

Seiten- und Eingriffsverwechslung

13. Jahrestagung der GQMG

GQMG - Kompakt

Berlin, 27. 04. 2006

Zur Freiheit ermutigen



Soziale Verantwortung fördern

Nach Wahrheit streben



Prof. Dr. M. Schrappe, Dekan der Fakultät für Medizin der Universität Witten/Herdecke

Aktionsbündnis Patientensicherheit

www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de

Masterplan:



- ➔ Agenda Patientensicherheit 2005
- ➔ Projekte zu
 - Wrong Site Surgery
 - Medikationsfehler
 - Patientenidentifizierung
 - Aufbau eines Trainingszentrums
 - Konzept für nutzeradäquate Berichtssysteme
 - Curriculum und Fehlertraining
- ➔ Aufbau einer Netzstruktur mit Geschäftsstelle



Prof. Dr. M. Schrappe, Dekan der Fakultät für Medizin der Universität Witten/Herdecke

Adverse events: Einteilung

Medikamenten-bezogen

Eingriffs-bezogen

Technisch

Organisatorisch



Prof. Dr. M. Schrappe, Dekan der Fakultät für Medizin der Universität Witten/Herdecke

Seiten- und Eingriffsverwechslung

JCAHO Sentinel Event Report 1/1995 - 1/2004

Total Number of Sentinel Events Reviewed by the Joint Commission Since January 1995: 2455

Patient suicide	374	15.2%
Op/post-op complication	315	12.8%
Wrong-site surgery	300	12.2%
Medication error	282	11.5%
Delay in treatment	161	6.6%
Patient death/injury in restraints	112	4.6%
Patient fall	110	4.5%
Assault/rape/homicide	84	3.4%
Transfusion error	69	2.8%
Perinatal death/loss of function	67	2.7%
Patient elopement	48	2.0%
Fire	45	1.8%
Ventilator death/injury	38	1.5%
Anesthesia-related event	35	1.4%
Infection-related event	34	1.4%
Medical equipment-related	32	1.3%
Maternal death	28	1.1%
Infant abduction	18	0.7%
Utility systems-related event	18	0.7%
Other less frequent types	285	11.6%



Prof. Dr. M. Schrappe, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Witten/Herdecke

Seitenverwechslung: Häufigkeit

1994 - 2004 alle Claims einer Versicherung, die 30 Krhs. in Massachusetts versichert

- ➔ 1.426.901 inpatient und 1.399.466 outpatient surgeries
 - ➔ 1.412 Claims
 - ➔ 40 Wrong Site Surgery
 - 25 nonspine Cases
 - 12 echte Seitenverwechslung
 - 12 falscher Eingriffsort
 - 1 falscher Patient
 - ➔ 1 : 112.994 Operationen
 - CI 76.336 - 174.825

Kwaan et al.: Arch. Surg. 141, 2006, 353

Prof. Dr. M. Schrappe, Dekan der
Fakultät für Medizin der Universität Witten/Herdecke



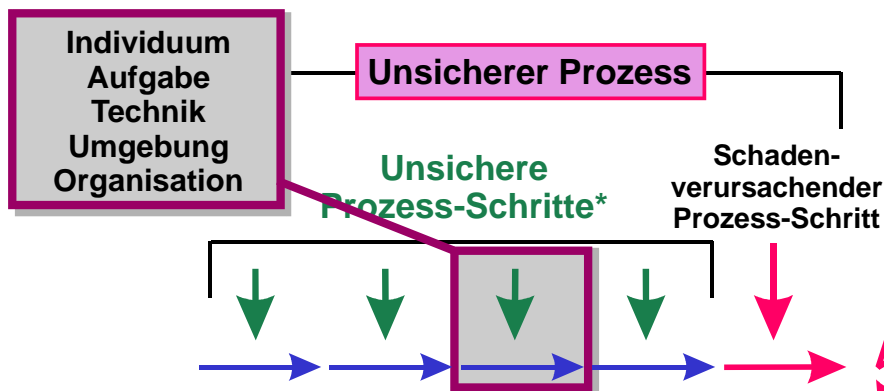
Seitenverwechslung

- ➔ Geschieht dem Erfahrenen!
- ➔ Nichts ist undenkbar
- ➔ Ausfall von Barrieren / Prüfinstanzen
- ➔ Es gibt typische Risikofaktoren - s. Prozessanalyse
- ➔ Eng verwandt mit Patienten- und Eingriffsverwechslung
- ➔ Andere Seite häufig auch operationswürdiger Befund

Prof. Dr. M. Schrappe, Dekan der
Fakultät für Medizin der Universität Witten/Herdecke



Schäden: Prozess-Sicht



* "Unsafe Acts" (Reason), "Care-Management Problems" (Vincent)

Prof. Dr. M. Schrappe, Dekan der
Fakultät für Medizin der Universität Witten/Herdecke



Ergonomy / Human Factors

"... is the scientific discipline concerned with the understanding of interaction among humans and other elements of a system and the profession that applies theory, principles, data, and methods to design in order to optimize human well-being and overall system performance."

