Projekt
„Empfehlungen zur Vermeidung von und zum Umgang bei **U**nbeabsichtigt belassenen **F**remdkörpern im **O**P - Gebiet“

- Daten ,
- Hintergründe
- Empfehlungen
- Ausblick

G.Leppin, P.Ebbeke,A.Zielke,D.Stengel, H.J.Arndt
,A.Furmaniak A.Kiefer,M.Krüger, B.Mallmann, C.Lessing,F.Petry,H.Roth,H.J.Standke, H.Siebert,

1.Treffen PG UFO LV Haus Berlin 23.6.08

Fallbeispiel Herr XY DPSB 012009

AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT

Projektgruppe
Unbeabsichtigt
Belassene Fremdkörper
Im Op Gebiet

Fall 2)
B
D
er tel
ar
se Bild
zu
au lte
"n
Oberarzt kam auf die Manipulations-Schliche, in dem dass der Oberarzt Chefarzt werden wollte. Die Staatsanwaltschaft hatte erfolgreich ermittelt. Gottlob für Patient keine weitere Folgeschäden ausser weiterer grosser OP.

Motiv des Chefarztes : Angst , existentiell ?

unserer Umgang mit Fehlern

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT
Projektgruppe
Unbeabsichtigt
Belassene Fremdkörper
Im Op Gebiet

Ziele

Aussagen zu :

- Hintergrund : Häufigkeit , Relevanz , Risikobereiche.....
- Möglichkeiten der Prävention
- Umgang / Verhalten bei vermutetem und eingetretenem Schadensfall

Für :

- mittelbar und unmittelbar Betroffene und System - Verantwortliche
- Lernende (Aus – Weiter - Fortbildung)

Methodik

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT
Projektgruppe
Unbeabsichtigt
Belassene Fremdkörper
Im Op Gebiet

- Bildung von Arbeitskreisen : Themenschwerpunkte , interprofessionell : 12.06.08
- Literaturrecherche medizin.Datenbanken, Handsuche 19997 – 2008
- Statistische Auswertung und Bewertung : M.Petry(Ecclesia), D.Stengel (MBZ DGU)
- Abstimmung , Konsentierung und Formulierung im Plenum
- Abstimmung mit medizin.Verbänden & Fachgesellschaften und APS Gremien
- abschließende Ausformulierung und Gestaltung
- Publikation & weiterer Umgang zur flächendeckenden Implementierung

Die Presse hat nicht immer Unrecht !
Wissen wir es besser ?

26. MAI 2002, NR. 21 FRANKFURTER ALLGE

Wisse

„Jeder half jedem, oh

GEOWISSEN
DIE WELT VERSTEHEN
www.geo.

Events
Skalpell, Tupfer, Schere…
Notfall-Training am künstlichen Patienten

MENSCH UND ARBEIT

r Sprachenfalle bei Hochrisiko-Arbeitsplätzen
ationsregeln werden in kritischen Situationen Fehler vermieden

Juni 2002 MOBILES LEBEN

Simulator-Technik

Ob Auto, Eisenbahn, Schiff oder Fl

Süddeutsche Zeitung Nr. 142 / Seite V1/1

TOD IM KRANKENHAUS

Einer von 1000 stirbt an Behandlungsfehler

Jedes Jahr sterben in Deutschland 17 000 Menschen durch einen Behandlungsfehler im Krankenhaus. Die meisten Todesfälle sind auf Infektionen und Arzneimittel-Nebenwirkungen zurückzuführen.

VON CHRISTOPH TROST

Berlin – Die Worte Ulla Schmidts waren an Deutlichkeit kaum zu überbieten. „Keiner von uns hätte gerne den gesunden Arm amputiert und den kranken noch dran", sagte die Bundesgesundheitsministerin am Montag mit Blick auf ein neues, erschreckendes Gutachten. Rund 17 000 Menschen sterben demnach in Deutschland Jahr für Jahr wegen vermeidbarer Fehler bei Krankenhaus-Behandlungen. Anders gesagt: Jeder tausendste Patient kommt wegen derartiger Fehler ums Leben.

Auch wenn die meisten dieser Todesfälle auf Infektionen und unerwünschte Arzneimittel-Nebenwirkungen zurückzuführen sind: Es waren die tragischen Einzelfälle, mit denen die Ministerin und das Aktionsbündnis Patientensicherheit am Montag dringenden Handungsbedarf anmahnten. Jeder zehnte Bundesbürger habe eine Rechts-Links-Schwäche, sagte der Gesundheits-Sachverständige Matthias Schrappe. Und weil davon eben auch Mediziner nicht ausgenommen seien, komme es bei Operationen „gelegentlich zu Seitenverwechslungen". „Das ist ein tragisches, extrem schlimmes Ereignis", sagte der Professor.

