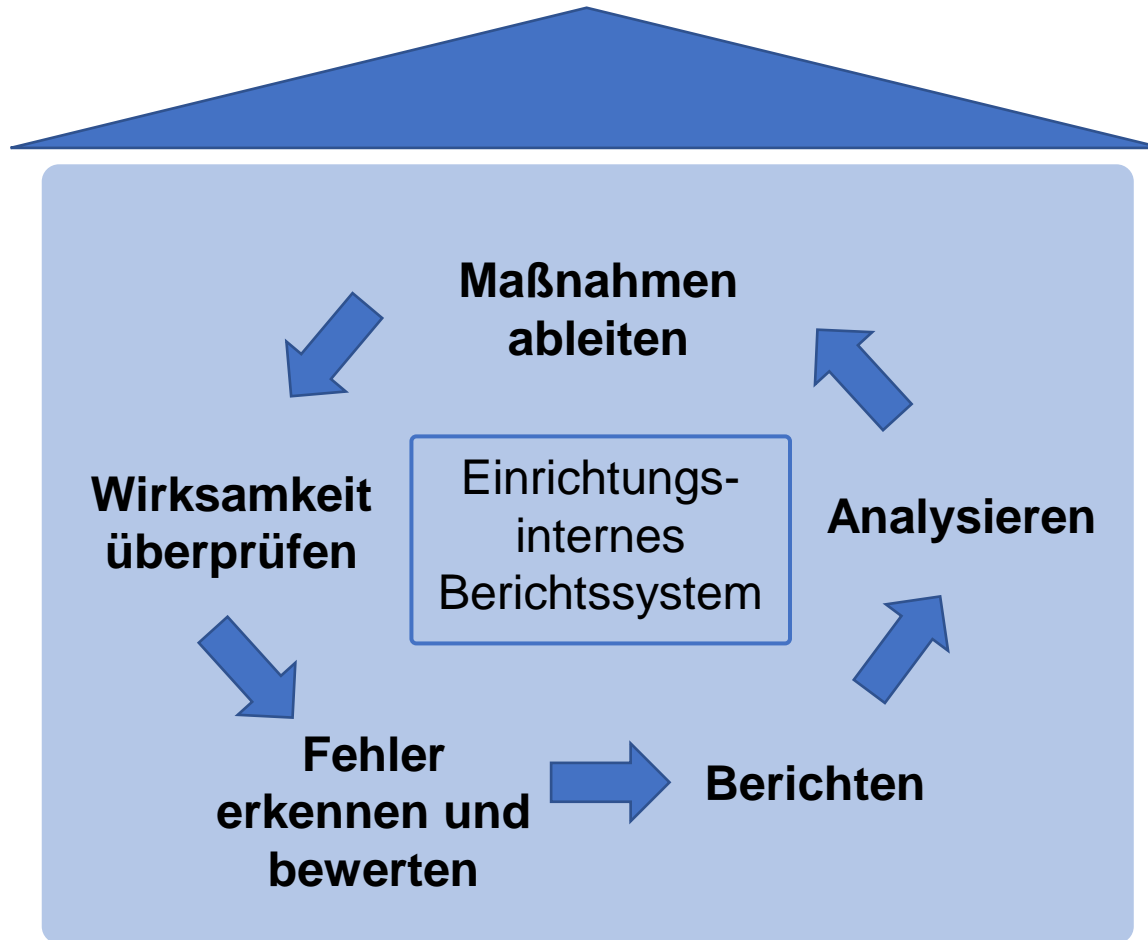
PAUSE



Teil 2: Fehlermanagement in den Praxisalltag integrieren



Was ist Fehlermanagement?



- Systematische Vorgehensweise
- Ziel: aus Fehlern und unerwünschten Ereignissen lernen und Patientensicherheit verbessern



Was ist ein CIRS?



Online-Arzt Dr. Johannes Wimmer



Voraussetzungen für ein effektives Fehlermanagement

"Effective risk management depends crucially on establishing a reporting culture. Without a detailed analysis of (...) incidents, near misses and "free lessons", we have no way of uncovering recurrent error traps or of knowing where the "edge" is until we fall over it".

