CIRS-Fall XY (noch) ungelöst: Diskussion eigener CIRS-Fälle und Fälle aus dem KH-CIRS-Netz Deutschland Arbeitssession 3

2. Nationales Forum zu CIRS im Krankenhaus

Berlin 24.2.2012,

Dr. phil. A. van Vegten
Van Vegten Organisation & Learning, Deventer / NL

Dr. med. J. Rohe, MPH
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin

Kurzvorstellung

- Bitte heben Sie die Hand, wenn Sie ...
  - als Mitglied eines CIRS-Teams,
  - im Qualitäts- und/ oder Risikomanagement,
  - im Management einer Klinik,
  - in keinem der genannten Bereiche,

  tätig sind.

Kurzvorstellung

- Vervollständigen Sie **eine** der folgenden Fragen:

  - Unsere Fallanalysen sind so erfolgreich, weil…
  - Unsere CIRS-Fälle sind zum Teil noch ungelöst, weil…
  - Bei uns gibt es Wiederholungsfälle mit…

Die Idee dieser Arbeitssession…

- Strukturierte Diskussion Ihrer eigenen (noch un-)gelösten CIRS-Fälle,
- mit Input von den erfahrenen Arbeitssession-TeilnehmerInnen
- und Input aus Erfahrungswerten mit Fällen aus dem KH-CIRS-Netz Deutschland.

Erfolgsteam-Methode („strukturierte Diskussion“)

Ablauf:

- FalleinbringerIn stellt sich kurz vor
- FalleinbringerIn stellt Fall und Problem vor (5 Minuten)
- Stellt spezifische Frage(n) (max.3) an die Teilnehmenden (TN)
- Möglichkeit Verständnisfragen zu stellen
- Konstruktives Feedback der TN
- Take-home-message des Falleinbringers
- Nächste(r) FalleinbringerIn...

*Spielregel: Wir bitten um **Vertraulichkeit** der besprochenen Fälle*

Einsatz der Erfolgsteam-Methode im Rahmen von Berichts- und Lernsystemen: Van Vegten MA. Incident-Reporting-Systeme als Möglichkeit zum organisationalem Lernen (nicht nur) aus Fehlern und kritischen Ereignissen. Chancen, Barrieren und Gestaltungsansätze für Berichts- und Lernsysteme im Krankenhaus. Dissertation Kassel/Zürich. 2008.

Agenda

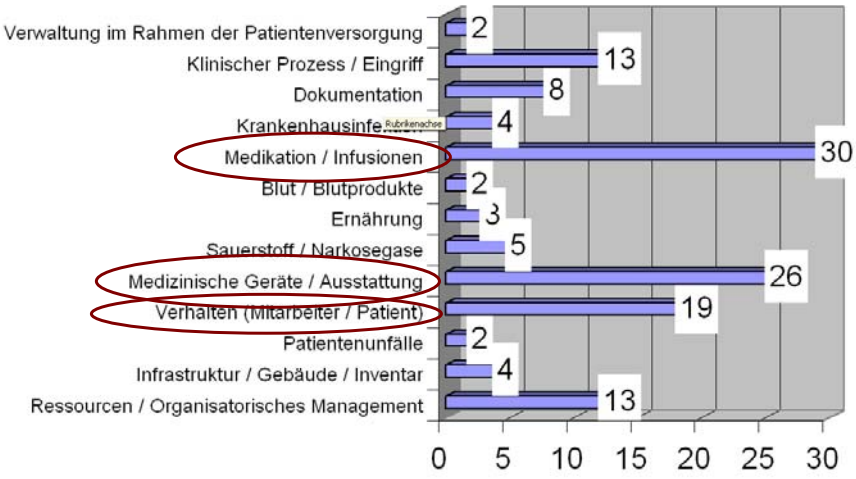
- FalleinbringerIn stellt sich kurz vor
- FalleinbringerIn stellt Fall und Problem vor (5 Minuten)

