



Bericht über die Analyse eines Unerwünschten Ereignisses

Laufende Nummer des UE/der FMEA Titel

Was ist das Ereignis?

Beschreibung des Ereignisses, einschließlich des Ablaufes mit Zeitangaben.

Welche Auswirkung hat es?

Wann trat das UE auf?

Datum:

Wochentag:

Uhrzeit

Wo trat das UE auf?

Einrichtung, Abteilung, Ort, Raum

Medizinische Vorgeschichte,

Welcher Prozess ging dem Ereignis voraus? (Ablaufdiagramm)

Wer war Zeuge/Beteiligter des UE?

Verantwortlich?

Welche Aufzeichnungen stehen zur Verfügung? Dokumente:

Arzneimittel, Medizinprodukte:

Diagnose, jetziger Gesundheitszustand, Folgen des Ereignisses, evtl. Autopsie-Ergebnisse

Kommentar:



Bewertung

Bedrohungspotential:

- Kritischer Fehler? Hauptfehler? Nebenfehler?
Wahrscheinlichkeit Wiederholung: sehr wahrscheinlich wahrscheinlich
möglich unwahrscheinlich ausgeschlossen

Auswirkung auf

- Sicherheit der Patienten?
 Sicherheit der Mitarbeiter?
 Umgebung
 Haftung (Kosten)
 Ausrüstung (Raum, Gerät, Material)
 Zeitaufwand

Ereignisfelder

- Aufnahme, Verlegung, Entlassung, Überleitung
 Diagnostik (Anamnese, körperliche Untersuchung, Diagnostik, Labor, Diagnose)
 Aufklärung, Kommunikation, Schweigepflicht
 Dokumentation (Patienten-Akte, Identifikation)
 Behandlungsdurchführung einschließlich Monitoring
 Infrastruktur (Personal, Räume, Umgebung)
 Medizin-Gerät
 Arzneimittel
 Patienten Unfall



Behandlungsverfahren (operativ, konservativ)

Alle Anderen

Welche Ursachen sind zu identifizieren? 5 x Warum?

Wegen				
	Wegen			
		Wegen		
			Wegen	
				Wegen

Fischgrättdiagramm

Ursache-Wirkungs-Karte



Checkliste für die Ursachen-Analyse und Planung der Korrekturmaßnahmen

Die Checkliste "Ursachen-Analyse" des IQ Institutes führt 22 Fragen auf, die bei der Analyse eines Unerwünschten Ereignisses gestellt werden sollten. Die Fragen treffen nicht bei jedem Ereignis zu – sie können dann übersprungen werden. Man sollte aber immer eintragen, warum die Frage hier nicht zutrifft. Die Liste ist auch nicht abschließend. Manchmal ergeben sich weitere Fragen nach möglichen Ursachen.

Bei jedem Umstand sollte weitergefragt werden: warum ist dies eingetreten? Welche Ursachen sind hier noch zu erkennen? Wichtige Ereignisse haben immer selbst wieder ihre Ursache, die man herausfinden muss.

Die Beschreibung der Korrekturmaßnahmen zu den identifizierten Ereignissen ist meistens länger und würde die Checkliste sprengen. Tragen Sie in die Spalte "Korrekturmaßnahme" deswegen Bezugsziffern ein, die dann auf einer Liste für Korrekturmaßnahmen wieder aufgerufen werden.

Die Frage nach Hauptursache wird mit ja oder nein beantwortet. Eine Hauptursache sollte immer Anlaß für eine Korrekturmaßnahme geben. Achten Sie aber darauf, dass die zur Hauptursache beitragenden Einflüsse bei den "Warum?"-Fragen aufgeführt werden. Bei Beitrag kann darin bestehen, dass die Wahrscheinlichkeit des Auftretens oder die Schwere der Konsequenz erhöht werden.

#	Frage	Eingaben	Ergebnis der Analyse	Haupt-ursache?	Nr. Maßnahme
1	Welcher Prozess wurde ausgeführt mit welchem erwünschten Ereignis?	Relevante Prozess-Schritte wie in der Arbeitsanweisung, der Präventionsmaßnahme oder im Behandlungsmuster angeben. Hier den vorgegebenen Ablauf eintragen – die Abweichungen werden in der nächsten Zeile abgefragt!			
2	Was war das erwünschte Ergebnis?	Ziel der Maßnahme wie bei Start geplant.			
3	Wurde von den Vorgaben abgewichen??	Abweichungen und erkennbare Gründe dafür auflisten.			



#	Frage	Eingaben	Ergebnis der Analyse	Haupt-ursache?	Nr. Maßnahme
4	Traten Besonderheiten auf, mit denen nicht gerechnet wurde?	Ereignisse benennen Warum traten sie auf?			
5	Gibt es Gründe für menschliches Versagen?	Arbeitsbedingungen oder Leistungseinschränkungen benennen wie z. B. Langeweile Ermüdung Überlastung Abweichung vom Anweisung Ablenkung Eingeschränkte Wahrnehmung Unkenntnis der Gefahr Persönliche Probleme Selbstüberschätzung Übereilung (Zeitdruck) Drogeneinnahme (Alkohol?)			
6	Hat die Ausrüstung, das benutzte Gerät zum Ereignis beigetragen?	Alle eingesetzten Geräte aufzählen, einschließlich bei der Tätigkeit verwandtes Material (Diathermie, Absaugung, Monitor, Infusionspumpe o. Ä.). Gerät oder Material, das bei der Behandlung nicht zur Verfügung stand. Wurden die Geräte geprüft, evtl. kalibriert? Sind die beteiligten			