J Reason: Human error: models and management. BMJ 2000

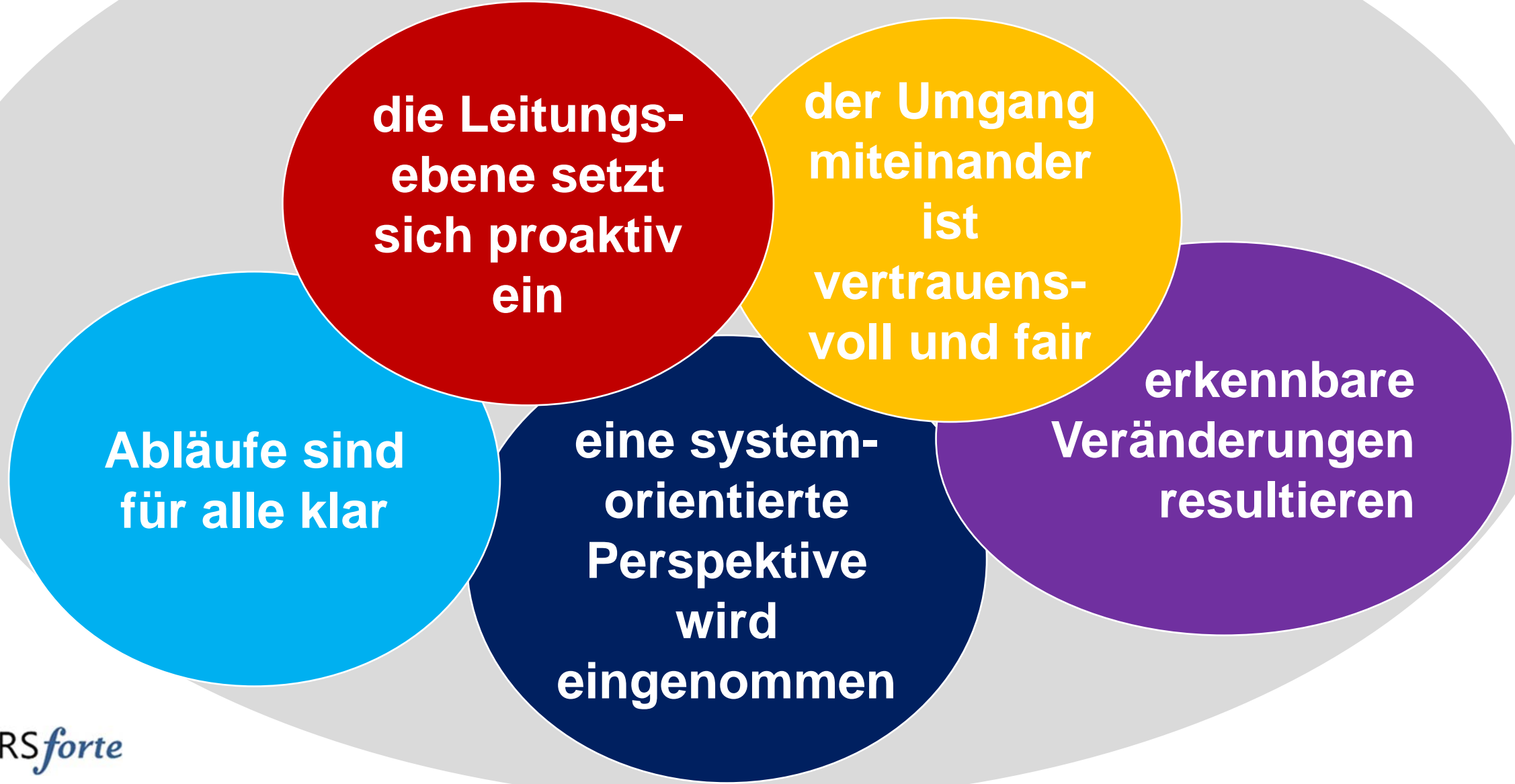


Voraussetzungen für ein effektives Fehlermanagement

Was kann die Bereitschaft in Ihrer Praxis fördern, offen über Fehler zu sprechen?

