

**WEITERBILDUNGSLEHRGANG FÜR
FÜHRUNGSAUFGABEN (BASISAUSBILDUNG)
„Basales und mittleres Pflegemanagement“
07.11.2011 bis 04.10.2012**

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

Qualitätsmanagement

mit Blickpunkt
Medikamentenverabreichung

vorgelegt von: Harald Bitai
Akutgeriatrie
Diakonie de La Tour

begutachtet von: Kornelia Fiausch, MAS
Pflegedienstleitung
LKH Villach

August/2012

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Harald Bitai

Feldkirchen, 16.08.2012

KURZZUSAMMENFASSUNG

Ein wesentlicher Bestandteil jeder Einrichtung ist das Qualitätsmanagement. In dieser Abschlussarbeit werden die Arten, Ziele und Mittel des Qualitätsmanagement erläutert. Ein weiteres großes Kapitel umfasst die Arzneimittel sowie deren Lagerung, Bereitstellung und Verabreichungsformen. Einen nächsten wichtigen Teil der Arbeit bestimmen die gesetzlichen Grundlagen. Das Fehlermanagement mit den häufigsten Ursachen, der Vermeidung und der Qualitätskontrolle wird näher dargestellt. Darauf folgt die Beschreibung eines Modells des Risikomanagement. Der jetzige Ist-Zustand der Medikamentengabe, der Soll-Zustand und die Bewertung zweier Krankenhäuser in denen eine sichere Methode der direkten Verabreichung von Medikamenten am Patientenbett bereits implementiert wurde, wird beschrieben. Durch Erstellung eines Aktionsplanes soll die Einführung dieser Verabreichungsform, um eine Risikominimierung auf diesem Gebiet zu erzielen, erleichtern diese in die Praxis umzusetzen.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

FMEA	Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse
JCI	Joint Commission International
PDL	Pflegedienstleitung
QM	Qualitätsmanagement
RM	Risikomanagement

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1 - BEISPIEL GEBRAUCHSFERTIGER ARZNEIMITTEL.....	12
ABBILDUNG 2 - SPITZE DES EISBERGES, AUS FEHLERN LERNEN	16
ABBILDUNG 3 - TABELLE, STUDIE UNERWÜNSCHTER EREIGNISSE	18
ABBILDUNG 4 - GRAFIK MEDIKATIONSFEHLER.....	19
ABBILDUNG 5 - ABLAUF EINER FMEA.....	24
ABBILDUNG 6 - LOGO KRANKENHAUS WAIERN.....	28
ABBILDUNG 7 - FOTO KRANKENHAUS WAIERN	30

INHALTSVERZEICHNIS

0	VORWORT	8
1	EINLEITUNG	9
2	QUALITÄTSMANAGEMENT	10
2.1	DEFINITION QUALITÄT	10
2.2	DEFINITION QUALITÄTSMANAGEMENT	10
2.3	DREI ARTEN VON QUALITÄT	11
2.4	ZIELE UND MITTEL DES QUALITÄTSMANAGEMENTS	11
3	ARZNEIMITTEL	12
3.1	LAGERUNG, BEREITSTELLEN VON ARZNEIMITTELN, ARZNEIFORMEN.....	13
3.1.1	<i>Lagerung</i>	13
3.1.2	<i>Bereitstellen von Arzneimittel</i>	14
3.1.3	<i>Arzneiformen</i>	14
4	FEHLERMANAGEMENT	16
4.1	FEHLER – WAS IST DAS EIGENTLICH?	16
4.2	UNERWÜNSCHTE EREIGNISSE BEIM MEDIKAMENTENPROZESS	18
4.3	MÖGLICHE FEHLERQUELLEN DES MEDIKAMENTENPROZESSES	18
4.4	FEHLERVERMEIDUNG ARZNEIMITTEL.....	20
4.4.1	<i>Bereitstellen, Dokumentation und Abgabe</i>	20
4.4.2	<i>Implementierung von „Good Practice“</i>	20
4.4.3	<i>Unit-Dose-System</i>	21
4.4.4	<i>Qualitätssicherung</i>	21
4.4.5	<i>Die Fortbildung</i>	22
5	RISIKOMANAGEMENT	23
5.1	BEISPIEL METHODE DES RISIKOMANAGEMENTS.....	23
5.1.1	<i>Arten der Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse</i>	23
5.1.2	<i>Ablauf der FMEA</i>	24
6	GESETZLICHE GRUNDLAGEN	26
7	VORSTELLUNG DES KRANKENHAUSES WAIERN	28
8	IST-STAND ERHEBUNG	31

