



**Patientensicherheit und
Führungsverantwortung**

**Einblicke in ein lernendes
System**

Dir.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl
 Ärztliche Direktorin
 Krankenhaus Hietzing mit
 Neurologischem Zentrum Rosenhügel




Patientensicherheit und Führungsverantwortung
 Dir.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl



19.11.2013 Seite 1

Dir.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl



Ärztliche Direktorin
 des Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel



Referentin der Österreichischen Ärztekammer
 für Leitlinien, Patientensicherheit und GIN



Präsidentin
 der Österreichischen Plattform Patientensicherheit (ANetPaS)




Patientensicherheit und Führungsverantwortung
 Dir.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Brigitte Ettl



19.11.2013 Seite 2



Eckdaten des KHR (2013)

- 2 Standorte
- 20 Abteilungen
- 7 Institute
- 26 Ambulanzen
- 1.106 systemisierte Betten
- 3.082 MitarbeiterInnen (=2.899,6 VZÄ)

Eckdaten des KHR (2012)

- Stationäre Patienten: ca. **53.700** pro Jahr
 - Ø Pflegedauer: **ca. 6,6 Tage**
- Ambulante Patienten: ca. **190.500** pro Jahr
- Ambulanz-Frequenzen: ca. **647.500** pro Jahr



stellen 14 % der öffentlichen Gesundheitsversorgung
Wiens im Bereich Innere Medizin sicher

Patientensicherheit – erste Veröffentlichungen

The **identification**, analysis and management of patient-related risks and incidents, in order to make patient care safer and minimize harm to patient

(IOM, NPSA, 2004)

1999 erste Veröffentlichung über:

- **medizinischen Risiken**
- **Fehler**
- **Patientensicherheit**

Institute of Medicine (IOM of the National Academy of Sciences, USA)

Die Basis waren Studienergebnisse aus dem Jahr 1984, nach denen es im Staat New York in 3,7 von 100 stationären Aufnahmen zu behandlungsinduzierten Gesundheitsschäden kam.

Bei 69 % dieser Fälle handelte es sich um vermeidbare Ereignisse.

Patientensicherheit – erste Veröffentlichungen

Agenda Patientensicherheit 2006

Systematisches Review 51 internationale Studien

- **Mortalität 0,1 % aller Krankenhauspatienten**
- Mortalitätsrate in allen Ländern gleich

Ergebnis-Reporting System in Dänemark 2008

19.866 adverse events

6.783 aus dem Bereich Medikation

Fehlerhäufigkeit – Zahlen – Daten - Fakten



- ca. 10% Auftreten von unerwünschten Ereignissen
ca. 5% davon sind vermeidbar
ca. 1% sind Behandlungsfehler
ca. 0,1% davon Mortalitätsrate



- Im Durchschnitt gehen circa 300 bis 400 Fehler voraus, bis ein Schaden entsteht. Und einem schweren Schaden gehen etwa 30 bis 40 geringere Fehler voraus. Wenn diese Fehler aber gemeldet werden, kann daran gearbeitet werden, den Schaden zu verhindern



- Von 11 PatientInnen, die auf der falschen Seite operiert wurden, haben dies 7 PatientInnen bemerkt, aber nichts gesagt ...

- ...



Panikmache? Übertreibung?

Gesicherte Zahlen

- Europaweit 242 Studien
- 5-10% unerwünschte Ereignisse
- 2-4 % vermeidbare unerwünschte Ereignisse (UE)
- 1 % Behandlungsfehler, 0,1% Todesfälle

Schrappe Matthias 2008 auf der Basis von 242 Studien aus 30 Ländern und Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007

Österreich pro Jahr 2,5 Mio Spitalsfälle
50.000 -100.000 vermeidbare UE, 2500 Tote durch vermeidbare UE

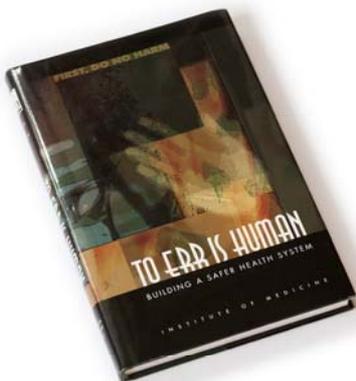
Wien pro Jahr 0,4 Mio Spitalsfälle
8.000-16.000 vermeidbare UE, 400 Tote

Quelle: Verschlussache Medizin, Langbein 2009

Unsere Herausforderung ...



