



 Universitätsspital
Basel

 UNIVERSITÄT **BONN**

 **ukb** universitäts
klinikum **bonn**
Institut für Patientensicherheit

Stiftungsprofessur

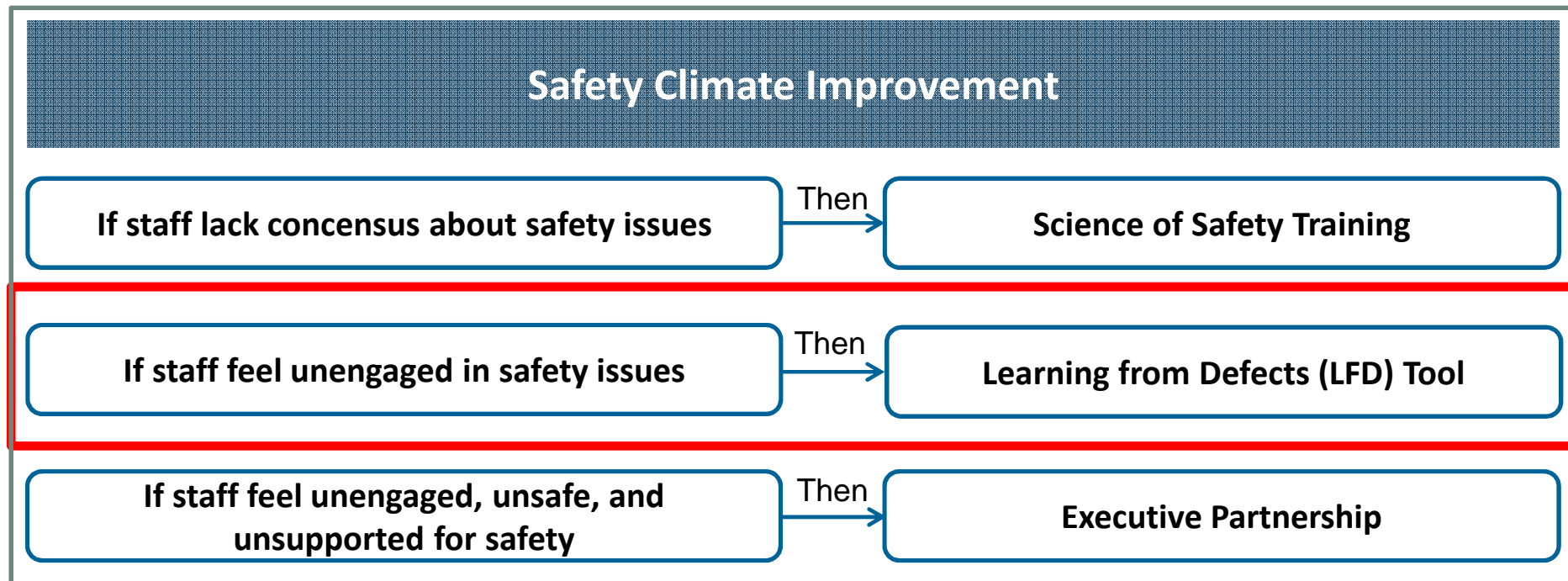
AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

Lernen aus unerwünschten Ereignissen mit dem „Learning from defects-Tool“

Dr. Susanne Hoffmann Institut für Patientensicherheit / Universitätsklinikum Bonn
Dr. Irena Anna Frei Abteilung Praxisentwicklung Pflege / Universitätsspital Basel

12. APS- Jahrestagung Berlin, 05.05.2017

Die Sicherheitskultur kann gezielt beeinflusst werden!



Quelle: Hudson, D.W., et al., *A Safety Culture Primer for the Critical Care Clinician. The Role of Culture in Patient Safety and Quality Improvement*. Contemporary Critical Care, 2009.