- Stellt spezifische Frage(n) an die Teilnehmenden (TN)
- Analyse und Vorstellung der Ergebnisse im Plenum
- Möglichkeit Verständnisfragen zu stellen
- Konstruktives Feedback der TN
- Methodenübung (Barrieren und Erfolgsaussichten)
- Take-home-message des Falleinbringers

*Wir bitten um **Vertraulichkeit** der besprochenen Fälle.*

Ereignis-Typen nach WHO ICPS (International Classification for Patient Safety)

KH-CIRS-Netz-D, 73 Fälle, Fälle können mehreren Ereignistypen zugeordnet werden



Fallvorstellung "Ähnlichkeit von Medikamentenverpackungen und Medikamentennamen"

Thema:

Ähnlichkeit von Medikamentenverpackungen und Medikamentennamen

"Look-alike, Sound-alike"

Fallvorstellung “Ähnlichkeit von Medikamentenverpackungen und Medikamentennamen”

Bsp.-Fälle:

1. Verwechslung von Aggrastat mit Argatra
2. Beinahe-Verwechslung von KaliumChlorid und NatriumChlorid

Fragen der Falleinbringenden:

1. Hat jemand ein “Patentrezept" gefunden?
2. Was könnten kostengünstige, leicht umsetzbare Lösungen sein?

Fallbeispiel 1: Aggrastat und Argatra

Fall 1:

"Ein Pat. erhielt nach Stent-Implantation im Herzkatheter Aggrastat, das über 12 h weiter laufen sollte. Auf der Station wurde fälschlicherweise Argatra weiter gegeben. Die Anordnung war korrekt, das Medikament wurde offensichtlich vom Pflegepersonal verwechselt. Dies fiel morgens bei der Visite auf, ab da wurde Aggrastat gegeben. Es traten keine Komplikationen auf."

Fallbeispiel 1: Aggrastat und Argatra

- Problem: „Sound-alike“ – ähnliche Namen

- Handelsname: Aggrastat
  - Wirkstoff: Tirofiban, *Fibrinogen-Antagonist*
- Handelsname: Argatra
  - Wirkstoff: Argatroban, *Antikoagulans*

Fallbeispiel 2: KaliumChlorid und NatriumChlorid

Fall 2:

"In der Schublade mit NaCl-Ampullen stand eine größen- und formgleiche Ampulle mit Kalium (20 ml). Diese wurde von mir aufgezogen und fast zum Durchspülen eines neu gelegten ZVK benutzt. In dem Moment, als ich die leere Plastikampulle entsorgen wollte, habe ich noch einen Blick auf das Etikett geworfen und die Verwechslung bemerkt.„

Problem: Look-Alike: ähnliche Verpackung

Gruppenarbeit zur Analyse von (potentiellen) Ursachen und Empfehlungen

- Pro Gruppe wird ein Fall zur Bearbeitung ausgewählt
- (potentielle) Ursachen und beitragende Faktoren darstellen
- Lösungsvorschläge und Empfehlungen formulieren

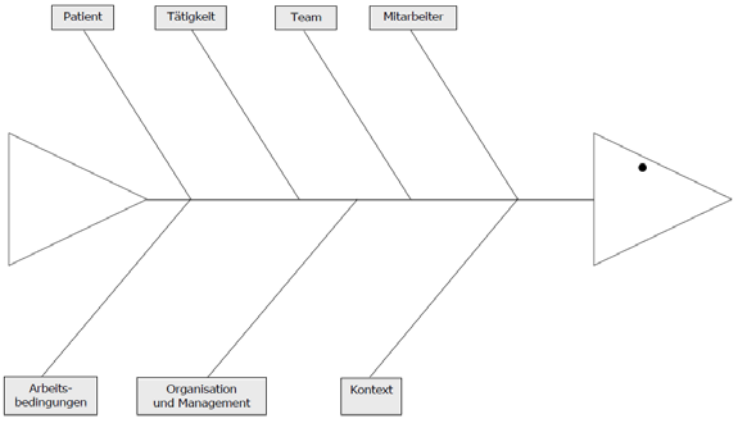
Diskussionsfragen für die Gruppenarbeit

- Tragen Sie zusammen, welche (potentiellen) Ursachen und beitragenden Faktoren hinter dem Ereignis stecken könnten?
- Überlegen Sie, welche Sicherheitsbarrieren erfolgreich ein schlimm(er)es Outcome verhindert haben und welche nicht.
- Welche Maßnahmen sollten entwickelt werden? Formulieren Sie Lösungsvorschläge.