Sicherheitskultur und ihre Ziele



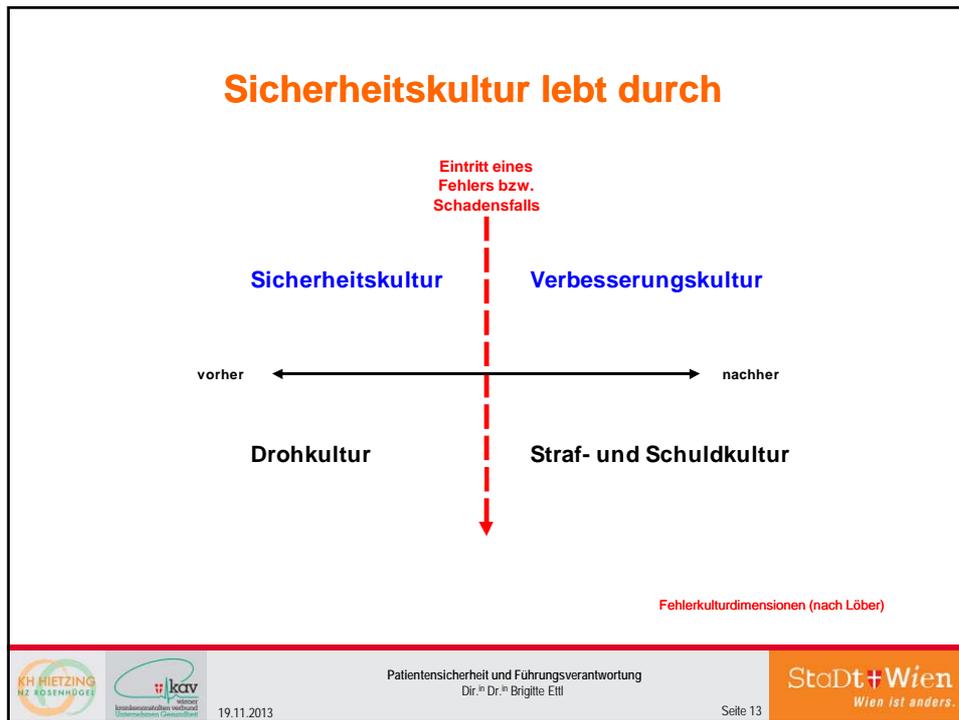
- **Benefizprinzip**
Die Behandlung/Betreuung hat das Ziel, das Wohl der PatientInnen zu fördern.
- **Nichtschadensprinzip**
Die PatientInnen dürfen keinen vermeidbaren Schaden erleiden.

Sicherheitskultur braucht Führung und Vorbilder

- ✓ Gemeinsames Verständnis von „Sicherheitskultur“
- ✓ Gemeinsame Sprache
- ✓ offener und konstruktiver Umgang mit Fehlern
- ✓ Systematisches Lernen aus Fehlern
- ✓ Instrumente und Methodik

Sicherheitskultur braucht gelebte Werte

- ✓ Wertschätzende Kommunikation
- ✓ Vertrauen
- ✓ Gerechtigkeit



Umgang mit sicherheitsgefährdeten Verhalten

- In 3 Stufen
- Stufe 1: Motivationsgespräch („Sie sind uns wichtig – aber die Sicherheit unserer PatientInnen genauso ...!“)
- Stufe 2: Konfrontationsgespräch („So kann es nicht weitergehen ...!“)
- Stufe 3: Sanktionsgespräch („Wir müssen Sanktionen setzen ...!“)

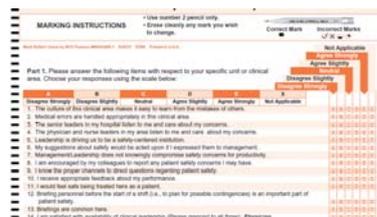
Patientensicherheit und Führungsverantwortung
 Dir. Dr. Dr. Brigitte Ettl

Seite 21

Auf dem Weg zur Sicherheitskultur

- Der Fokus der Aufmerksamkeit ändert sich durch **Fragen** ...
- Die Kultur einer Organisation ändert sich durch ihr **Handeln** ...