9	SOLL-ZUSTAND ERHEBUNG	32
10	„GOOD PRACTICE“ – DIREKTE MEDIKAMENTENVERABREICHUNG	32
10.1	DEFINITION „GOOD PRACTICE“- GUTES PRAXIS BEISPIEL.....	32
10.2	KRITERIEN VON „GOOD PRACTICE“	33
10.3	UMSETZUNG VON „GOOD PRACTICE“ – DIREKTE MEDIKAMENTENGABE	33
11	AKTIONSPLAN	35
12	ZUSAMMENFASSUNG	37
13	LITERATURVERZEICHNIS	38

0 VORWORT

Das Interesse der Sicherheit des Patienten speziell in der Medikamentenverabreichung ist ein wesentlicher Teil in der Patientenversorgung. Was ist die sicherste und sinnvollste Methode? Mit dieser Frage setzen sich bereits einige Organisationen auseinander und ist es aus meiner Sicht ein sehr brisantes Thema. Anhand meiner elf-jährigen Berufserfahrung, meiner intensiven Auseinandersetzung mit der Gewährung der Patientensicherheit und im Rahmen der Fort- und Weiterbildung „Basales und mittleres Management“, bin ich gerade bei diesem Punkt zur Erkenntnis gelangt, dass hier potentielle Fehlerquellen bestehen. Aufgrund dieser Erkenntnis, besteht Handlungsbedarf. Mir ist bewusst, dass Fehler mittels guter Strategie nicht immer vermieden werden können, aber das Risiko zur Begehung eines Fehlers kann dadurch minimiert werden und somit wir einen Schritt weiter sind, einen Schritt weiter zum Schutz der Patienten.

Deshalb ist es mir ein großes Anliegen, eine Verbesserung in diesem Bereich zu erzielen, wodurch ich mich für dieses Thema entschieden habe.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit auf die Verwendung von geschlechtsspezifischen Bezeichnungen, z.B. „Patient/Patientin“ verzichtet. Die Bezeichnung „Patient“ gilt im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

Besonderer Dank gebührt Frau Kornelia Fiausch, MAS für ihre Begleitung, Fachkompetenz und Unterstützung.

Vielen Dank auch an Frau Sylvia Adamitsch und an Frau Josefine Pliberschnig für die Korrektur meiner Abschlussarbeit.

1 EINLEITUNG

Die Gewährung der Patientensicherheit, speziell in der Vorbereitung und Verabreichung von Arzneimitteln, erfordert besondere Kenntnisse. Die Abschlussarbeit hebt diese hervor. Es handelt sich hierbei um Grundkenntnisse, die in der Ausbildung zum gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege erlernt und im Rahmen der Tätigkeit und Fortbildung vertieft werden. Die Arbeit soll die große Bandbreite der Medikamente in deren Formen, Lagerung und Bereitstellung hervorheben, um erneut bewusst zu machen, um welches große Spektrum zur möglichen Entstehung von Fehlern es sich hierbei handelt. Aus diesem Grund soll in der Arbeit eine sichere Methode der Medikamentenverabreichung ermittelt werden. Daher kommt es zur Fragestellung:

Welches ist eine sichere Methode der Medikamentenverabreichung?

Anhand von Literaturrecherchen, intensiver Auseinandersetzung mit diesem Thema sowie Erfahrungswerten wird dargestellt, dass durch die Methode der direkten Medikamentenverabreichung viele Fehlerquellen minimiert bzw. ausgeschaltet werden können. Weiteres soll in dieser Arbeit das Fehlermanagement mit den Ursachen zur Fehlerentstehung, im Speziellen unerwünschter Ereignisse sowie möglicher Fehlerquellen des Medikamentenprozesses und der allgemeinen Vermeidung von Fehlern mit Schwerpunkt Arzneimittel nachgegangen werden. Weiters wird das Qualitätsmanagement (QM) mit den Arten, Zielen und Mitteln sowie das Risikomanagement (RM) mit dem Beispiel der Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse (FMEA) dargestellt. Als Beispiel zur Qualitätssicherung wird das Vorgehen der Joint Commission International (JCI) beschrieben. Im letzten Teil folgt eine Ist-Stand Erhebung der derzeitigen Situation der Medikamentenverabreichung im Krankenhaus Waiern, eine Bewertung vom Landeskrankenhaus Villach unter der Leitung von Kornelia Fiausch, MAS sowie ein Erfahrungsbericht vom neurologischen Therapiezentrum Kapfenberg, welche bereits die Form der direkten Medikamentengabe durchführen. Daraus ergibt sich ein Soll-Zustand, wie es im Krankenhaus Waiern/Station Akutgeriatrie implementiert werden sollte.