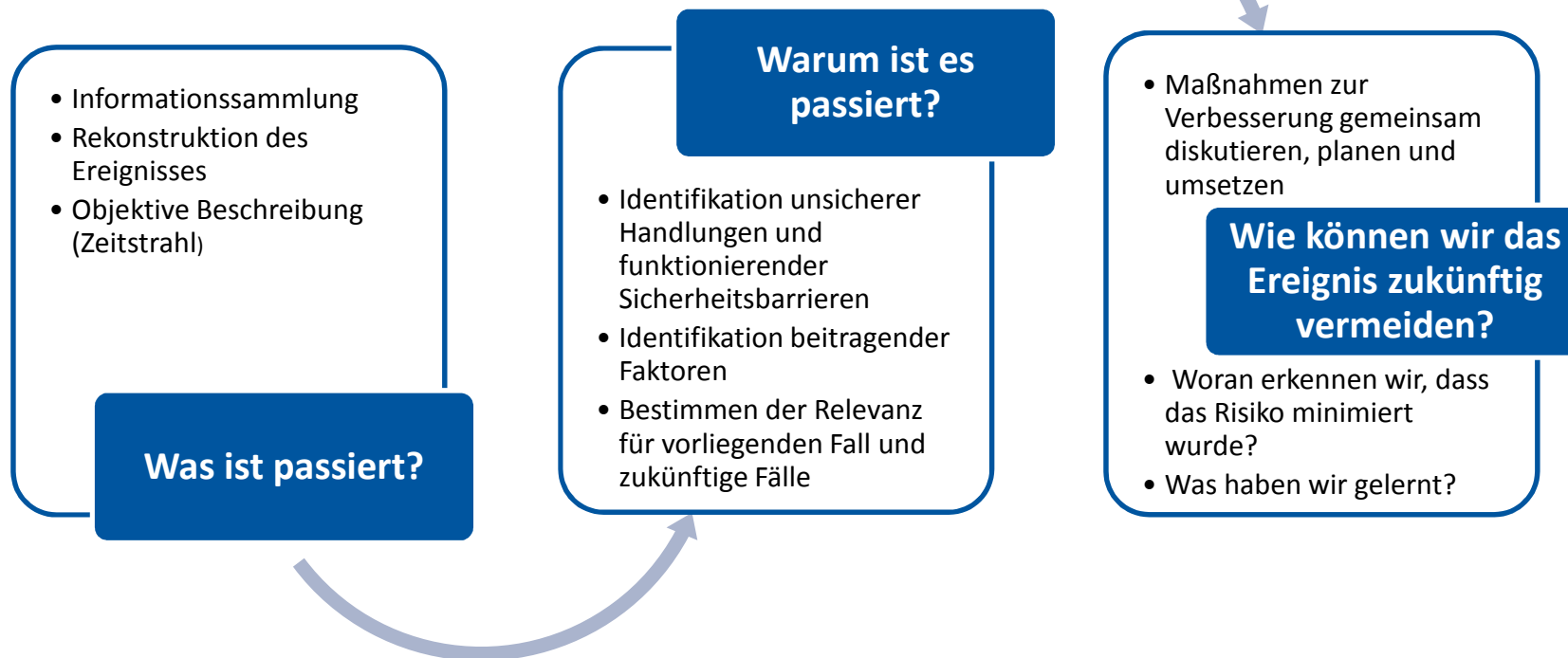
Tool Tutorial

A Practical Tool to Learn From Defects in Patient Care

Peter J. Pronovost, M.D., Ph.D.
Christine G. Holzmueller
Elizabeth Martinez, M.D., M.H.S.
Christina L. Cafeo, R.N., M.S.N.
David Hunt, R.N.
Conan Dickson, Ph.D.
Michael Awad, M.D., Ph.D.
Martin A. Makary, M.D., M.P.H.

Readers may submit Tool Tutorial inquiries and submissions to Steven Berman at sberman@jcoaho.org.
Tina Maund, R.N., M.S., serves as Tool Tutorial editor.