- Einigen Sie sich darauf, was die stärkste sicherheitserhöhende Maßnahme wäre.
- Einigen Sie sich auf eine Sicherheitsbarriere, die kostengünstig und leicht zu realisieren wäre.
- Einigen Sie sich darauf, was jedes Krankenhaus daraus lernen könnte.

- 3 Kleingruppen (max. 8 Pers.)
- 20 Minuten und dann Kurzvorstellung (5´) im Plenum, Material

Hilfsmittel: Fischgrät-Diagramm, Checkliste beitragende Faktoren und Vorlage für Barriereanalyse



Vorstellung im Plenum und konkretes Feedback

- Unsere stärkste sicherheitserhöhende Maßnahme ist...
  - Warum und welche Ursachen werden damit behoben?
- (Weitere) kostengünstige, leicht umsetzbare Lösungen wären…
- Lesson learned für jedes Krankenhaus könnte sein...

Analyse abgeschlossen – und dann?

Sieben Schritte der Untersuchung eines Incidents

1. Identifikation und Entscheidung zur Untersuchung
2. Mitglieder des Untersuchungsteams auswählen
3. Organisation und Datensammlung
4. Chronologischen Ablauf des Zwischenfalls ermitteln
5. Care delivery problems (CDP) identifizieren
6. Beitragende Faktoren identifizieren
7. Empfehlungen ableiten und Maßnahmenplan entwickeln

Adaption nach London Protokoll (Taylor-Adams & Vincent, 2007), deutsche Übersetzung durch Stiftung für Patientensicherheit/CH

Empfehlungen ableiten und Maßnahmenplan entwickeln

- Wichtigste Ursachen mit fehlerhaften Vorgängen/CDP und beitragenden Faktoren zuerst
- Systemorientiert und Human Factors-orientiert denken, z.B.:
  - Kurzzeit-Gedächtnis entlasten
  - Tätigkeiten und Abläufe vereinfachen
  - Prozesse und Ausrüstung standardisieren
  - Sinnvolle Verwendung von Standards und Checklisten
- Am besten: Nicht nur für den ruhigen, ausgeschlafenen, erfahrenen Kollegen - auch für den müden, gestressten, unerfahrenen Kollegen in Eile

Arten von Sicherheitsbarrieren bewusst einsetzen

- Physisch, z.B. wenn Anschlussstück eines Beutels mit enteraler Nahrung nicht an i.v.-Kanüle angeschlossen werden kann (forced function), Türschloss
- Natürlich *(Zeit-Raum-Barriere)*, z.B. ähnlich aussehende Medikamente in unterschiedliche Schränke
- Administrativ-Informativ, z.B. Warnhinweise, besondere Etiketten, Übergabebogen, Checklisten, Protokolle
- Menschliche *(human action)*, z.B. Double-check, Ausbildung, Training

Übung zu Amalbertis sechs Prinzipien

➔Zum Überprüfen einer konkreten Empfehlung/ Maßnahme auf deren Erfolgsaussichten hinsichtlich der Patientensicherheit.

- Wählen Sie eine der eben besprochenen Maßnahmen aus.

- Beantworten Sie nachfolgenden Fragen und notieren Sie, wie viel mal Sie eher sagen "ja, stimmt"(Anleitung siehe Arbeitsblatt)

Übung zu Amalbertis sechs Prinzipien

1. Vergleichbare Incidents, wie der/die hier genannten, kommen eher unregelmäßig oder bisher gar nicht vor, und/ oder die Folgen wären nicht schwerwiegend.