Schrappe hatte aber auch gleich ebenso einfache wie im Einzelfall rettende Tipps parat: Operations-Markierungen müssten eben direkt auf der Haut und dürften nicht auf Thrombose-Strümpfen gesetzt werden, die vor der OP ausgezogen werden. „Meinen Sie nicht, dass das unsinnig wäre. Aus solchen Dingen setzt sich die Wirklichkeit zusammen", sagte er.

Mit Blick auf zahlreiche Todesfälle nach Infektionen in Kliniken mahnte Schmidt, Hygiene-Fragen seien nicht nur ein Problem von Entwicklungsländern, sondern auch ein Problem der Indus-

Hier geht man rein, um gesund zu werden – Für 17 000 Menschen im Jahr endet der Krankenhausaufenthalt mit der Hygiene nicht so genau genommen wird.

17 000 Klinik-Tote durch Fehler

Erschreckende neue Studie über Patientensicherheit erschienen

Berlin – Jeder 1000. Todesfall in deutschen Krankenhäusern ist auf vermeidbare Behandlungsfehler zurückzuführen. Das geht aus der neuen Studie Patientensicherheit 2007 hervor. Demnach sterben jährlich durch falsche Behandlung, mangelnde Sorgfalt und Hygiene sowie Schlampereien bis zu 17 000 Patienten in Krankenhäusern. Frauen sind dabei häufiger als Männer betroffen.

Warum das so ist, kann der Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, Matthias Schrappe, nicht wissenschaftlich erklären. Es sei aber zu vermuten, dass dafür die höhere Leidensfähigkeit von Frauen verantwortlich sei. Diese meldeten sich entsprechend häufig erst dann, wenn es zu spät sei, etwa bei allergischen Reaktionen auf ein Medikament. Gesundheitsministerin Ulla Schmidt sagte, auch in der Medizin müsse mit Fehlern gerechnet werden. Ziel müsse aber der größtmögliche Schutz der Patienten „vor allen unerwünschten Ereignissen im Behandlungsprozess" sein. mm

WELTSPIEGEL

Zur Häufigkeit UFOs :
Ergebnisse der Lit. Recherche n= 221 Lit.stellen 1997 – 2008

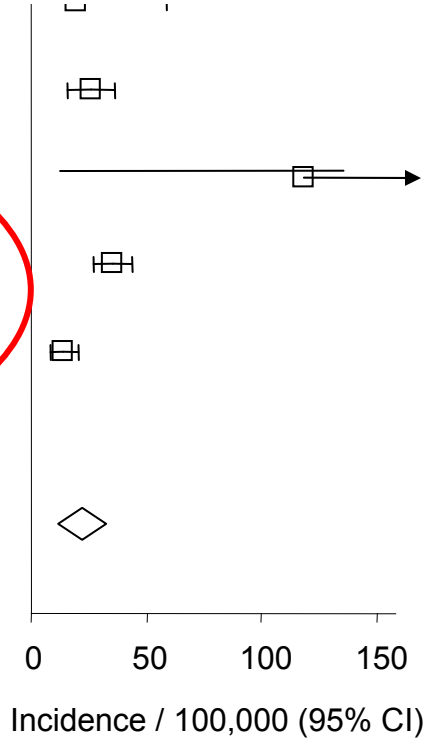
D.Stengel MBZ DGU 012009

Geschätzte Inzidenz : 20,9 (95% KI 14,1 – 27,7) / 100.000 Operationen

Hysterectomy, Laminectomy, Cholecystectomy, Splenectomy, Appendectomy

retrospektiv Fälle aus :

Eingriffen im Notfall & Trauma
Körperhöhlen
Gelenken
in den USA



*overlap possible

Ergebnisse der Lit. Recherche n= 221 Lit.stellen 1997 – 2008 PG „ UFO“

Übertragung auf BRD :

Anzahl Operationen unter stationären Bedingungen *

Es fehlt an verlässlichen Daten

Aufgabe für die Zukunft: Fallabfragen, prospective Erfassung ?

