

Vertiefte Fallanalyse für unerwünschte Ereignisse

Was sind unerwünschte Ereignisse?

Unerwünschte Ereignisse (UEs) sind Vorkommnisse bzw. Ereignisse, die möglicherweise, aber nicht zwangsläufig zu einem Schaden für den Patienten führen.

Methode der vertieften Fallanalyse

Mit dieser Methode wird eine systematische Analyse von UEs ermöglicht. Sie eignet sich besonders für die Analyse von UEs mit hoher Wiederauftretenswahrscheinlichkeit oder von Ereignissen mit hohem Schadenspotenzial für den Patienten, z.B. Sturzereignisse, nosokomialer Dekubitus, Medikationsfehler.

Mögliche Ursachen der UEs werden auf verschiedenen Ebenen innerhalb und ausserhalb der Organisation gesucht. Die Methode basiert auf dem Modell der organisationalen Unfallentstehung nach Reason (1997) und umfasst drei Phasen:

Phase 1: Was ist passiert?

Phase 2: Warum ist es passiert?

Phase 3: Wie können wir dieses Ereignis zukünftig vermeiden? Woran erkennen wir, dass das Risiko minimiert wurde? Was haben wir gelernt?

Ziele

- Beurteilung der auslösenden und begünstigenden Faktoren für ein UE oder mehrerer ähnlicher unerwünschter Ereignisse.
 - Ableitung von Handlungsoptionen zur Minimierung dieser Faktoren.
 - Reduktion der Auftretenswahrscheinlichkeit zukünftiger Ereignisse.
 - Dialog mit den Betroffenen.
-
- ➔ praxisnahes Lernen des gesamten Behandlungs- und Pflegeteams
 - ➔ Erkennen von wiederkehrenden Ursachen und Mustern für das Entstehen von UEs
 - ➔ Verhindern voreiliger Schlüsse auf vermeintliche Ursachen des Ereignisses

Anwendung und Durchführung

Die Methode richtet sich an das gesamte Behandlungsteam. In Ausnahmefällen empfiehlt sich, eine Fallanalyse jedoch ausschliesslich im Leitungsteam durchzuführen. Bei der erstmaligen Durchführung sollte externe Unterstützung aus der Abteilung Praxisentwicklung angefordert werden.

Phase 1: Was ist passiert?

- Ablauf des UEs rekonstruieren und so weit wie möglich objektiv beschreiben.
- Informationssammlung idealerweise durch 2 Personen, die nicht am UE beteiligt waren.
- Beginn spätestens 3 Tage nach dem UE.
- Dauer je nach Aufwand ½ -1 Tag, ggf. Zeit für weitere Gespräche mit beteiligten Personen einkalkulieren.
- Der Einbezug der Patienten wird in dieser Phase empfohlen.

Tipp:

- Relevante Dokumente kopieren
- Zeitlichen Ablauf auf einem Flipchart mit Zeitstrahl und Post-its darstellen
- Externe Unterstützung anfordern

Phase 2: Warum ist es passiert?

- Auflistung aller Faktoren, die entweder positiv oder negativ zum UE beigetragen haben.
- Bearbeitung der Tabelle mit beitragenden und auslösenden Faktoren.
- Identifikation der relevantesten Faktoren.
- Arbeit im Team; Phase kann von weniger Personen vorbereitet/vorstrukturiert werden.
- Dauer: 1-2 Stunden
- Beginn: zeitliche Nähe zum UE gewährleisten.

Tipp:

- Vor Beginn die bisherigen Informationen aus Phase 1 dem Team vorstellen, ggf. Fragen klären, Ergänzungen vornehmen.
- „5 Whys“: um alle Faktoren herauszufinden, empfiehlt es sich, bis zu 5x nach dem „warum“ zu fragen, dies hilft auch bei unklarer Zuordnung in die Kategorien.
- Zur Visualisierung und Strukturierung der Faktoren z.B. das Fischgrätendiagramm nutzen.

Phase 3: Wie können wir dieses Ereignis zukünftig vermeiden?

- Beschreibung, wie diese Faktoren zukünftig vermieden bzw. minimiert werden können.
- Entwicklung von einer Massnahme für jeden wichtigen Faktor und Priorisierung der Massnahmen.
- Identifikation von 2-5 Massnahmen, die umgesetzt werden sollen.
- Erstellen des Massnahmenplans (siehe Toolbox Praxisentwicklung).
- Arbeit im Team
- Dauer: 1-2 Stunden, eher kürzer
- Beginn: zeitnah zu Phase 2

Tipp:

- Methoden der Praxisentwicklung für kreative Lösungsansätze nutzen.
- Verschiedene Massnahmen haben unterschiedliche Wirkungsstärken, siehe Abbildung 1, Seite 7).

Woran erkennen wir, dass das Risiko minimiert wurde?

Was haben wir gelernt?

- ➔ Reflexion und Lernen im Team.
- Arbeit idealerweise im Team.
- Einbezug des Leitungsteams notwendig.
- Phase nach 1-1½ Monaten nach Beginn der Analyse abschliessen.

Tipp:

- Faktoren, an denen man die Risikominimierung erkennt, können auch als SMARTe Ziele formuliert werden (siehe Toolbox Praxisentwicklung).