Sicherheitskultur ist bewertbar



MARKING INSTRUCTIONS

Part 5: Please answer the following items with respect to your specific unit or clinical area. Choose your response using the scale below:

Item	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree	Not Applicable
1. The culture of this clinical area means I need to learn from the mistakes of others.						
2. Medical errors are handled appropriately in this clinical area.						
3. The senior leaders in my hospital listen to me and care about my concerns.						
4. The physician and nurse leaders in my area listen to me and care about my concerns.						
5. Leadership is doing as best as they can to be a role model.						
6. My suggestions about safety would be acted upon if I expressed them to management.						
7. Management/leadership does not encourage compliance safety concerns for productivity.						
8. I am encouraged by my colleagues to report any patient safety concerns I may have.						
9. I receive appropriate feedback about my performance.						
10. I receive feedback from my colleagues about my performance.						
11. Reporting patient safety concerns is an important part of patient safety.						
12. Reporting patient safety concerns before the start of a shift (i.e., in your job) is an important part of patient safety.						
13. Reporting and correction rates.						
14. I am satisfied with availability of clinical leadership. Please respond to all three: Physician						

Nach B. Saxton

Organisations-/Managementfaktoren

- Meine Vorgesetzten unterstützen mich bei der Umsetzung meiner Aufgaben.
- Erforderliche Maßnahmen zur PatientInnensicherheit werden von der KOFÜ rasch umgesetzt.
- PatientInnen werden ausreichend über Behandlungsrisiken informiert.
- PatientInnen werden ermutigt, ihre Beschwerden/Bedenken zum Ausdruck zu bringen.

Sicherheitskultur im Handeln

Risikoanalysen
→ „Warum ist das so, und was kann man dagegen tun?“

Risiko Risiko Risiko

PatientInnen richtig behandeln/betreuen
Keinen vermeidbaren Schaden zufügen

- Routine standardisieren
- Abweichungen erkennen und beherrschen
- Situative Aufmerksamkeit sichern
- Effektive Kommunikation sicherstellen
- Verantwortung klären und wahrnehmen

Kritische Checks sichern
→ „Was kann man tun, damit Fehler auffallen und nicht zum Schaden werden?“

Fehleranalysen
→ „Warum ist das so passiert, und was kann man tun, damit es so nicht mehr passieren kann?“

Fehler

Schaden

19.11.2013

19.11.2013

Patientensicherheit und Führungsverantwortung
Dir.ª Dr.ª Brigitte Ertl

Seite 18

StoDt+Wien
Wien ist anders.

Sicherheitskultur in Projektform

Risikoanalysen durchführen

- Prozessanalyse (Hausbene)
- Risikoanalyse (Abteilung)

Fehleranalysen durchführen

- Analyse von Fehlern und Zwischenfällen - Vorgehen und Rahmenbedingungen (Abteilung)
- Analyse von Fehlern und Zwischenfällen - Vorgehen und Rahmenbedingungen (Hausbene)
- Patientenidentifikation
- SR Regel
- Read Back
- OP Checkliste implementieren / evaluieren

Kritische Checks sichern

- Themenbezogene Abläufe und Prozesse darstellen
- Der Zugang zu einer interdisziplinären Patientendokumentation ist sichergestellt
- Die Vorschriften und Guidelines sind bekannt
- Die Vorschriften und Guidelines werden eingehalten

Routine standardisieren

- erkennen
- Critical Language
- CUS Words
- beherrschen
- 10 Sekunden für 10 Minuten - FORDEC
- Training des Verhaltens in Notfallsituationen

Abweichungen erkennen

- Prozessgestaltung
- Regelung
- Räumliche Abgrenzung
- Schrankeinstellung

Situative Aufmerksamkeit sichern

- Briefings/Debriefings implementieren / evaluieren
- Klärung der Inhalte und Regeln bei Besprechungen und Übergaben

Effektive Kommunikation sicherstellen

- Ansprechpartner für Fragen zu Geräten definieren
- Probleme mit vorhandenem EDV-Programmen (System, Funktionalität, Handling) werden zuseh und nachhaltig gelöst
- AnsprechpartnerInnen im Bereich für Fragen zur Patientensicherheit

Verantwortung klären und wahrnehmen

- Flexibilität
- Erforderliche Maßnahmen zur Patientensicherheit werden von der Abteilung nach umgesetzt
- Erforderliche Maßnahmen zur Patientensicherheit werden von der KCV nach umgesetzt
- Lernen
- Analyse von Fehlern und Zwischenfällen - Vorgehen und Rahmenbedingungen (Abteilung)
- Analyse von Fehlern und Zwischenfällen - Vorgehen und Rahmenbedingungen (Hausbene)
- Themenbezogene Erhebung von Stärken/Verbesserungspotenzialen der Abteilung; Umsetzung der Erkenntnisse in einen Maßnahmenplan
- Darlegung der Strategien und Werte bezüglich des Umgangs mit Fehlern (Hausbene)
- Positive Emotionen
- Kommunikation
- Risiko- und Fehlerkommunikation (KOFU)
- Einbeziehung der Betroffenen bei Änderungen in der Ausstattung oder bei Bauvorhaben
- Vertrauen
- Klärung von Anonymität und Vertraulichkeit (Hausbene)
- Aufzeigen der Unterstützungsmöglichkeiten (psychisch, rechtlich) für MitarbeiterInnen nach Zwischenfällen
- Gerechtigkeit
- Aufzeigen von Konsequenzen bei sicherheitsgefährdenden Verhalten

19.11.2013

19.11.2013

Patientensicherheit und Führungsverantwortung
Dir.ª Dr.ª Brigitte Ertl

Seite 18

StoDt+Wien
Wien ist anders.