International Ergonomics Association, zit. n. Carayon et al.,
J. Comm. J. Qual. Saf. 30, 2004, 405-10

Prof. Dr. M. Schrappe, Dekan der
Fakultät für Medizin der Universität Witten/Herdecke

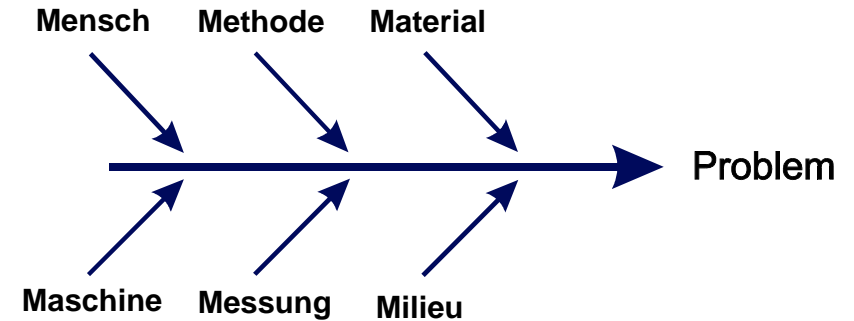


Prozessanalyse von Adverse Events

- ➔ Individuum
- ➔ Aufgabe
- ➔ Hilfsmittel und Technologie
- ➔ Physikalische Umgebung
- ➔ Organisation und System



Ischikawa-Diagramm



Prozessanalyse von Adverse Events

- ➔ Individuum
- ➔ Aufgabe
- ➔ Hilfsmittel und Technologie
- ➔ Physikalische Umgebung
- ➔ Organisation und System



Prozessanalyse von Adverse Events

- ➔ **Individuum:** Gedächtnis, schlechte Handschrift, Müdigkeit, Nichteinhalten von Sicherheitsmaßnahmen, Fehler
- ➔ **Aufgabe:** Schlecht definiert, wenig standardisiert, unübersichtlich gestaltet, Abweichung von Routine
- ➔ **Hilfsmittel und Technologie:** schlechtes Design, Fehlerhaft, ungenügend
- ➔ **Physikalische Umgebung:** Unübersichtlichkeit, Enge, Lärm, schlechtes Licht
- ➔ **Organisation und System:** keine klaren Prozeduren, zu hoher Workload, Patienten nicht involviert, Team nicht intakt, schlechte Kommunikation, keine klaren Zuständigkeiten



1. Aufklärung und Identifikation des Patienten

Wer: Der Operateur wenn möglich, oder ein Facharzt

Wann: Während des Aufklärungsgesprächs vor oder nach der Aufnahme

Wo: Ambulanz oder Station

Was:

- Überprüfung der Patientenidentität und des vorgesehenen Eingriffs anhand der Patientenakte bzw. geeigneter Patientenidentifikationssysteme
- Festlegung von Eingriffsort und Prozedur
- Juristisch wirksame Aufklärung über den Eingriff
- Aktive Befragung des Patienten zum Eingriffsort (antworten und zeigen lassen)
- Abschließender Abgleich mit vorangegangenen Untersuchungen (z.B. Patientenakte, Aufnahmen bildgebender Verfahren, Einweisungspapiere)

2. Markierung des Eingriffsortes

Wer: - In der Regel der Operateur

- an zweiter Stelle der in den Eingriff aufklärende Arzt

- an dritter Stelle ein erfahrener Arzt des Behandlungsteams

Wann: Am Vorabend im Rahmen der Aufklärung oder am Morgen des Eingriffs, außerhalb des OP

Wo: Ambulanz oder Station

Was:

- Überprüfung der Patientenidentität und des vorgesehenen Eingriffs anhand der Patientenakte bzw. geeigneter Patientenidentifikationssysteme
- Aktive Befragung des Patienten zur Prozedur und zum Eingriffsort vor der Prämedikation
- Markierung mit einem nicht abwischbaren Stift
- Markierungen nur am Eingriffsort und nicht z.B. auf der kontralateralen Seite
- Verwendung von eindeutigen Zeichen (Kreuz oder Pfeil) statt Worten (z.B. nicht durch „ja“ – „nein“)
- bei mehr als einem Eingriffsort, muss jeder Eingriffsort einzeln markiert werden

Empfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

00qm1rmlsweitenverwlaps_empf.cdr



Prävention von Seiten- und Eingriffsverwechselungen

Erfolgreiche Kommunikation zwischen Arzt, Pflegenden und Patient

- ➔ Arzt und Patient sollten sich in der Regel persönlich kennen
- ➔ Patient muß aktiv in die Eingriffserkennung eingebunden sein

4 Schritte bzw. Barrieren:

- (1) Aufklärung: Patient zeigt Eingriffsort
- (2) Markierung: Patient zeigt Eingriffsort, nicht abwischbar
- (3) Einleitungsraum: Identifizierung von Patient und Eingriff
- (4) Vor Schnitt: Team Time Out

4 Fragen: richtiger Patient / Eingriff / Rö / Implantat ?

Rothmund et al.: Handlungsempfehlungen ... Chir. Mitteilungen 1/2006, 37-39



Prof. Dr. M. Schrappe, Dekan der
Fakultät für Medizin der Universität Witten/Herdecke



Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !



Prof. Dr. M. Schrappe, Dekan der
Fakultät für Medizin der Universität Witten/Herdecke