#	Frage	Eingaben	Ergebnis der Analyse	Haupt-ursache?	Nr. Maßnahme
		Pesonen eingewiesen? Gebrauchsanweisungen verfügbar? Richtig zusammengebaut? Alarmer richtig eingestellt?			
7	Haben physikochemische Umwelteinflüsse zu dem Ereignis beigetragen?	Beleuchtung Temperatur Luftfeuchtigkeit Lärm Luftströmung			
8	Gibt es Einflüsse, die nicht in der Kontrolle der Einrichtung stehen?	unvorhersehbare Veränderungen außerhalb der Institution – Naturkatastrophe, externe Einflüsse.			
9	Weitere Einflüsse?	Auflisten!			
10	In welchen Abteilungen der Einrichtung könnte ein ähnliches Ereignis auftreten?	z. B. andere Stationen, Ambulanz, andere OP-Räume n.			
11	War das beteiligte Personal ausreichend qualifiziert, eingewiesen und trainiert?	Beteiligte Personen benennen. Für jede Person die berufliche Qualifikation, die Stellung in der Einrichtung und den Umfang der Einweisung – des Trainings – der Berufserfahrung ermitteln			
12	War die Personalausstattung bei Eintreten	Angabe der Soll-Besetzung; Angabe der			



#	Frage	Eingaben	Ergebnis der Analyse	Haupt-ursache?	Nr. Maßnahme
	des Ereignisses ausreichend?	Besetzung bei Ereignis.			
13	War Aushilfspersonal beteiligt?	Leiharbeitskräfte, Praktikanten, Volontäre Einarbeitung Orientierung			
14	Überwachung des Personals?	wer war für die Supervision zuständig? Erreichbarkeit? Nahm die person Einfluss auf das Ereignis? Hätte ihre Konsultation den Ausgang beeinflusst?			
15	Lag die notwendige Information (Aufzeichnungen) für die Behandlung vor?	Aufnahmebefund, diagnostische Ergebnisse, Übergabe der Information, Lesbarkeit			
16	War sie korrekt? Vollständig? Verständlich?	Zusätzlich Lesbarkeit prüfen. Wurden Abkürzungen verwandt, die mehrdeutig sind?			
17	Gibt es Störungen bei der Kommunikation der Prozess-Beteiligten?	Mündliche, schriftliche, telefonische, elektronische Nachrichtenübermittlung. Zeitliche Verzögerung Missverständlichkeit infolge von Sprachbarrieren, kulturell bedingte Fehldeutung, Abkürzungen, Terminologie Kommunikation mit Patient, Angehörigen			
18	War die Arbeits-	Alarmer eingeschaltet und hörbar			



#	Frage	Eingaben	Ergebnis der Analyse	Haupt-ursache?	Nr. Maßnahme
	umgebung so wie sie für diesen Prozess gefordert wird?	Transport angemessen Hilfsmittel erreichbar Arbeitsflächen vorhanden usw.			
19	Wurden alle baulichen und apparativen Schutzanforderungen erfüllt?	Gefährdungsanalyse liegt vor Sicherheitsvorrichtungen wurden angewandt?			
20	Waren Notfall- und Gegenmaßnahmen vorgesehen und haben dies funktioniert?	Gibt es Anweisungen für Gegenmaßnahmen? Standen dafür die nötigen Mittel zur Verfügung? Z. b. bei Feuer, Massenanfall von Verletzten, Arzneimitteln Zwischenfall, Notfallkoffer, Ausfall der IT?			
21	Gibt es für diesen Prozess eine Risikoanalyse und Bewertung?	Ist das UE bereits einmal aufgetreten? War vor dem Auftreten des UE bereits gewarnt worden? Sind Sicherheitsmaßnahmen eingeführt oder geplant?			
22	Sind die Mitarbeiter mit diesem UE bereits vertraut?	Bekanntheitgrad und Einstellung zu dieser Gefährdung ermitteln.			



Welche Maßnahmen können ergriffen werden?

Um die Wiederholung des Ereignisses auszuschließen?

Lässt sich mehr Sicherheit in die Konstruktion einfügen?

Können Schutzmaßnahmen eingeführt werden? Kontrollen? Stolpersteine?

Kann die Erkennbarkeit des drohenden Ereignisses erhöht werden?

Welche Gegenmaßnahmen können für den Fall des Eintretens vorbereitet werden?



Liste der Korrekturmaßnahmen

Für jede Feststellung soll eine Korrekturmaßnahme vorgeschlagen, diskutiert und beschlossen werden. In der 1. Spalte werden Korrekturmaßnahmen nach den Ziffern aus der letzten Spalte geordnet aufgeführt. Die Maßnahmen sollten so formuliert sein, dass man ihre Umsetzung prüfen kann. Die Korrekturmaßnahmen sollen sich auf die Bereiche erstrecken, in denen vergleichbare Ereignisse eintreten können.

Nr.	Korrekturmaßnahmen: Aktionsplan zur Senkung des Risikos	Verantwortlich für die Durchführung	Datum der Umsetzung Nachverfolgung
1	<u>Aktion 1:</u>		
2	<u>Aktion 2:</u>		
3	<u>Aktion 3:</u>		
4	<u>Aktion 4</u>		
5	<u>Aktion 5:</u>		

Verzeichnis der verwendeten Dokumente und Literatur

--

Nach einer Vorlage der JC zur Root Cause Analysis 2013