Adaption: KHR; Übersetzung: Stiftung für Patientensicherheit Schweiz
S. Taylor-Adams and C. Vincent (2004). Systems analysis of clinical incidents: the London protocol. Clinical Risk, London, Clinical Safety Research Unit, Imperial College London Department of Surgical Oncology and Technology

Aufgaben- und Prozessfaktoren
Arbeits- und Umfeldfaktoren
Patientenfaktoren
Management- und Organisationsfaktoren
Institutioneller Kontext
fehlerbegünstigende Faktoren
Teamfaktoren
Individuelle Faktoren

KH Hietzing
HZ Rosenhügel

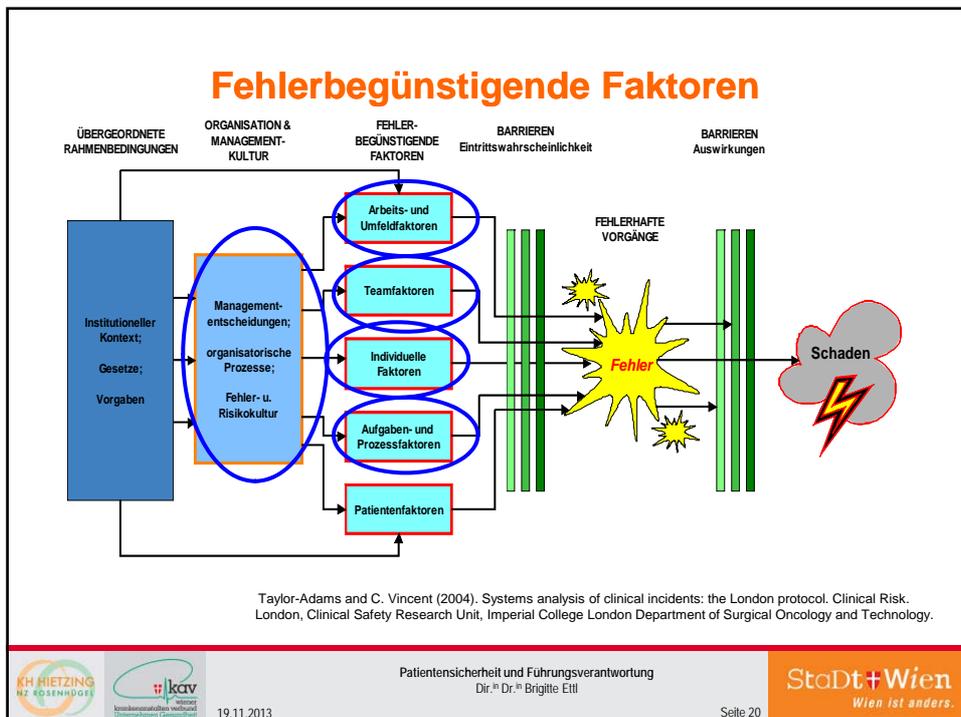
Städt. Krankenanstaltenverband
Landesniederösterreichischer Landesverband
Österreichischer Gesundheitsdienst

19.11.2013

Patientensicherheit und Führungsverantwortung
Dir. Dr. Brigitte Ertl

Seite 19

StoDt+Wien
Wien ist anders.





Patientenfaktoren

- Zustand
- Sprache und Kommunikation
- Persönlichkeit und soziale Faktoren
- Namensgleichheit

**fehler-
begünstigende
Faktoren**

KH HIETZING
NZ ROSENHÜGEL

kav
Klinikenverbund
Kommunikation

19.11.2013

Patientensicherheit und Führungsverantwortung
Dir. Dr. Brigitte Ettl

Seite 21

StoDt+Wien
Wien ist anders.

Patientenfaktor

Das Patientenhandbuch



„Informierte und wachsame Patienten müssen unser Ziel sein.
Dass sie bei Auffälligkeiten aktiv werden, um Fehler rechtzeitig abzuwenden.
Die Hürde liegt allerdings nicht im Erkennen sondern im Handeln.“

„Patientinnen und Patienten sind das letzte Sicherheitsnetz, bevor es zu einem Schaden kommt.“

Ihr Patientenhandbuch –
Leitfaden für einen sicheren
Krankenhausaufenthalt

KH HIETZING
NZ ROSENHÜGEL

kav
Klinikenverbund
Kommunikation

19.11.2013

Patientensicherheit und Führungsverantwortung
Dir. Dr. Brigitte Ettl

Seite 22

StoDt+Wien
Wien ist anders.