Als Resümee wird eine sichere Form der Medikamentenverabreichung hervorgehen. Dementsprechend wird es eine Empfehlung an die Pflegedirektion geben, dieses Modell an der Station einzuführen.

2 QUALITÄTSMANAGEMENT

QM und Qualitätssicherung sind in der Wirtschaft schon seit vielen Jahrzehnten ein Begriff. Im Gesundheitswesen wurden in den 1950er Jahren Qualitätskontrollen in Form von Stichproben durchgeführt. Der Begriff QM begann sich 1990 zu entwickeln (vgl. Ertl-Wagner, Steinbrucker, Wagner 2009, S. 16f).

2.1 Definition Qualität

In unserer Gesellschaft wird der Begriff Qualität vielfach verwendet. Dieses Wort ist mit einem positiven Image verbunden und wird an andere Begriffe angehängt, z.B. Lebensqualität, Umweltqualität oder Lebensmittelqualität. Qualität leitet sich vom lateinischen Wortstamm „qualis“ ab, das heißt „wie beschaffen“. Der Begriff wurde in der DIN EN ISO 9000 international definiert. Qualität ist der „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Forderungen erfüllt“. Inhärent bedeutet „einer Einheit innewohnend“. Da die „Gesamtheit der inhärenten Merkmale einer Einheit sowie der zu diesen Merkmalen gehörenden Merkmalswerte“ als Beschaffenheit definiert ist, kann Qualität auch wie folgt definiert werden:

Qualität ist die „realisierte Beschaffenheit einer Einheit bezüglich der Qualitätsforderung“. Dabei kann eine „Einheit“ eine Tätigkeit, ein Prozess, ein Produkt, eine Organisation, eine Person oder ein System sein. Sie kann materiell oder immateriell sein (vgl. Brüggemann, Bremer 2011, S 3f).

2.2 Definition Qualitätsmanagement

QM wird von dem bisherigen Oberbegriff Qualitätssicherung ersetzt. QM wird als „aufeinander abgestimmte Tätigkeit zur Leitung und Lenkung einer Organisation bezüglich Qualität“ definiert (vgl. Kamiske, Brauer 2008, S. 63).

2.3 Drei Arten von Qualität

Diese drei Arten werden von Hartl, Wernisch wie folgt definiert:

Strukturqualität:

Alle technischen, personellen, materiellen und organisatorischen Voraussetzungen für ein gut funktionierendes QM werden hier eingeschlossen. Von großer Bedeutung dabei ist, wie diese Rahmenbedingungen verwendet werden.

Prozessqualität:

Zielorientierte Gestaltung, Steuerung und Durchführung aller Leistungsprozesse stellt die Anforderung der Prozessqualität dar. Durch konkrete Arbeitsanweisungen werden die Prozesse strukturiert. Die Ausrichtung der Prozesse muss so erfolgen, dass durch Lenkung fehlerhafter Produkte und Dienstleistungen, richtiger Beschaffung, vorbeugender Wartung, Schulung, pflegerischem Handeln und durch Kontrollen das Qualitätsziel erreicht werden kann.

Ergebnisqualität:

Die erzielten Resultate bzw. die Eigenschaften der erbrachten Leistungen werden unter Ergebnisqualität verstanden. Ein wesentlicher Indikator ist hierbei die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, um die Ergebnisqualität zu messen (vgl. Hartl, Wernisch 2001, S. 15f).

2.4 Ziele und Mittel des Qualitätsmanagements

QM umfasst:

- die Festlegung der Qualitätspolitik und von Qualitätszielen
- die Qualitätsplanung
- die Qualitätslenkung
- die Qualitätssicherung
- die Qualitätsverbesserung

3.1 Lagerung, Bereitstellen von Arzneimitteln, Arzneiformen

Arzneimittel greifen in die Funktionen des Organismus ein, daher ist es notwendig, sich die grundlegenden Kenntnisse, über die Lagerung, über den Umgang mit ihnen und ihre Anwendung, sowie über die Arzneiformen, anzueignen. Nur dies gewährt einen fachgerechten und sicheren Umgang mit Arzneimitteln (vgl. Schmid, Strub, Studer 2011, S. 2).