Häufige Fremdkörper in der Chirurgie

Hit Liste Art der UFOs

Literatur Survey : PG UFO

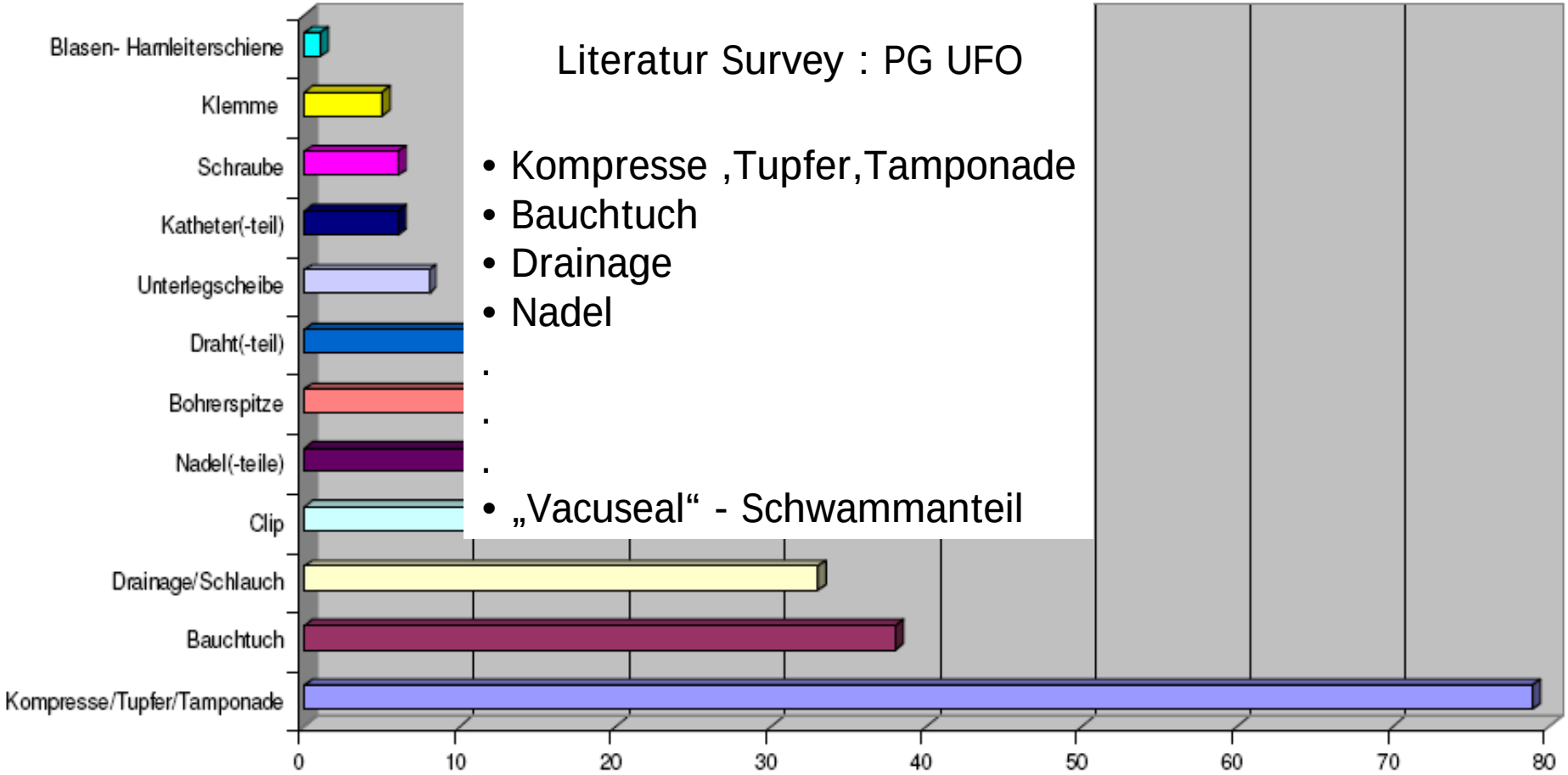
- Kompresse ,Tupfer,Tamponade
- Bauchtuch
- Drainage
- Nadel

.

.

.

- „Vacuseal“ - Schwammanteil



Literatur Survey : PG UFO

2.)Kosten durch belassene Fremdkörper im OP-Gebiet

Daten zu Kosten in Deutschland lassen sich in der mir bisher verfügbaren Literatur nicht ermitteln. Auch über die Krankenversicherungen ist eine solche Datenerhebung schwierig (Herr Dr.Kiefer vom AOK-Bundesverband: Leider verfügt die AOK über keine entsprechende Datenbas gressdaten auf mögliche Kosten rückzuschließen, da die elegt sind und somit eine händische Suche in den müsste.)

Relevanz :

Liegedauer : + 2,08 d

Kosten / Fall : 13.315 US$

Mortaliät : + 2,14 %

Untersuchung gepoolte Daten von 994 US Kliniken

C.Zhan , JAMA 2003

c)

Inkrementelle Kosten für eine Koronare Bypass-Operation (CABG) durch eine Unstimmigkeit bei der Zählkontrolle: US$ 932. USA-weit hochgerechnet wären dies Kosten von 24 Mio US$ jährlich zusätzlich bei CABG. Diese Zusatzkosten entstehen fast ausschließlich durch falsch-positive Ergebnisse, d.h. eine Unstimmigkeit bei der Zählkontrolle, die sich aber als „falscher Alarm“ herausstellt. Röntgen-Screening bei allen CABG Patienten würde USA-weit Kosten von 42,4 Millionen US$ verursachen

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT
Projektgruppe
Unbeabsichtigt
Belassene Fremdkörper
Im Op Gebiet

Fallbeispiel Herr XY DPSB 012009
Orginaltext

Fall 4 aus NRW
Zustand nach erfolgreicher Kaiserschnitt Geburt, dennoch mit belassener Mull Kompresse
Nach Kaiserschnitt Geburt gesundes Kind, dennoch eine Odysee von Beschwerden im Wundbereich.
Trotz mehrfachen erfolglosen Untersuchungen in dessen Klinik in dessen der Kaiserschnitt erfolgte, erst nach Klinikwechsel erfolgte erfolgreiche Dianostik, erfolgte weitere OP in dem die belassene Mullkompresse entfernt wurde, ging es der jungen Mutter wieder gut.
Ist es so schwer belassene Mullkompressen zu orden?? Weshalb werden die Patienten nicht ernst genommen??