Patientenfaktor Das Patientenhandbuch



Wir fragen Sie öfter nach Ihrem Namen.

... Patientinnen und Patienten mit gleichem oder ähnlichem Namen bei Untersuchungen oder Behandlungen eventuell miteinander verwechselt werden könnten?

Sie können zum Beispiel fragen:

- Gibt es etwas, was ich vor der Operation wissen oder tun sollte?
- Wie soll ich mich nach der Operation verhalten?
- Welche Symptome bzw. Beschwerden werden durch die Operation beseitigt?
- Welche Faktoren sind für einen guten Ausgang der Operation maßgeblich?
- Wie kann ich mich persönlich auf die Operation vorbereiten?
- Welche Risiken sind mit dieser Operation verbunden?
- Besteht die Gefahr, dass sich einige meiner Symptome durch die Operation verschlechtern?

Die zeitgerechte Aufklärung zur Anästhesie ist wichtig.

... Sie vor einer Narkose ein Gespräch mit der Anästhesistin / dem Anästhesisten haben.
Dabei wird besprochen, welche Art der Narkose Sie erhalten werden und was Sie erwartet, wenn Sie aus der Narkose aufwachen.
... Ihnen im Rahmen dieses Gesprächs ein Anästhesierevers zur Unterschrift übergeben wird?




19.11.2013

Patientensicherheit und Führungsverantwortung
Dir.® Dr.® Brigitte Ettl

StoDt+Wien
Wien ist anders.

Seite 23



Teamfaktoren

fehlerbegünstigende Faktoren

- Mündliche Kommunikation
- Schriftliche Kommunikation
- Teamstruktur
- Supervision und Hilfesuche




19.11.2013

Patientensicherheit und Führungsverantwortung
Dir.® Dr.® Brigitte Ettl

StoDt+Wien
Wien ist anders.

Seite 24

Teamfaktor WHO OP-Checkliste

OP-Sicherheits-Checkliste
modifiziert nach der World Health Organization

1 Sign In
vor Einleitung des Anästhesieverfahrens

- Identität des Patienten
- Operationsart und Stelle
- Markierung der OP-Stelle (wenn erforderlich)
- Operationserlaubnis
- Antibiotika - Prophylaxe (nötig und erhalten)
- Risiko des Blutverlustes
- Schwierigkeiten zu erwarten
- Besonderes Equipment erforderlich
- Besondere Hygienemaßnahmen erforderlich
- Nötiges Equipment überprüft und einsatzbereit
- Anästhesieerlaubnis
- Schwieriger Atemweg / Aspirationsrisiko
- Allergien
- Allgemeiner Anästhesiecheck
- Monitoring angelegt und funktionstüchtig (EKG, Pulsoximetrie, Blutdruck)
- Offene Fragen

2 Team Time Out
vor Beginn des Eingriffs

Der Checklisten-Koordinator stellt sich selbst und die Team-Mitglieder namentlich und mit ihrer Funktion vor. Kennen sich alle Anwesenden und ist kein neues Teammitglied anwesend, genügt es, diese Tatsache festzustellen. Bevor der Eingriff begonnen wird, werden folgende Punkte – für alle Anwesenden hörbar – vom Checklisten-Koordinator abgefragt und vom dafür Zuständigen beantwortet:

- Patientensicherheit
- Art der Operation, Operationsstelle und Operationsseite
- Sind kritische Situationen zu erwarten? (Frage an alle)
- Blutkonserven bestellt / vorhanden
- Offene Fragen

3 Sign Out
vor Eingriffende

Der Checklisten-Koordinator führt folgende Abfragen durch:

- Welcher Eingriff wurde durchgeführt?
- Tücher und Instrumente komplett?
- Gewebeproben korrekt beschriftet?
- Probleme mit verwendeten Instrumenten oder Geräten?
- Informationen für die postoperative Betreuung des Patienten (Schmerztherapie, Verband, Drainagen, Verbote)
- Gibt es noch Fragen / Unklarheiten?

Ergänzungen und Anpassungen an lokale Gegebenheiten sind erwünscht und notwendig.

Aus Gründen der Sicherheit, besserer Verträglichkeit wird auf eine geschlechtspezifische Übersetzung verzichtet. Die germanisierende inhaltliche nichtliche Form schließt auch die weiblichen Personen ein ein.