(Pronovost et al. 2006)



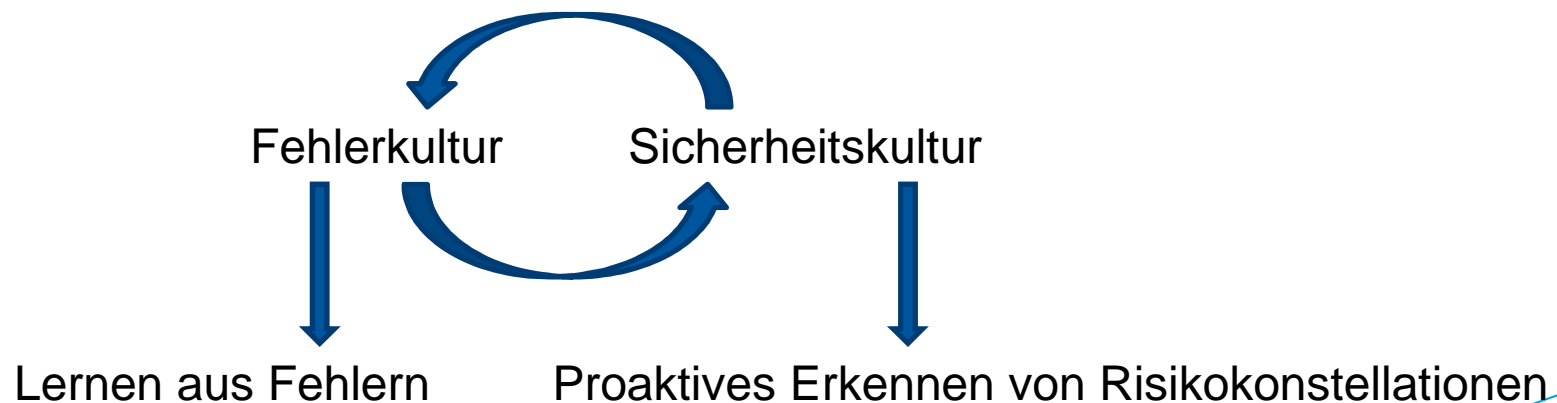
Hoffmann, S., Helberg, D., & Frei, I. A. (2017). Lernen aus Fehlern: Strukturierte Reflexion von Sturzereignissen mit dem „Learning from Defects-Tool“. *PADUA*, 12(1), 65-69.

SWOT-Analyse

Stärken	Schwächen
<p>Systematisches Vorgehen vorgegeben Genaueres „Hinschauen“ bevor Schlussfolgerungen gezogen werden Handlungsausblick am Schluss Vertiefter Einblick in den Einzelfall aber auch in die gesamte Pflegepraxis Analoges Vorgehen bei Sturz und Dekubitus → Wiedererkennungswert und Einbettung in Gesamtkonzept Patientensicherheit</p>	<p>Wissen für Umsetzung nötig Zeitintensiv, zeitliche Nähe von UE und Analyse als kritischer Faktor</p> <p>Anfangs hoher Ressourceneinsatz</p> <p>Abgrenzung und Mehrwert gegenüber normaler Fallbesprechung z. T. unklar</p>
Chancen	Risiken
<p>Baustein für gelebte Patientensicherheit Verbindung mit Methoden der Praxisentwicklung möglich Lernen am konkreten Fall (workplace learning → practice development)</p>	<p>Ermüdung bei zu vielen (ähnlichen) Analysen Datengrundlage notwendig Entscheid notwendig (Führungsebene): welche Fälle werden analysiert?</p>

Systematische Kombination reaktiver und proaktiver Elemente

- » «Safety is reflected in a commitment to reduce adverse events, fostering prevention, disclosure of errors, the encouragement of error reporting and looking for the unexpected, promotion of a safety culture for all, with the identification and management of risk is considered part of the job » (Manley et al. 2011, p. 12)