Symptomatik

Sieben Fallserien, publiziert zwischen 1987 und 2007. 67 Patienten,

Zufallsbefund	10,4% (95% KI 4,3 – 20,3%)
Fieber	19,4% (95% KI 10,8 – 30,9%)

Gründe, Ursachen ?

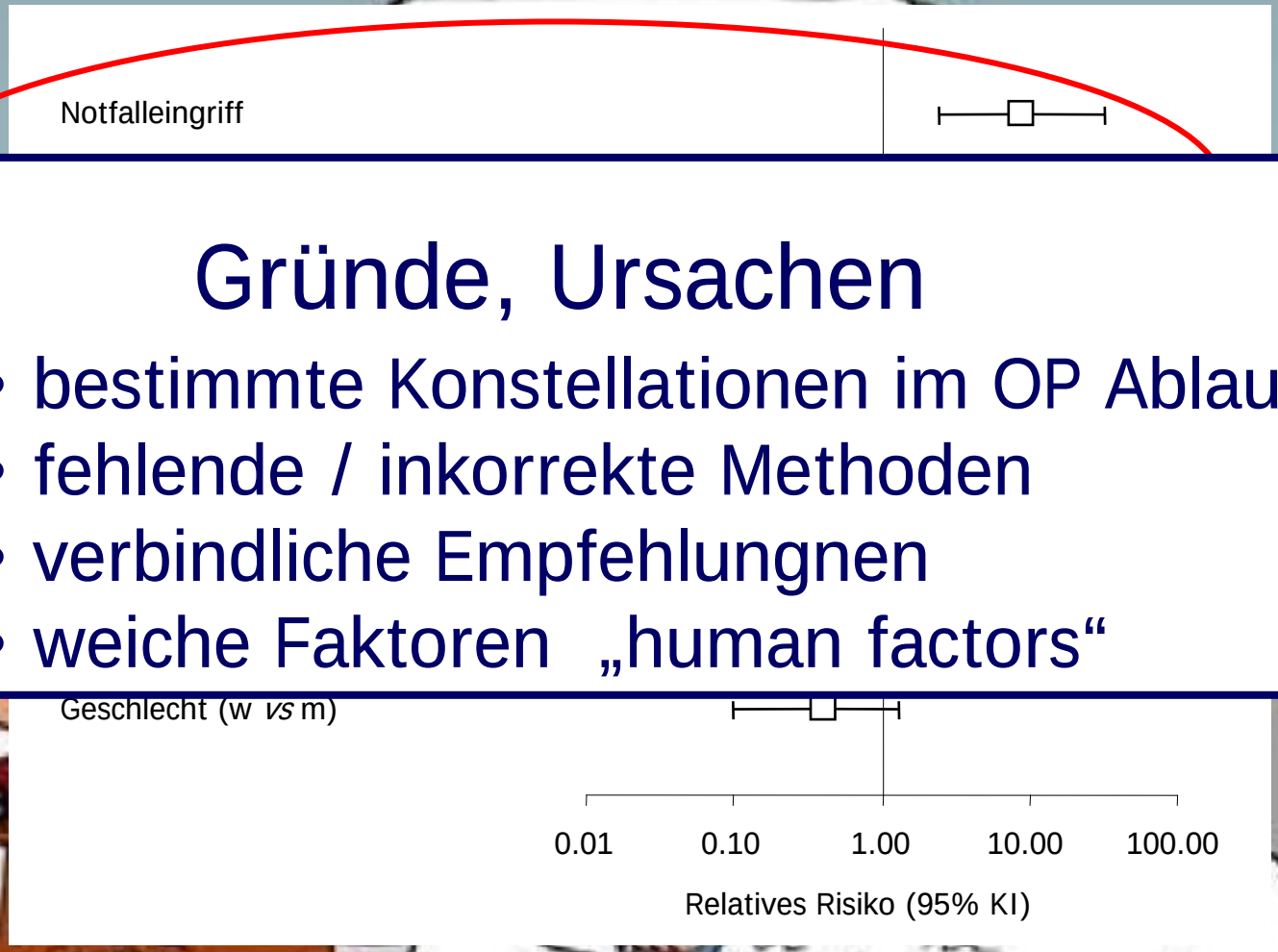
UFO : Zeit bis zur Diagnose

- mittleres Alter : 44,9 ± 16,9 Jahre.
- **mittleres Intervall : 3,3 ± 6,4 Jahre.**

Ergebnisse der Lit. Recherche n= 221 Lit.stellen 1997 – 2008 *PG „ UFO“*

Hoch - Risikosituationen

Gawande AA et al. *N Engl J Med.* 2003;348(3):229-35.