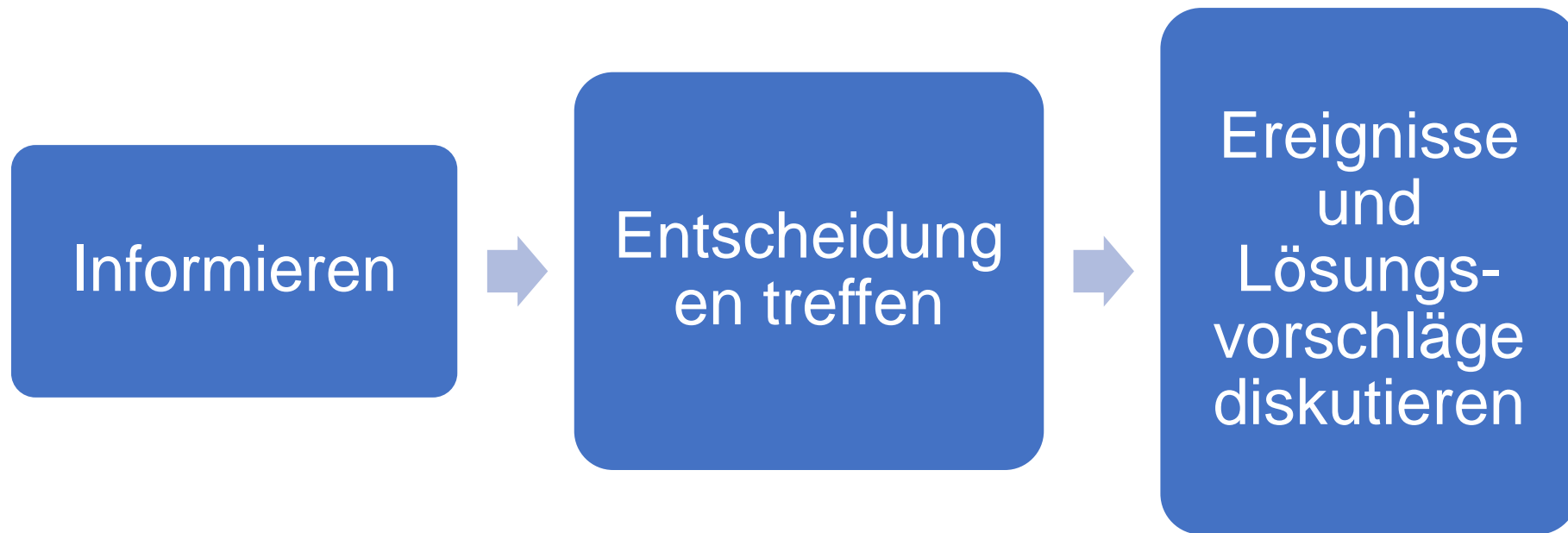


„Lernende Sicherheitskultur“





Fehlermanagement als fester Teil der Teamsitzung

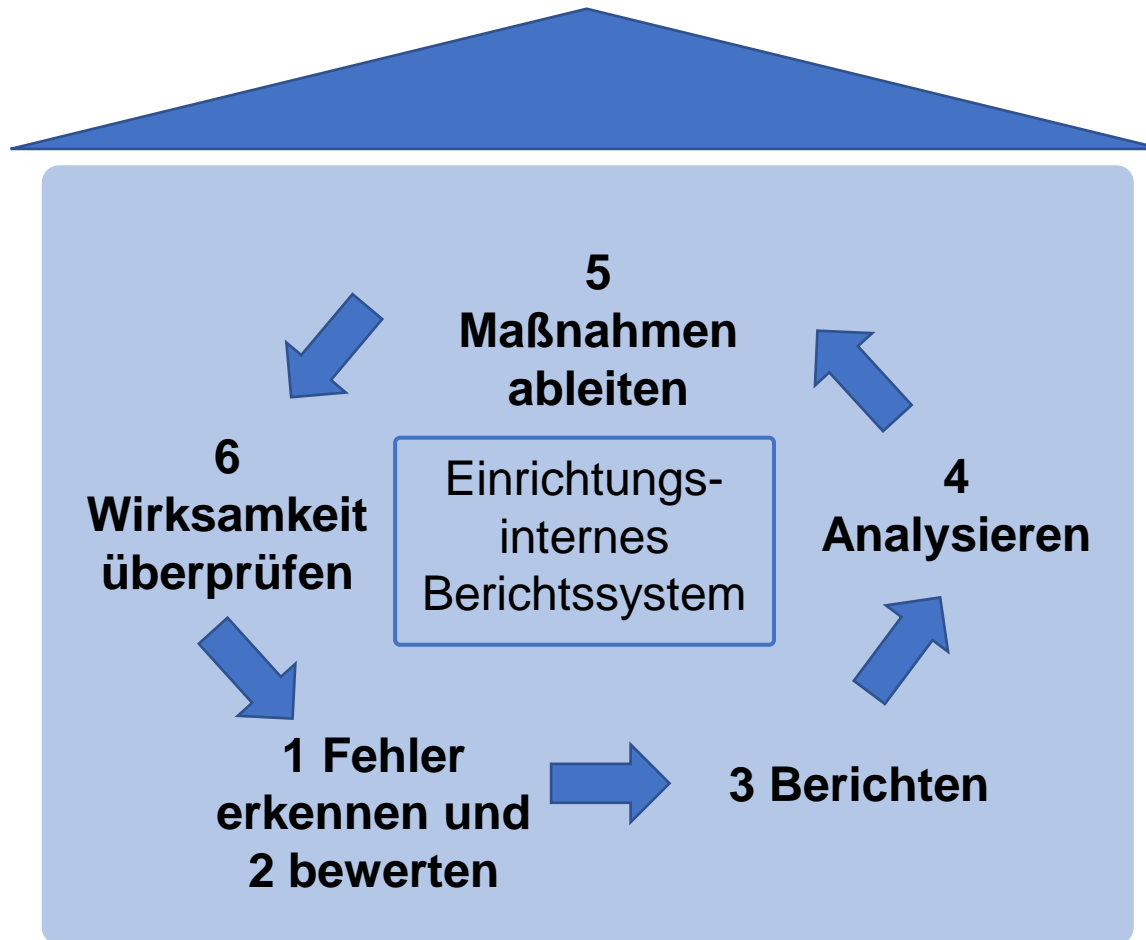


Arbeitsblatt *link* – Hilfestellung bei anfänglichen Entscheidungen

Online-Modul: Teamsitzung *link* – Hilfestellung für die Durchführung von Teamsitzungen



Die sechs Schritte beim Fehlermanagement





1 Fehler erkennen

Brainstorming in der Teamsitzung zur Identifizierung von Fehlern und Risikobereichen:

- Bei welchen Abläufen/Tätigkeiten sieht das Team Probleme und Risiken?
- Wo haben die MitarbeiterInnen schon häufiger gedacht "Das hätte auch schiefgehen können"?
- In welchen Bereichen wünschen die Teammitglieder sich mehr Sicherheit?
- Worüber haben sich Patienten beschwert?



2 Ereignis bewerten

Wie wahrscheinlich ist es, dass das Ereignis wieder auftritt?

- Häufig
- Möglich
- Selten
- Sehr selten
- unwahrscheinlich

5	Yellow	Red	Red	Red	Red
4	Yellow	Yellow	Red	Red	Red
3	Green	Yellow	Yellow	Red	Red
2	Green	Green	Yellow	Yellow	Red
1	Green	Green	Green	Yellow	Yellow
	1	2	3	4	5
	unbedeutend	gering	spürbar	kritisch	katastrophal

Wie könnte im schlimmsten Fall der Schaden für den Patienten sein?