Osterrösterreichische Version entwickelt von der Plattform Patientensicherheit Österreichs
www.plattform-patientensicherheit.at

Based on the WHO Surgical Safety Checklist, URL: <http://www.who.int/initiatives/surgical-safety-checklist>
© World Health Organization 2009
All rights reserved.

Published on 10 November in the New England Journal of Medicine (NEJM), a study conducted in the Netherlands from October 2007 to March 2009 shows that with the use of a checklist, surgery complications were reduced by more than one-third and deaths reduced by almost half (from 1.5% to 0.8%) in test hospitals compared to control hospitals.

Patientensicherheit und Führungsverantwortung
Dir. Dr. Brigitta Ettl

StoDt+Wien
Wien ist anders.

Briefing - Debriefing

Bei einem Briefing handelt es sich um eine Kurzeinweisung (Kurzbesprechung) **vor** einem wichtigen Ereignis

Briefing - 2 kritische Inhalte:

Zeigen Sie Kompetenz: „Wir machen jetzt Folgendes: ...“

Eine Kurzauswertung **nach** einem wichtigen Ereignis wird als Debriefing bezeichnet

Patientensicherheit und Führungsverantwortung
Dir. Dr. Brigitta Ettl

StoDt+Wien
Wien ist anders.



**fehler-
begünstigende
Faktoren**

Arbeits- und Umfeldfaktoren

- Gestaltung der Arbeitsplätze
- Personalbestand und Qualifikationsmix
- Arbeitsbelastung und Dienstpläne
- Beschaffenheit, Verfügbarkeit und Instandhaltung der technischen Ausstattung
- Unterstützung durch Vorgesetzte

KH HIETZING
NZ ROSENHÜGEL

kav
Klinikenverbund
Krankenanstaltenverbund
Umschichtungen, Gesundheitsdienst

19.11.2013

Patientensicherheit und Führungsverantwortung
Dir.: Dr.® Brigitte Ettl

Seite 27

StoDt+Wien
Wien ist anders.

Arbeits- und Umfeldfaktoren

**Jobrotation,
Simulationstrainings,
Arbeitsplatzevaluierungen,
...**



KH HIETZING
NZ ROSENHÜGEL

kav
Klinikenverbund
Krankenanstaltenverbund
Umschichtungen, Gesundheitsdienst

19.11.2013

Patientensicherheit und Führungsverantwortung
Dir.: Dr.® Brigitte Ettl

Seite 28

StoDt+Wien
Wien ist anders.



Aufgaben- und Prozessfaktoren

- Aufgaben- und Prozessgestaltung
- Kontrollmechanismen
- Regeln vorhanden, klar und eingehalten
- Verfügbarkeit und Genauigkeit von Testergebnissen
- Entscheidungshilfen