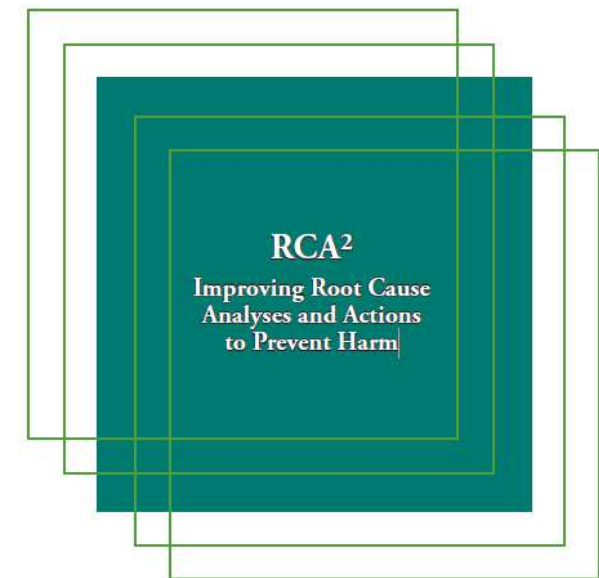


Fazit

- » **Nutzen (subjektiv wahrgenommen):**
 - » Verhindert vorschnelle Schlüsse
 - » Ermöglicht Erkennen von Mustern
 - » Dialog mit Betroffenen führt zu Entlastung
-
- » **Gemeinsames Lernen aus unerwünschten Ereignissen fördert das gemeinsame Bewusstsein für Risiken**

Empfehlungen zur Durchführung von Fehleranalysen (RCA)

- » Aktive Einbindung von Führungspersonen
- » Mindestens jährliche Prüfung der Fehleranalysen auf Ihre Effektivität für Führungspersonen
- » Festlegung von Ereignissen, die nicht für eine Fehleranalyse geeignet sind
- » Transparente und formale Kriterien für Ereignisse, die analysiert werden
- » Beginn der RCA nach spätestens 72h
- » RCA als interdisziplinäre, multiprofessionelle Teamaufgabe, mit Patientenvertretern wenn möglich, ohne die am Fehlergeschehen beteiligten Personen
- » RCA sind Arbeitszeit
- » Feedback der Ergebnisse an Personal und ggf. Patienten/Angehörige



 NPSF National Patient Safety Foundation
268 Summer Street | Boston, MA 02210 | 617.391.9900 | www.npsf.org

NPSF. (2015). RCA². Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm. Boston, MA: National Patient Safety Foundation .

Literatur

- » Hoffmann, S., Helberg, D., & Frei, I. A. (2017). Lernen aus Fehlern: Strukturierte Reflexion von Sturzereignissen mit dem „Learning from Defects-Tool“. *PADUA*, 12(1), 65-69. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000356>
- » Hudson, D. W., Sexton, J. B., Thomas, E. J., & Berenholtz, S. M. (2009). A Safety Culture Primer for the Critical Care Clinician. The Role of Culture in Patient Safety and Quality Improvement. *Contemporary Critical Care*, 7(5).
- » Manley, K., Sanders, K., Cardiff, S., & Webster, J. (2011). Effective workplace culture: the attributes, enabling factors and consequences of a new concept. *International Practice Development Journal*, 1(2).
- » NPSF. (2015). *RCA². Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm*. Boston, MA: National Patient Safety Foundation.
- » Pronovost, P. J., C. G. Holzmueller, E. Martinez, C. L. Cafeo, D. Hunt, C. Dickson, M. Awad and M. A. Makary (2006). "A Practical Tool to Learn From Defects in Patient Care." *Journal on Quality and Patient Safety* 32(2): 102-108.

Mit bestem Dank an die PflegeexpertInnen des Universitätsspital Basel!



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:
Dr. Susanne Hoffmann
Susanne.Hoffmann@ukbonn.de
<http://www.ifpsbonn.de/>