Gründe, Ursachen

- bestimmte Konstellationen im OP Ablauf
- fehlende / inkorrekte Methoden
- verbindliche Empfehlungnen
- weiche Faktoren „human factors“

Prävention UFO : Material Zählung

Reicht die Zählung aus?

Egorova NN et al. *Ann Surg* 2008;247(1):13-8.

Prävalenz	22 / 15326	(0,014%)
Sensitivität	17 / 22	(77,3%)
Spezifität	152196 / 153241	(99,3%)

- Selbst bei korrektem Zählergebnis
  besteht noch ein Restrisiko ~22% !

Prävention :
Post-op. Röntgen-Screening

Aufwand Rö Screening :

- 11,5 Mill.US$ pro entdeckter UFO – Fall
- Cor.Bypass Op : 24 Mill. US$ pro Jahr

J.Devan JSR 2007

Cima RR, Kollengode A, Garnatz J, Storsveen A, Weisbrod C, Deschamps C. Incidence and characteristics of potential and actual retained foreign object events in surgical patients. *J.Am Coll.Surg* 2008;207(1):80-7.

Gibt es wirksamere Interventionen zur Vermeidung? *

D.Stengel MBZ DGU 01 /2009

– Bar-coding von Tupfern[1]

– Röntgen-Screening[2] , Markierung mit chips[1]

→ Daten bisher nicht überzeugend

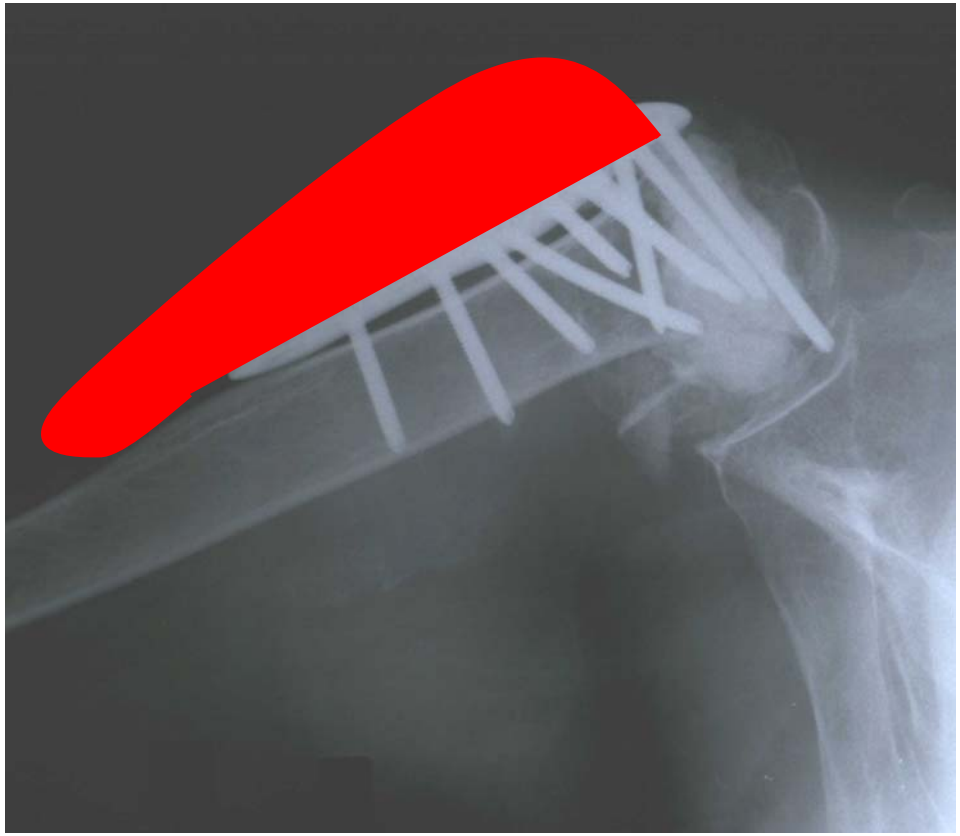
→ aufgrund der geringen Ereignisraten schwieriger wissenschaftlicher Nachweis

*

- Aktive Fehler & latente Bedingungen = Fehler im System
- „80% aller Unfälle in Hochrisikobranchen sind auf menschliche Fehler zurückzuführen“

P.Badke –Schaub, Hofinger G.
human factors : Psychologie sicheren Handelns. Springer , Heidelberg 2008