Quelle

Learn from Defects Tool. December 2012. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
<http://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/cusptoolkit/toolkit/learndefects.html>
Übersetzung und Anpassung an das USB: Susanne Hoffmann, Dorothea Helberg © 2015

Weitere Literatur

Pronovost, P. J., Holzmueller, C. G., Martinez, E., Cafeo, C. L., Hunt, D., Dickson, C., Makary, M. A. (2006). A Practical Tool to Learn From Defects in Patient Care. *Journal on Quality and Patient Safety*, 32(2), 102-108.
Reason, J. T. (1997). Managing the risks of organisational accidents. Aldershot: Ashgate.
St. Pierre, M. and G. Hofinger (2014). Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin. Berlin, Heidelberg, Springer.
Thomeczek, C. et al. (2004). Das Glossar Patientensicherheit -- Ein Beitrag zur Definitionsbestimmung und zum Verständnis der Thematik "Patientensicherheit" und "Fehler in der Medizin". *Gesundheitswesen*, 66(12), 833-840.

Phase 1: Was ist passiert?

Station/Bereich	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Fallnummer	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Geburtsdatum	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Geschlecht	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Eintrittsdatum	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Eintrittsdiagnose	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Datum des Ereignisses	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Kurze Beschreibung des Ereignisses	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Vorhandene Dokumente	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Phase 2: Warum ist es passiert?

Mögliche Faktoren, die entweder positiv oder negativ zum UE beigetragen haben (ggf. Zeilen ergänzen)

Beitragende Faktoren	Negativer Einfluss	Positiver Einfluss
Patient (z.B. Zustand des Patienten, Erkrankungen, Kommunikationsbarrieren, persönliche oder soziale Probleme)		
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Tätigkeit/Aufgabe (z.B. fehlerhafte Richtlinien/SOPs, Genauigkeit von Befunden, vorhandene/verwendete Protokolle)		
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Mitarbeiter (z.B. physische u. psychische Gesundheit, Rollenkonflikt)		
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Ausbildung/Training (z.B. Fähigkeiten, Wissen und Kompetenz der Mitarbeiter, Regelverstöße)		
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Team (z.B. schriftliche und mündliche Kommunikation, Führungsverhalten, Strukturen, Supervision)		
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Informationstechnik (z.B. fehlerhafte Software, Computer, Manipulation)		
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Arbeitsbedingungen/Umwelt (z.B. Ausrüstung, Material, personelle & zeitliche Ressourcen, Arbeitsbelastung, Administration, Umgebungsbedingungen wie Lärm o.a.)		
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Organisation/Management (z.B. finanzielle Ressourcen, Serviceeinrichtungen, Organisationsstruktur,		

Regeln/Vorschriften, Sicherheitskultur)		
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Kontext der Institution (z.B. ökonomischer und gesetzlicher Kontext, Verbindung zu externen Institutionen)		
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Welche Faktoren waren für dieses Ereignis am relevantesten?	Relevanz (1= gering, 5=hoch)	
	für den vorliegenden Fall	für zukünftige Fälle
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus.

Phase 3: Wie können wir dieses Ereignis zukünftig vermeiden?

Massnahmen zur Risikominimierung des UEs	Potenzial, den Faktor zu minimieren (1= gering, 5=hoch)	Überzeugung im Team, dass die Massnahme erfolgreich implementiert wird (1= gering, 5=hoch)
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus.

Massnahmenplanung:

Was machen wir?	Was brauchen wir?	Wer ist verantwortlich?	Bis wann?	Überprüfung: Wann? Wer?
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Woran erkennen wir, dass das Risiko minimiert wurde?

Beschreibung der Veränderung:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Erfolg der Massnahmen beurteilen	Erfolgreiche Implementierung (1= gering, 5=hoch)	Reduktion der Wiederauftretenswahrscheinlichkeit (1= gering,5=hoch)
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus.

Was haben wir als Team aus dem UE und der Fallanalyse gelernt?

Erkenntnisse aus dem unerwünschten Ereignis bzw. dem Geschehen nach dem UE und der Fallanalyse reflektieren

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Weitere Hinweise:

Welche Verbesserungsmassnahmen haben welchen Effekt?

Stärke	Massnahme	Abhängig von Verhalten
Stark	Bauliche Massnahmen	
	Neue Geräte	
	Technische Kontrollen und Sperren	
	Prozessvereinfachungen	
	Standardisierung (Ausrüstung Prozesse)	
Involvierung der Führungsebene		
Mittel	Erhöhte Personalbestände, Redundanz	
	Softwaremodifikationen	
	Elimination von Ablenkungen	
	Checklisten, kognitive Hilfen	
	Elimination von „look alike, sound-alike“	
Vieraugenprinzip		
Schwach	Warnungen und Aufkleber	
	Doppelchecks	
	Neue Verfahrensanweisungen	
	Training	

Abbildung 1: Massnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und erwartete Stärke ihrer Wirkung (St. Pierre und Hofinger, 2014, S. 345)

Unterstützung bei der Durchführung von Fallanalysen kann in der Abteilung Praxisentwicklung Pflege angefragt werden. Ansprechpartner sind Dorothea Helberg, Antonie Haut und Susanne Karner.