3 Ereignis berichten

Papiergestütztes Format	Elektronisches Format	Mischung
z.B. Fehlerbuch	z.B. Fehlerpatienten-Akte in der Praxis-EDV	z.B. papiergestützter Berichtsbogen, nachträgliche Bearbeitung erfolgt elektronisch
Leicht zugänglich Geringe Kosten	Leichter Zugriff auf vergangene Ereignisse und Maßnahmen Keine Probleme mit unleserlicher Schrift	

- Strukturierte Vorlagen sind empfehlenswert
- Berichte enthalten keine Hinweise auf Personen
- Das Ereignis so konkret wie möglich beschreiben
- Alle können berichten



4 Ergebnis analysieren

- Sitzung des Praxisteam
- Chronologie des Ereignisses festlegen
- Identifikation von Fehlern:
 - Was ist nicht wie gewünscht abgelaufen?
 - Ist die Handlung nicht wie geplant durchgeführt worden oder lag dem ganzen ein falscher Plan zugrunde?
- Beitragende Faktoren systematisch suchen und identifizieren

Detaillierte Hinweise in APS Handlungsempfehlung:
Empfehlung zur Implementierung und Durchführung von Fallanalysen ([link](#))



4 Ergebnis analysieren

Beitragende Faktoren im System Arztpraxis

Patient: Krankheitszustand, Alter, Sprache, familiäres Umfeld ...

Aufgabe: medikamentöse Therapie, EKG, Impfung... (komplex?)

Individuum: Wissen, Erfahrung, Persönlichkeit, Gesundheitszustand..

Team: Hierarchie, Supervision, Kommunikation...

Arbeitsbedingungen: Personals, Arbeitsbelastung, Arbeitsplatz...

Organisation/Management: Praxisstruktur, Schulungen, Regeln...

Schnittstellen: Kliniken, Praxen, Gesundheitsamt...