Aus meinem Verantwortungsbereich :
34 jähriger OP Mitarbeiter : Sturz Brasilien ,Flug nach SHA
OP am Sonntag Nachmittag
belassenes Zielgerät zur Platzierung der Implantate !



präventive Möglichkeiten

http://www.cartoonistgroup.com/bysubject/surgery/index.php?p=5&sid=

WHO Guidelines first edition 2008
UFO

References

1. Bani-Hani K
2. Egorova NN
3. Gawande A
4. Gonzalez-O
5. National A
6. Association
7. Australian
8. Operating
9. South Afric
10. Greenberg
11. American C

Reference list : WHO 11
PG UFO 221

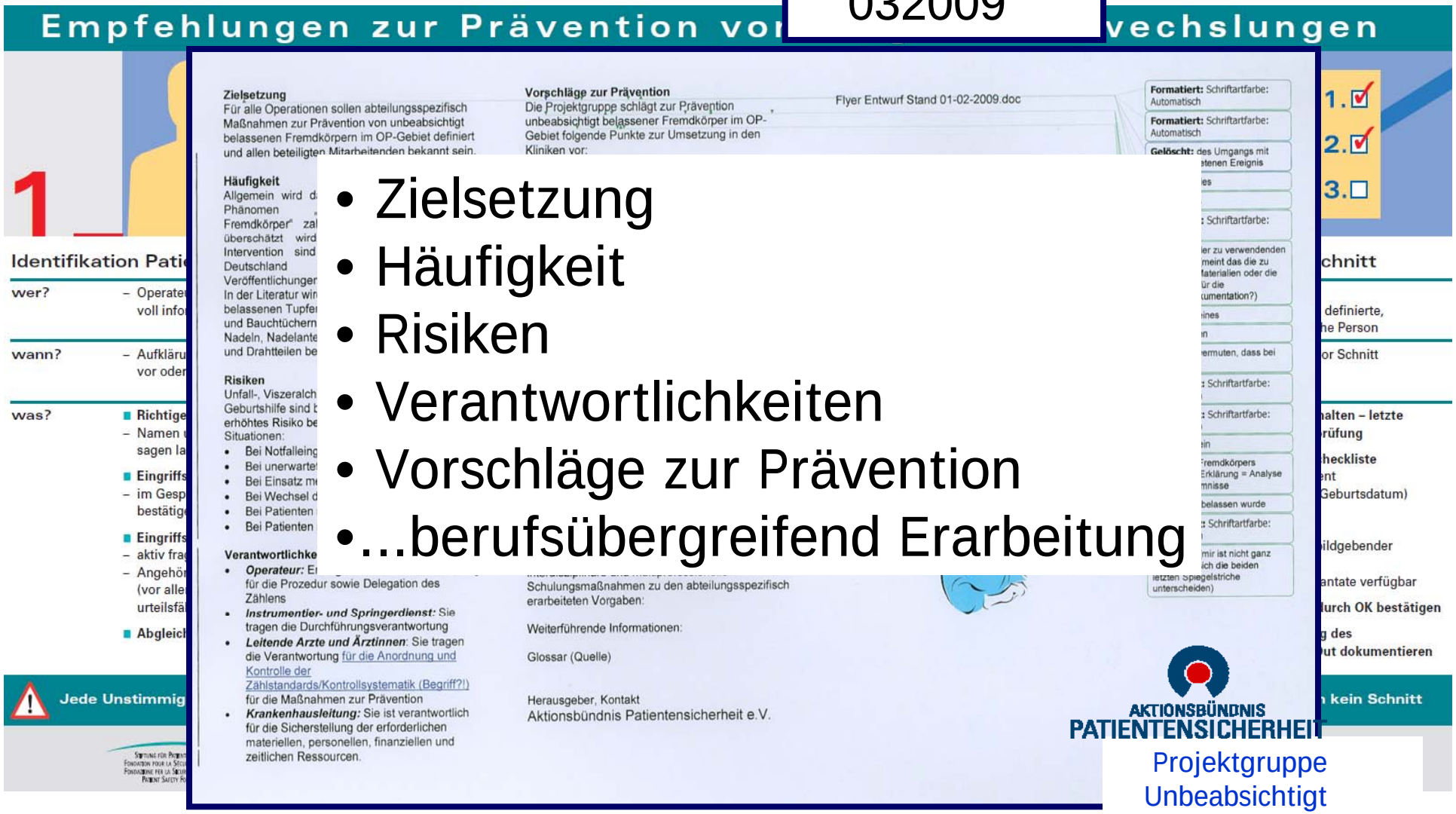
Wir vermissen :

Wie zählen & dokumentieren
Wann zählen : genauer
Wer zählt
Wer ist verantwortlich

Vorgehen bei Verdacht
bei Zähldifferenz

?