**fehler-
begünstigende
Faktoren**




19.11.2013

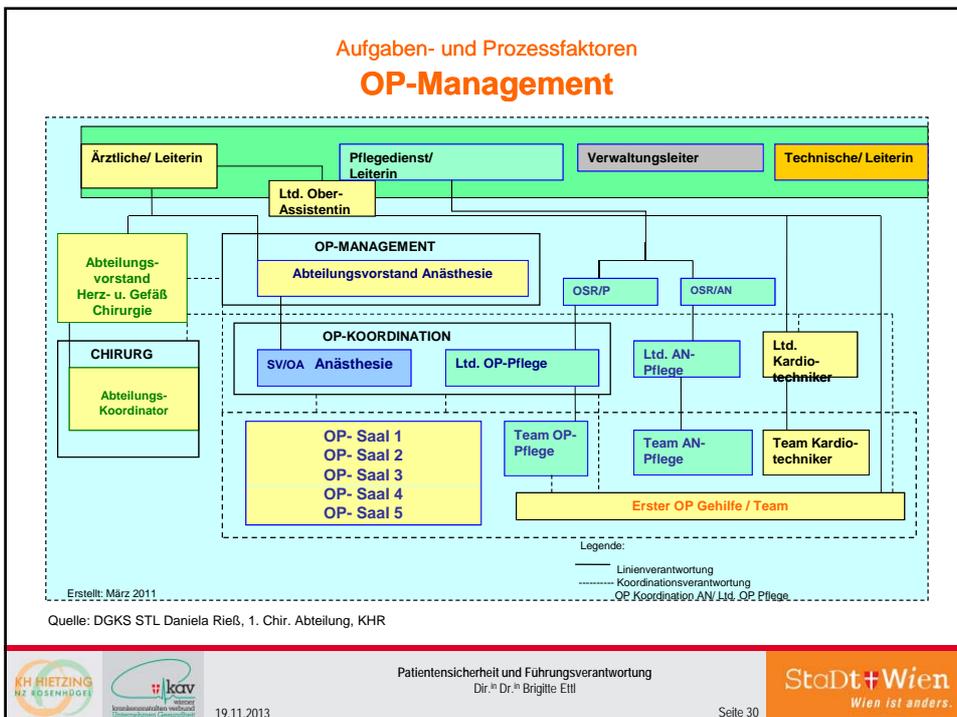
19.11.2013

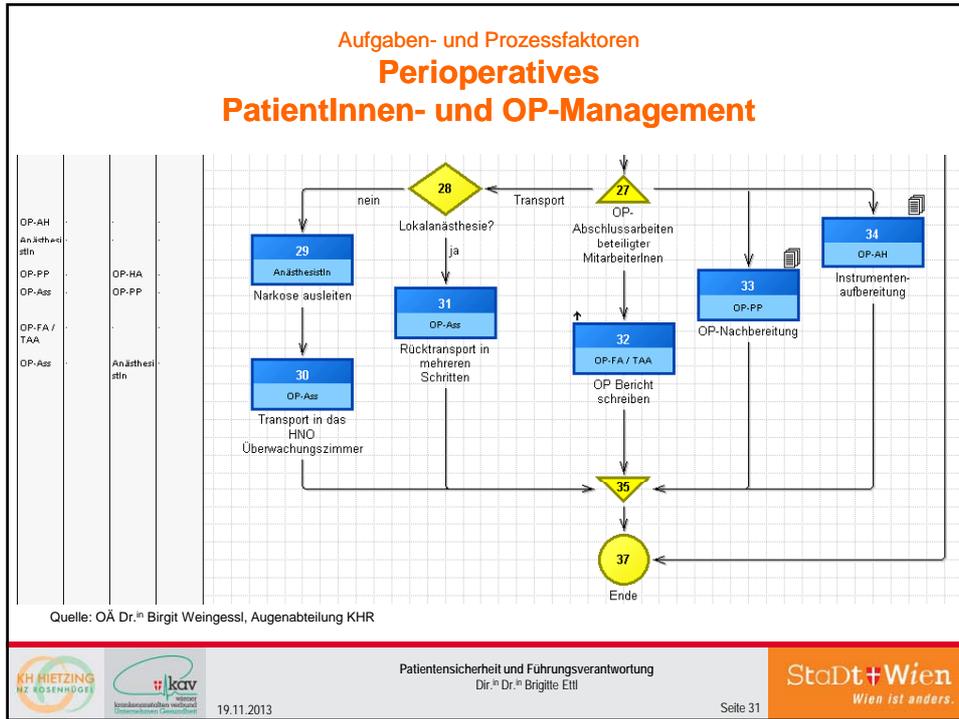
19.11.2013

19.11.2013

19.11.2013

19.11.2013





Memorycard „Medikamentensicherheit“

Dieses einfache Kontrollinstrument rettet jedes Jahr Menschenleben und vielleicht Ihre berufliche Existenz!

Die 5R-Regel wirkt nur dann, wenn sie von allen MitarbeiterInnen bei allen PatientInnen immer vor dem Aushändigen bzw. der Verabreichung von Medikamenten durchgeführt wird. Der Zeitbedarf beträgt nur wenige Sekunden!

Kerninhalte

- Richtige Person
- Richtiges Arzneimittel
- Richtige Dosierung (oder Konzentration)
- Richtige Applikation (auch Applikationsart)
- Richtige Zeit (richtiger Zeitpunkt)



Management- und Organisationsfaktoren

- Ressourcen und Einschränkungen
- Schnittstelle klar?
- Grundsätze, Standards und Ziele
- Sicherheitskultur und Prioritäten

fehlerbegünstigende Faktoren

KH HIETZING NZ ROSENHÜGEL | kkv | Patientensicherheit und Führungsverantwortung | Dir. Dr. Brigitte Ettl | Seite 33 | StoDt+Wien | Wien ist anders.