5 Maßnahmen ableiten



www.alamy.com - BOYYEM

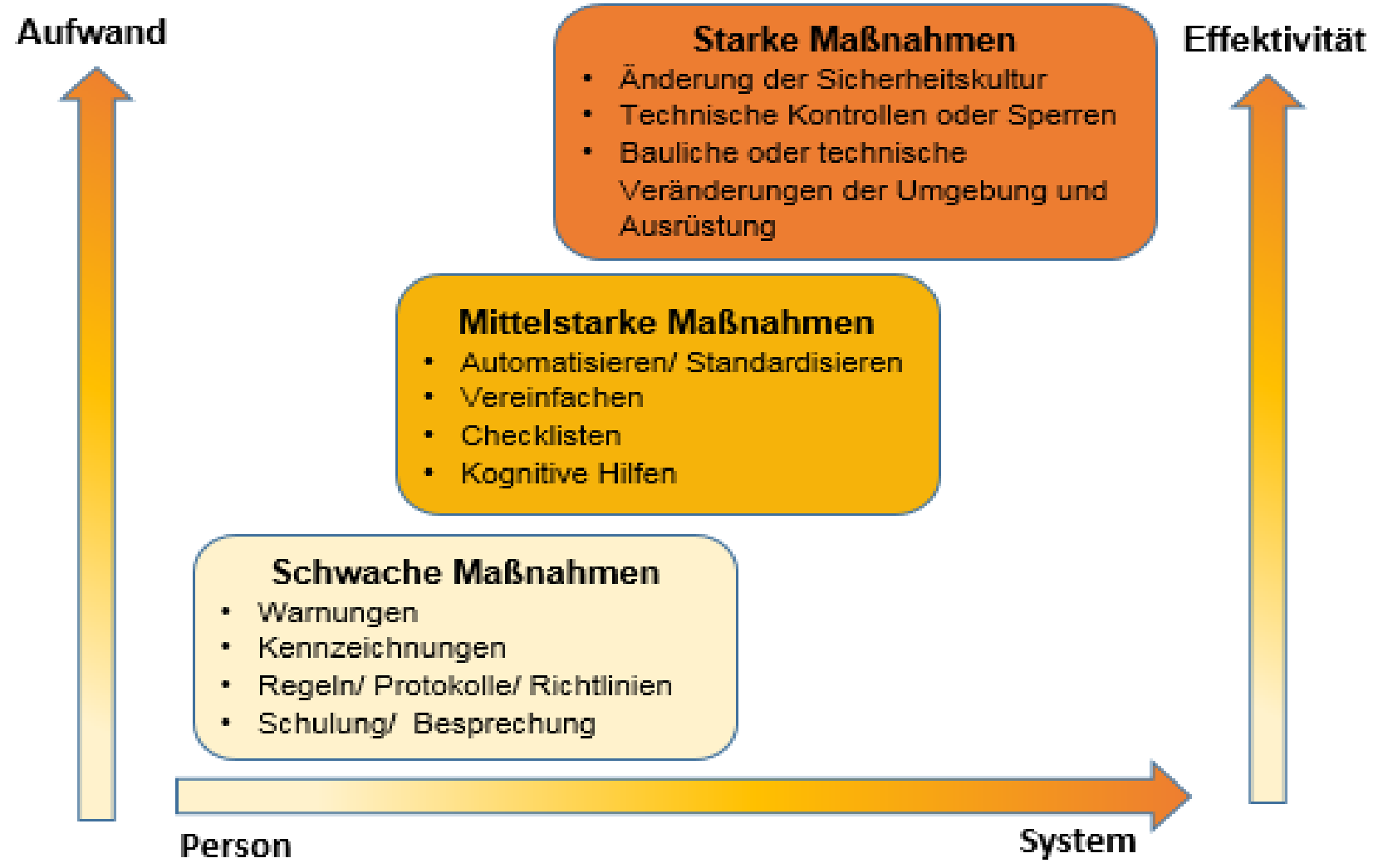


5 Maßnahmen ableiten in der Praxis

- **Gefahr eliminieren**
Keine Stühle mit Rollen in der Praxis
- **Verwechslungen vermeiden**
Nur eine Patientenakte kann im Praxisverwaltungssystem geöffnet werden
- **Gedächtnishilfen**
Im Laborblatt ein Profil mit den gewünschten Werten anlegen
Checklisten einführen
- **Unnötige Schritte vermeiden**
Arzt druckt das Rezept selbst aus
- **Ablenkungen reduzieren**
Rezepte werden am Ende der Sprechstunde kontrolliert und nicht zwischen den Behandlungen unterschrieben
- **Standardisieren**
Einarbeitungs-/Ablaufpläne erstellen