Entwurf Flyer
032009



- Zielsetzung
- Häufigkeit
- Risiken
- Verantwortlichkeiten
- Vorschläge zur Prävention
- ...berufsübergreifend Erarbeitung

Projektgruppe
Unbeabsichtigt
Belassene Fremdkörper
Im Op Gebiet

! Jeder Tupfer zählt !

! Zählkontrolle ist Teamarbeit !

! Jeder Tupfer zählt !

Präoperative Zählkontrollen

Alle zum Einsatz kommenden Materialien sind bekannt, gezählt und dokumentiert

Intraoperative Zählkontrollen

Alle ergänzten Materialien sind bekannt, gezählt und dokumentiert.

Postoperative Zählkontrollen

Der Patient verlässt den OP nur mit beabsichtigt eingebrachten Materialien.

Formatiert: Schriftartfarbe Automatisch

Formatiert: Schriftartfarbe Automatisch

Formatiert: Schriftartfarbe Automatisch

Empfehlungen :

- Erarbeitung und Festlegung klinikinternerStandards
- inerdiziplinäre und –professionelle Schulungen
- schriftliche Festlegung bei vermutetem / eingetretenem UFO

Entwurf Flyer 032009

gewissenhafte Zählkontrolle, auch im Rahmen eines Teamwechsels

Bestätigt die Ansage der Zählkontrolle

Klärt Diskrepanzen sofort und leitet ggf. weitere Maßnahmen ein

Intensivstation) sind durch diese zu dokumentieren.

! Sicherheit braucht Zeit !

! Stopp bei Unklarheiten !

! Dokumentation schützt !

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

Projektgruppe
Unbeabsichtigt
Belassene Fremdkörper
Im Op Gebiet

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

! Jeder Tupfer zählt!

(Untertitel mit UFO?)

Akronym?

Sicherheit braucht Zeit und Ruhe

Nicht nur der Operateur trägt Verantwortung

Stopp bei Unklarheiten

Dokumentation schützt und unterstützt

Zählkontrolle ist Teamarbeit

Entwurf Plakat für Op Bereich 032009

Fortsetzung Inhalt Glossar / Dokumentation , Broschüre : .

.. Prävention

Methoden und deren Effektivität ,mögliche Gefahrenquellen :

Zählkontrollen, Markierung , intra-post op Röntgen

Dokumentation , Hinweise bestehender nat. und internationaler Empfehlungen – WHO

Implementierung in QM,interprofessioneller Aus -/ Fort – Weiterbildung

Verantwortlichkeit , Qualifikation in Bezug auf derzeitige juristische Standards

C Vorgehen bei vermutetem Schadensfall :

Diagnostik, Therapie

Kommunikation Patienten und Betroffene

Vorgehen bei eingetretenem UFO

Kommunikation und Aufklärung

Haftungsfragen

juristischer Notfallkoffer

D Dokumentation

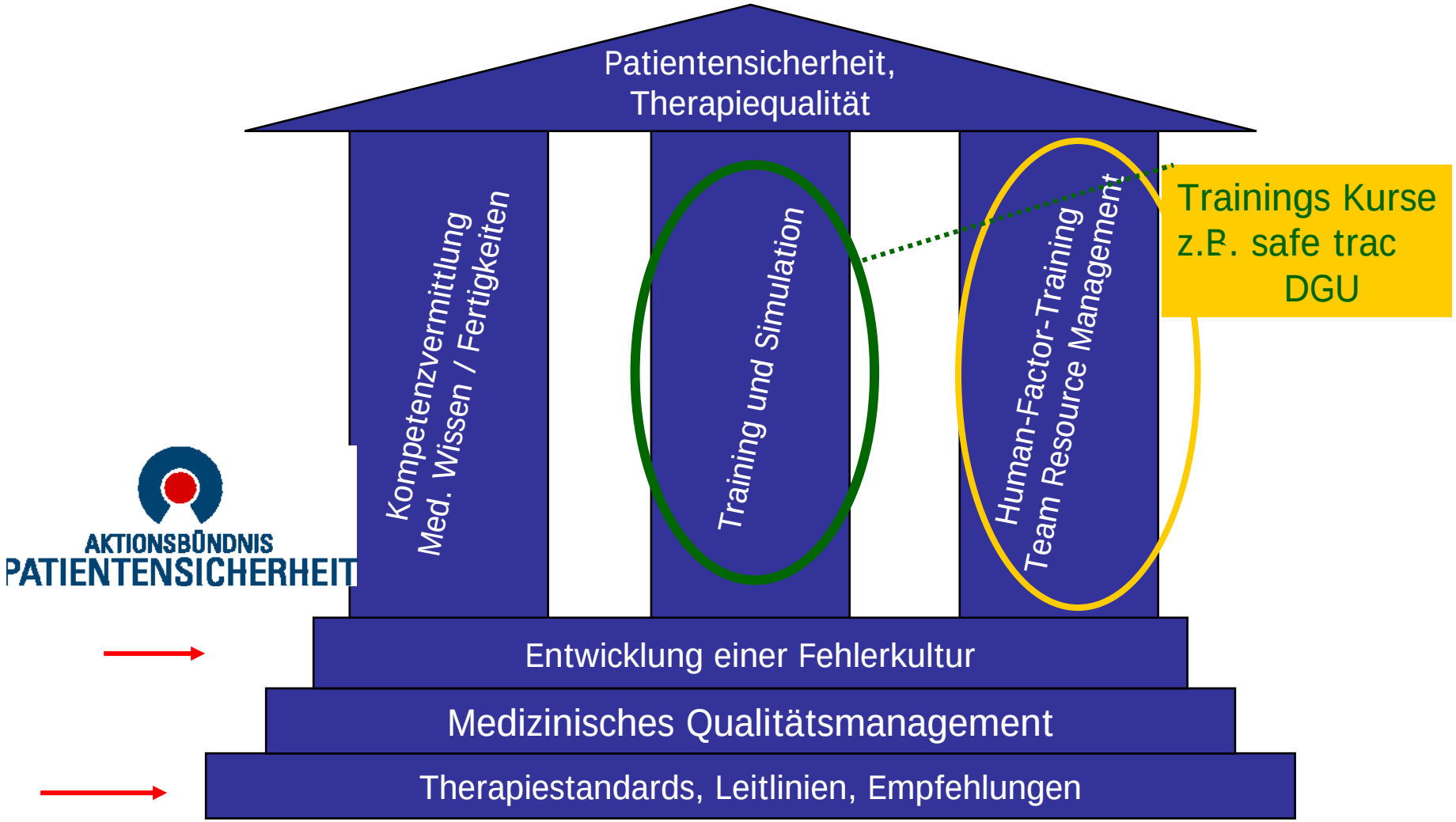
nationale, internationale Empfehlungen incl.WHO