3.1.1 Lagerung

Arzneimittel sind bei der Lagerung laut Schmid, Strub, Studer immer Umwelteinflüssen ausgesetzt, die sie oft ungünstig beeinflussen können. Bei diesen Einflüssen handelt es sich um:

- Temperatur
- Luftfeuchtigkeit
- Luftsauerstoff
- Licht
- Mikroorganismen

Temperatur:

Sind von Seiten des Herstellers keine Vorschriften auf der Verpackung angegeben, so können die Arzneimittel bei Raumtemperatur gelagert werden. Bei vorgeschriebener Lagerung im Kühlschrank ist die Einhaltung der Kühlkette wichtig. Laut europäischen Richtlinien beträgt die Raumtemperatur zwischen 15-25°C, Kühlschrank 2-8°C, die Temperatur im Medikamentenschrank wie auch im Kühlschrank ist regelmäßig nach krankenhausspezifischen Richtlinien zu überprüfen (vgl. Schmid, Strub, Studer 2011, S. 3f).

Luftfeuchtigkeit, Luftsauerstoff, Licht, Mikroorganismen:

Vor den oben genannten Einflüssen sind Arzneimittel am besten in der Originalpackung des Herstellers geschützt, daher immer in der Originalpackung lagern (vgl. Schmid, Strub, Studer 2011, S. 4).

3.1.2 Bereitstellen von Arzneimittel

Bei der Gabe des Arzneimittels muss der richtige Patient zur richtigen Zeit das richtige Arzneimittel in der richtigen Arzneiform und in der richtigen Dosierung erhalten, dies ist die „5-R-Regel“. Die wichtigste Grundvoraussetzung dafür ist Sauberkeit, Übersichtlichkeit und Ordnung im Arzneimittelschrank sowie am Arbeitsplatz, an dem die Arzneimittel bereitgestellt werden. Flüssige Arzneimittel und Ampullen sind unmittelbar vor der Verabreichung bereitzustellen. Eine mit der Arzneimittelverabreichung vertraute zweite Person sollte immer das Bereitgestellte mit der ärztlichen Verordnung kontrollieren.

Notwendig zur sicheren Bereitstellung von Arzneimitteln ist auch, dass die zuständige Person sich auf die Tätigkeit konzentriert und dass diese Tätigkeit laufend kontrolliert wird. Diese laufenden Kontrollen ist man den uns anvertrauten Patienten schuldig (vgl. Schmid, Strub, Studer 2011, S. 7).

3.1.3 Arzneiformen

Schmid, Strub, Studer zählen die Arzneiformen wie folgt auf:

Perorale flüssige Arzneiformen:

- Lösungen
- Suspensionen
- Emulsionen

Perorale feste Arzneiformen:

- Pulver
- Granulate
- Tabletten
- Kapseln

Arzneimittel zur parenteralen Anwendung:

- subkutane Injektion
- intramuskuläre Injektion
- intravenöse Injektion oder Infusion

Arzneimittel zur kutanen Anwendung:

- Salben
- Cremes
- Gele
- Pasten
- Umschläge und Sprays

Arzneimittel zur Anwendung in der Mundhöhle:

- Spül- und Gurgellösungen
- Tinkturen

Arzneimittel zur rektalen Anwendung:

- Suppositorien
- Rektalkapseln
- Salben
- Klistiere

Arzneimittel zur vaginalen Anwendung:

- Vaginalkugeln
- Vaginalkapseln
- Vaginaltabletten
- Vaginalsuppositorien

Arzneimittel zur Anwendung am Auge:

- Augentropfen
- Augensalben

Arzneimittel zur Anwendung in der Nase und im Ohr:

- Nasentropfen
- Nasenspray

Arzneimittel zur inhalativen Anwendung:

- Dosieraerosole:
 - Treibgashaltige Dosieraerosole
 - Pulverinhalatoren

(vgl. Schmid, Strub, Studer 2011, S. 9ff).

4 FEHLERMANAGEMENT

Im Gesundheitswesen werden die Untersuchungs- und Behandlungsabläufe immer komplexer. Damit die Patientensicherheit immer gewährleistet ist, werden hohe Anforderungen an die Mitarbeiter in der Gesundheitsversorgung gestellt. Oft sind unerwünschte Ereignisse auf Organisations- und Kommunikationsdefizite zurückzuführen. Um diese zu vermeiden, bedarf es eines Kulturwandels im Umgang mit Fehlern. Nicht mehr „wer“ ist schuld, sondern „was“ ist schuld, sollte von Interesse sein. Dazu ist es notwendig Organisationsstrukturen kritisch zu betrachten (URL: www.aerztekammer-berlin.de).