1. Das Einhalten von vereinbarten Normen / Regeln wird nicht besonders streng / nicht konsequent gehandhabt.

1. Es ist viel Zeit nötig, um die Maßnahmen umzusetzen und/oder es hat einen besonders negativen Einfluss auf den Patientenstrom (Einnahmen).

1. Es ist viel Geld nötig, um die Maßnahmen umzusetzen und/oder es hat einen besonders negativen Einfluss auf den Patientenstrom (Einnahmen).

1. Es besteht die Möglichkeit, dass die Maßnahmen anders als beschrieben umgesetzt werden, da dies für die betroffenen Personen einfacher ist.

1. Die Maßnahmen stehen im Widerspruch zu bereits existierenden Richtlinien.

Übersetzung und Adaption Van Vegten & Rohe nach:
Leistikow IP, den Ridder K, de Vries B. Systematische Incident Reconstructie en Evaluation (SIRE). 2009, S. 104.

Auswertung: Je mehr Prinzipien betroffen sind, desto weniger fördert diese Maßnahme die Patientensicherheit.

Kein (0) Prinzip betroffen	**Empfehlung klingt perfekt – hoher Erfolg zu erwarten**
Einzelnes P.	Empfehlung sollte wie geplant auszuführen sein, wenn das betroffene Prinzip entsprechend berücksichtigt und beobachtet wird
zwei der P.	Empfehlung benötigt deutliche Anpassung, um unerwünschte Auswirkungen der Maßnahme zu vermeiden
drei der P.	
vier der P.	Empfehlung hat wenig Chance sich positiv auf die Sicherheit auszuwirken
fünf - sechs	Achtung! Neue Gefährdungen können durch diese Empfehlung entstehen

Adaption Van Vegten nach: Leistikow IP, den Ridder K, de Vries B. Systematische Incident Reconstructie en Evaluation (SIRE). 2009, S. 104

Lokale Maßnahmen zu Fallbeispielen:

Aggrastat und Argatra

"Sortierung nach Wirkstoffnamen in den Medikamentenschränken durchgeführt – löst aber auch nicht alle Probleme."

Verwechslung bei ähnlichen Verpackungen

Oxytocin - Adrenalin

"Haben ein Medikament bei einem anderen Hersteller eingekauft.

Dies hatte zur Folge, dass wir die Packungsähnlichkeit nicht mehr haben, unsere Klinik aber ein deutlich teureres Medikament kaufen muss."

Lokale Maßnahmen zu Fallbeispielen:

"Transfer der Problematik: In einigen Fällen, vor allem bei Antibiotika, ist ein Kauf bei anderen Firmen nicht immer möglich, da dies enorme Kosten verursachen würde…"

Kostenfaktor auch bei: KaliumChlorid und NatriumChlorid (20ml)

Blau-gefärbtes KCl nur in 100ml Glasflaschen und etwas teuerer (RoteListe: 20x 100ml ungefärbt 67,91€, 20x 100ml blau-gefärbt 69,22€)

Was die Literatur und Erfahrungen mit ähnlichen CIRS-Fällen aus dem KH-CIRS-Netz D dazu sagt...

Weitere themenverwandte CIRS-Fälle

- Metformin – Metamizol
- Enalapril – Losartan
- Metamizol – Metronidazol

PATIENTENSICHERHEIT

Ich sehe was, was du nicht schreibst . . .

Zu Fehlmedikationen kommt es häufig infolge ähnlich klingender Arzneimittelnamen oder ähnlich aussehender Arzneimittel („Look-alike", „Sound-alike").
Der „Fall des Monats: Calcium forte® oder Cotrim forte®" im Fehlerberichtssystem Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland

Christine Hahnenkamp, Julia Rohe, Christian Thomeczek
Pamela Kantelhardt, Thorsten Hoppe-Tichy

Dtsch Arztebl 2011; 108(36): A-1850 / B-1570 / C-1566

Maßnahmen, die zur Reduktion der LASA-Problematik beitragen können

1. Zulassung neuer Medikamente und Generika
2. Logistik/Lagerung
3. Krankenhausapotheke
4. Ärztliche Verordnungen
5. Zubereitung/Verabreichung
6. Allgemein