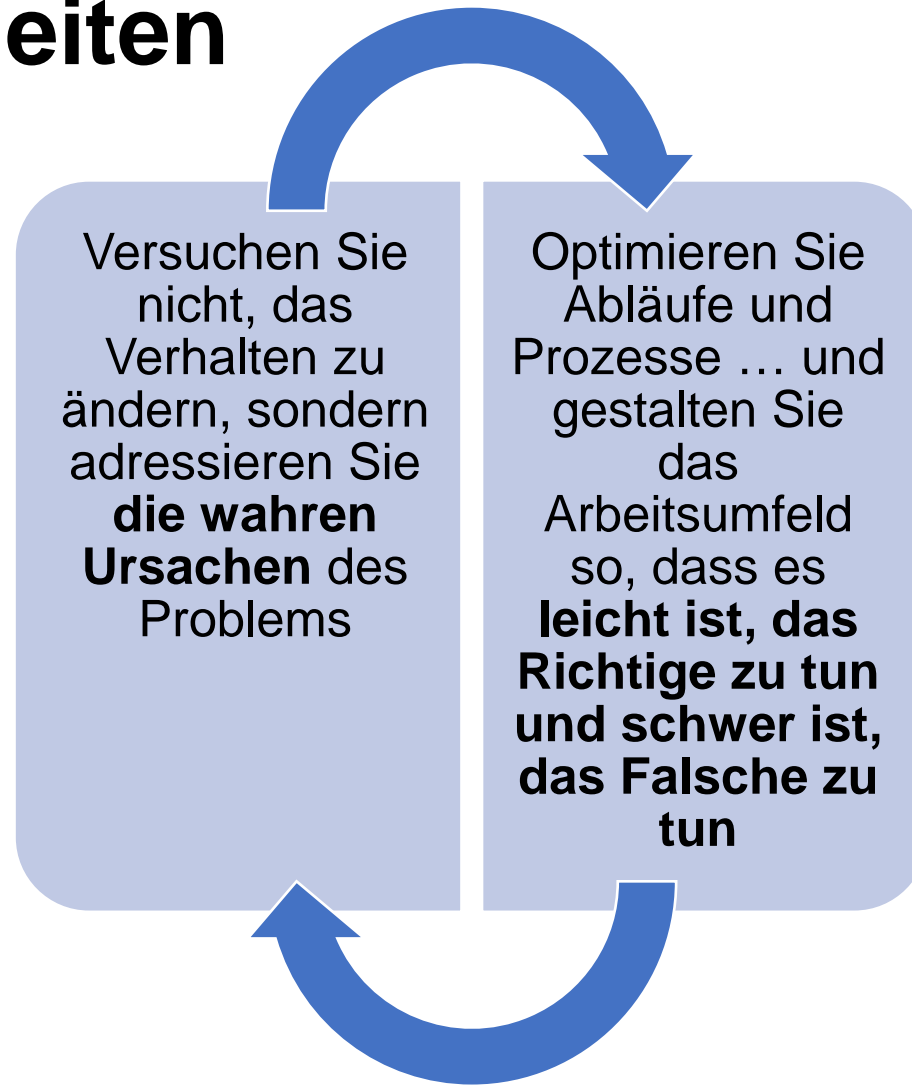
5 Maßnahmen ableiten





5 Maßnahmen ableiten

Mehr Informationen in dem Online Model ...xxx



6 Maßnahmen überprüfen

- Haben wir die Maßnahme umgesetzt?
- Sind Verbesserung erkennbar?
- Müssen wir die Maßnahme nachjustieren?



Rückmeldung ans Team

Erfolge feiern!



Fehlermanagement: Praktische Übung

Beschreiben Sie einen Fall so konkret wie möglich: was ist, wann, wie und wo passiert und was waren die Folgen?

Ist eine Handlung nicht wie geplant durchgeführt worden oder gab es einen falschen Plan?

Welche beitragenden Faktoren haben in dem Fall eine Rolle gespielt?

Beschreiben Sie die Maßnahmen, um den Fehler oder das Ereignis zukünftig zu vermeiden:



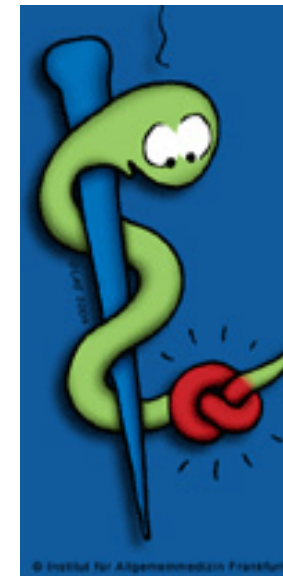
Einrichtungsübergreifende CIRS



Man muss nicht jeden Fehler selbst machen.
Man kann auch aus Fehlern anderer lernen.



<https://www.cirsmedical.de/nrw/>



<https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/>

Literaturhinweis



Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen im Gesundheitswesen.

**Handeln bevor etwas passiert.
Berichts- und Lernsysteme
erfolgreich nutzen.**

Zum Schluss alles auf einen Blick

Niemand macht absichtlich Fehler

Systematische Analysen identifizieren
Veränderungschancen

Voraussetzung ist eine offene, faire
und lernende Sicherheitskultur

Seien Sie neugierig und erforschen Sie
die wahren Ursachen eines Problems

Nutzen Sie die Chance und lernen Sie
auch von anderen

Vielen Dank fürs
Mitmachen.

Wir freuen uns über
Ihre Rückmeldung.



Kontakt