Literaturverzeichnis

Zusammenfassung :

- Empfehlungen PG UFO – APS
- Sensibilisieren, Trainieren

- Präventive Verfahren :
  Zählkontrollen 20 % Restrisiko
  postop Rö screening : Sensitiviät 62 %
  Barcode , chip - Markierung : „under work“



*nach :Ch. Lackner 2004

Ausblick

- Format und Organisation Projektgruppenarbeit sehr lehrreich und effizient
- Ohne Professionalität bei : Recherchen , Design und Erfahrung kein Erfolg
- Implementierung : bei Kursen , Kongressen, Aus- Fortbildung
  als „in house - Aktivität“ im Rahmen riskmanagement
- Publikation : print und elektronisch – download mit Videosequenzen
- fester Bestandteil „Zertifizierungsformate z.B. KTQ “ mit Audit
- Umsetzung messen in 3 Jahren : Revision der Arbeit der PG UFO

UFOs
Keine Chance geben

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Ergebnis vor und nach Anwendung Checkliste „safe surgery“ NEJ 2009

Table 5. Outcomes before and after Checklist Implementation, According to Site.*

Site No.	No. of Patients Enrolled		Surgical-Site Infection		Unplanned Return to the Operating Room		Pneumonia		Death		Any Complication	
	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After
1	524	598									**11.6**	**7.0**
2	357	351	2.0	1.7	0.6	1.1	3.6	3.7	1.1	0.3	7.8	6.3
3	497	486	5.8	4.3	4.6	2.7	1.6	1.7	0.8	1.4	13.5	9.7
4	520	545	3.1	2.6	2.5	2.2	0.6	0.9	1.0	0.6	7.5	5.5
5	370	330	**20.5**	**3.6**	1.4	1.8	0.3	0.0	**1.4**	**0.0**	**21.4**	**5.5**
6	496	476	4.0	4.0	3.0	3.2	2.0	1.9	3.6	1.7	10.1	9.7
7	525	585	**9.5**	**5.8**	**1.3**	**0.2**	1.0	1.7	2.1	1.7	**12.4**	**8.0**
8	444	584	4.1	2.4	0.5	1.2	0.0	0.0	1.4	0.3	6.1	3.6
Total	3733	3955	**6.2**	**3.4**	**2.4**	**1.8**	1.1	1.3	**1.5**	**0.8**	**11.0**	**7.0**
P value			<0.001		0.047		0.46		0.003		<0.001	

Cave : Evidence level gering !

* The most common complications occurring during the first 30 days of hospitalization after the operation are listed. Bold type indicates values that were significantly different (at P<0.05) before and after checklist implementation, on the basis of P values calculated by means of the chi-square test or Fisher's exact test. P values are shown for the comparison of the total value after checklist implementation as compared with the total value before implementation.

Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al; the Safe Surgery Saves Lives Study Group. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Engl J Med* 2009 Jan 14. [Epub ahead of print]