Maßnahmen, die zur Reduktion der LASA-Problematik beitragen können

1. *Zulassung neuer Medikamente und Generika*
    1. *Meldung an BfArM oder AkdÄ*
2. Logistik/Lagerung
    1. Einkaufsstrategie
    2. Beim Erstellen der Arzneimittel-Hausliste interdisziplinär vorgehen
    3. Keine Lagerung von LASA-Medikamenten nebeneinander
    4. Zusätzliche Kennzeichnung gefährdeter Produkte durch Hausapotheke (Hochrisikomedikamente: Zytostatika, konzentrierte. Elektrolytlösungen, Narkotika etc.)
3. Krankenhausapotheke
    1. Gebrauchsfertige Lösungen beziehen oder durch KH-Apotheke fertigen lassen

Maßnahmen, die zur Reduktion der LASA-Problematik beitragen können

4. Ärztliche Verordnungen
    1. Standards für Verordnung erarbeiten und etablieren
    2. Handschriftliche Verordnungen vermeiden
    3. Mündliche Verordnungen nur im Notfall. Wenn: Eine Dosis von 30mg ist mit „drei null Milligramm“ und 13mg ist mit „eins drei Milligramm“ auszusprechen. Handelsname und generischen Name.
        1. Read-back/ Closed loop, d.h. Wiederholung von mündlichen Anordnungen
    5. Bei Unklarheiten immer nachfragen
5. Zubereitung/Verabreichung
    1. Vier-Augen-Prinzip bei der Herstellung und Verabreichung von Hochrisiko-Medikamenten.
    2. Elektronisch-technische Unterstützung des Medikationsprozesses

Maßnahmen, die zur Reduktion der LASA-Problematik beitragen können

6. Allgemein
    1. Sensibilisierung gegenüber LASA-Thema
    2. LASA-Ereignissen ins eigene CIRS. Daraus Liste erstellen.
    3. Schulungen zu LASA
    4. Patienten in den Medikationsprozess einbeziehen. Oft kennen sie ihre eigenen Medikamente am besten.

Spezifische Maßnahmen zur Vermeidung von Medikationsfehlern mit kaliumhaltigen Arzneimitteln

(nach Tubman et al. 2005)

- Arzneimittellagerung
  - Keine konzentrierten Kaliumchloridlösungen in klinischen Bereichen
  - Lagerung nur in verschlossenen Schränken
  - Verbot des Austausches zwischen klinischen Bereichen
- Zubereitung
  - Grundsätzlicher Gebrauch von verdünnten Fertigarzneimitteln
  - Herstellung von Verdünnungen nur in der Krankenhausapotheke
- Verpackung
  - Sicherstellung der klaren Unterscheidbarkeit von Kaliumchloridlösungen von anderen Infusionslösungen

Spezifische Maßnahmen zur Vermeidung von Medikationsfehlern mit kaliumhaltigen Arzneimitteln

(nach Tubman et al. 2005)

- Verschreibung
  - Verschreibung von Kaliumchlorid in Konzentrationen, in denen Fertigarzneimittel vorhanden sind
  - Vermeidung von unvollständigen und unlesbaren Verschreibungen
  - Verschreibung von oralem Kaliumchlorid zur Behandlung der Hypokaliämie wenn klinisch möglich

Fazit

- Konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der LASA-Probleme
- Weitreichende Qualitäts- und Sicherheitsverbesserungen brauchen ein gutes Fundament, einen tragenden Rahmen und Ressourcen.
- Gute Analysen der CIRS-Fälle / CIRS-Themen ermöglichen erst robuste Maßnahmen.
- Anschlussfähige nachvollziehbare Maßnahmen – frühzeitige Prüfung (z.B. Amalberti, stärkste Sicherheitsbarriere)

Was „nehmen“ Sie mit? Fehlt Ihnen noch etwas?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:
avv@vanvegten.de rohe@azq.de