Management- und Organisationsfaktoren
RM im Krankenhaus Hietzing

<p>Apothekensicherheit verbessert</p> <p>Auftrag zur Konzeptentwicklung</p> <p>Standards optimiert</p>	<p>Erweiterung der Stabsstelle RM (2010)</p> <p>Stabsstelle RM der KOFÜ etabliert (2008)</p> <p>RM-Ausbildungsmodul für KHR (2007)</p> <p>RM-Ausbildungen in Wien und in Schweiz (2006-2009)</p>	<p>Erarbeitung einer Strategy-Map</p> <p>Medikamentensicherheitsaudits</p> <p>CIRS in Hochrisikobereichen und CIRS medical für das Krankenhaus</p> <p>OP-Checkliste eingeführt</p> <p>Jährliche Zielvereinbarungen mit Abteilungen</p>
2005 Sofortmaßnahmen	2006-2009 Strukturmaßnahmen	2007-2013 Operative Maßnahmen
Zwischenfall mit Patientenschaden	Risikomanagement als Führungsaufgabe definiert	Klinisches RM etablieren und Strategiearbeit

KH HIETZING NZ ROSENHÜGEL | kkv | Patientensicherheit und Führungsverantwortung | Dir. Dr. Brigitte Ettl | Seite 34 | StoDt+Wien | Wien ist anders.

Mission – Vision – Strategien im KHR

Unsere Mission:

Wir implementieren Risikomanagement systematisch und nachhaltig. Unser Vorgehen orientiert sich unter medizinethischen Aspekten an den Bedürfnissen unserer Interessenspartner.

Unsere Vision:

PatientInnen, MitarbeiterInnen und Interessenspartner erleben täglich, dass das KHR als eines der führenden Referenzkrankenhäuser im Bereich Risikomanagement und PatientInnensicherheit gilt.

Unsere RM-Strategien:

Wir entwickeln unser RM-System und implementieren es nachhaltig.
Wir entwickeln Vorgehensweisen, welche von allen unseren MitarbeiterInnen auf ihren Abteilungen und in jedem Bereich angepasst und genutzt werden können.
Wir teilen unser Wissen mit Interessenspartnern und Netzwerken.

CIRS



Quelle: Plakat KAV-GB-QM / Arbeiten mit CIRS

- Abteilungsinternes CIRS
- CIRSmedical® im KHR
- CIRSmedical® Österreich
- CIRS ...



Institutioneller Kontext

- Gesetze, Vorgaben, Leistungsfinanzierung
- Gesundheitspolitik
- Verbindungen mit externen Organisationen

**fehler-
begünstigende
Faktoren**

KH HIETZING
NZ ROSENHÜGEL

19.11.2013

StoDt+Wien
Wien ist anders.

Seite 37

Institutioneller Kontext

Vorgaben und Empfehlungen zur Einrichtung eines Learning und Reporting Systems

EU

Europarat:
Implementierung von Arbeitsgruppen

Council of Europe:
COUNCIL RECOMMENDATION of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections

Gründung des **EUNetPaS**, 2006

Europäische Kommission:
Arbeitskreis „Patient Safety Working Group of The High Level Group (HLP) on Health Service and Medical Care“

Luxemburger Deklaration der Patientensicherheit, 2005

WHO

Resolution (WHO 57 2002/REC/1. Quality of Care: Patient Safety, Fifty-fifth World Health Assembly, Geneva 2002

World Allianz for Patient Safety, 2004

Safe Surgery Saves Lives



KH HIETZING
NZ ROSENHÜGEL

19.11.2013

StoDt+Wien
Wien ist anders.

Seite 38



**Plattform
Patientensicherheit**

ANetPaS
Austrian Network for Patient Safety

ANetPAS ist ein unabhängiges nationales Netzwerk, dem alle relevanten Einrichtungen und ExpertInnen des österreichischen Gesundheitssystems angehören, die sich mit Patientensicherheit und Qualitätssicherung beschäftigen. Gründung 2008

Die nationalen und internationalen Bemühungen unter dem Stichwort „**Patientensicherheit**“ zielen darauf hin, das **Österreichische Gesundheitssystem** für die PatientInnen, aber auch für die MitarbeiterInnen in den Einrichtungen sicherer und transparenter zu machen.

AUT
Nationale Patientensicherheitsstrategie




19.11.2013

Plattform Patientensicherheit und
Führungsverantwortung
Dir.ª Dr.ª Brigitte Ertl





fehler-
begünstigende
Faktoren

Individuelle Faktoren

- Kenntnisse, Fähigkeiten, Kompetenz
- Situative Aufmerksamkeit
- Körperliche und psychische Gesundheit




19.11.2013

Plattform Patientensicherheit und
Führungsverantwortung
Dir.ª Dr.ª Brigitte Ertl





„AKTION Saubere Hände“

Das Zertifikat in Gold verpflichtet.

Individuelle Faktoren
Productive Ageing Maßnahmen



... und dann braucht es noch ...

- ✓ Respekt und Wertschätzung
- ✓ Nachhaltigkeit
- ✓ Vertraulichkeit
- ✓ Zuverlässigkeit
- ✓ Verantwortung
- ✓ Transparenz
- ✓ Unvoreingenommenheit
- ✓ Offenen Kommunikation