Die Abbildung 3 zeigt, dass nur ein kleiner Teil der gesamten Behandlungsfehler aktenkundig sind bzw. gutachterlich anerkannt werden. Der Großteil bleibt unerkannt wäre aber durch gezielte Evaluation ermittelbar (vgl. Borgwart, Kolpatzik 2010, S. 3f).



Abbildung 2 - Spitze des Eisberges, Aus Fehlern lernen (vgl. Borgwart, Kolpatzik 2010, S. 3)

4.1 Fehler – was ist das eigentlich?

Fünf Schlüsselbegriffe hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit zum Thema Patientensicherheit definiert:

- Unerwünschtes Ereignis

Ein schädliches Vorkommen, das eher auf der Behandlung als auf der Erkrankung beruht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein.

- Vermeidbares unerwünschtes Ereignis

Ein unerwünschtes Ereignis, das vermeidbar ist.

- Kritisches Ereignis

Ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit erhöht.

- Fehler

Eine Handhabung oder ein Unterlassen, bei dem eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt. Ob daraus ein Schaden entsteht, ist für die Definition des Fehlers irrelevant.

- Beinahe-Schaden

Ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können (Borgwart, Kolpatzik 2010, S. 4).

Die häufigsten Ursachen zur Fehlerentstehung:

- Zeitmangel, fehlende Konzepte
- Unwissenheit
- Personalmangel
- Dauerbelastung (z.B. viel Überstunden)
- Zeitdruck
- Fehlende Pausen
- Ängste, Stress, Sorgen im Umgang mit Fehlern, aus Angst passieren noch mehr Fehler (vgl. Borgwart, Kolpatzik 2010, S. 5-36).

Als Beispiel wird ein Interviewausschnitt angeführt:

„Zum Beispiel mit Medikamenten. Wir stellen die nachts und manchmal wirklich zwischen Tür und Angel und brauchen 2 Stunden dafür, weil wir ständig zur Klingel müssen oder so etwas. Dann passiert es schon mal, dass du etwas falsch stellst. Davor habe ich natürlich Angst. Aber ich versuche, mich da nicht mehr so reinzusteigern wie früher. Früher habe ich Phantasien entwickelt, aber das will ich nicht. Ich will keine schlaflosen Nächte deswegen“ (Borgwart, Kolpatzik 2010, S. 37).

Dieser Interviewausschnitt stammt aus einer Untersuchung des Zentrum Pflegeforschung und Beratung der Hochschule Bremen, welches im Jahr 2007 mit 18 Pflegenden aus Krankenhäusern und Pflegeheimen in Deutschland, zum Thema „Pflegerfehlern, Fehlerkultur und Fehlermanagement“ geführt wurde (vgl. Borgwart, Kolpatzik 2010, S.36).

4.2 Unerwünschte Ereignisse beim Medikamentenprozess

Eine Studie (siehe Abb. 3) aus der Schweizerischen Ärztezeitung 2001; 82; Nummer 26 zeigt die Häufigkeit der unerwünschten Ereignisse in Bezug auf die Arzneimitteltherapie. Auch die vermeidbaren Ereignisse werden prozentual dargestellt.

Unerwünschte Ereignisse	Frequenz	Vermeidbare Ereignisse
In Zusammenhang mit Arzneimitteltherapie	19,4%	45,2%
In Zusammenhang mit Diagnostik	8,1%	98,8%
In Zusammenhang mit Therapie	7,5%	91,3%
Prozedurenabhängig	7,0%	52,8%
Systemfehler	1,4%	85,5%
Sturz	2,7%	92,2%
Anderes	6,2%	54,3%
Alle konservativen Behandlungen	52,3%	65,5%

Abbildung 3 - Tabelle, Studie unerwünschter Ereignisse

(URL: www.pflegekongress.at)

4.3 Mögliche Fehlerquellen des Medikamentenprozesses

- falscher Patient
- falsches Arzneimittel
- falscher Zeitpunkt
- Fehler bei der Dosierung
- Fehler bei der Übertragung
- unleserliche oder unklare Verordnung (Anmerkung des Verfassers).

Die Grafik (Abb. 4) zeigt prozentual die Darstellung von Medikationsfehlern, welche im Rahmen des Pflegekongresses im Jahr 2009 des Institutes für Pflege- und Gesundheitssystemforschung, Universität Linz präsentiert wurde.

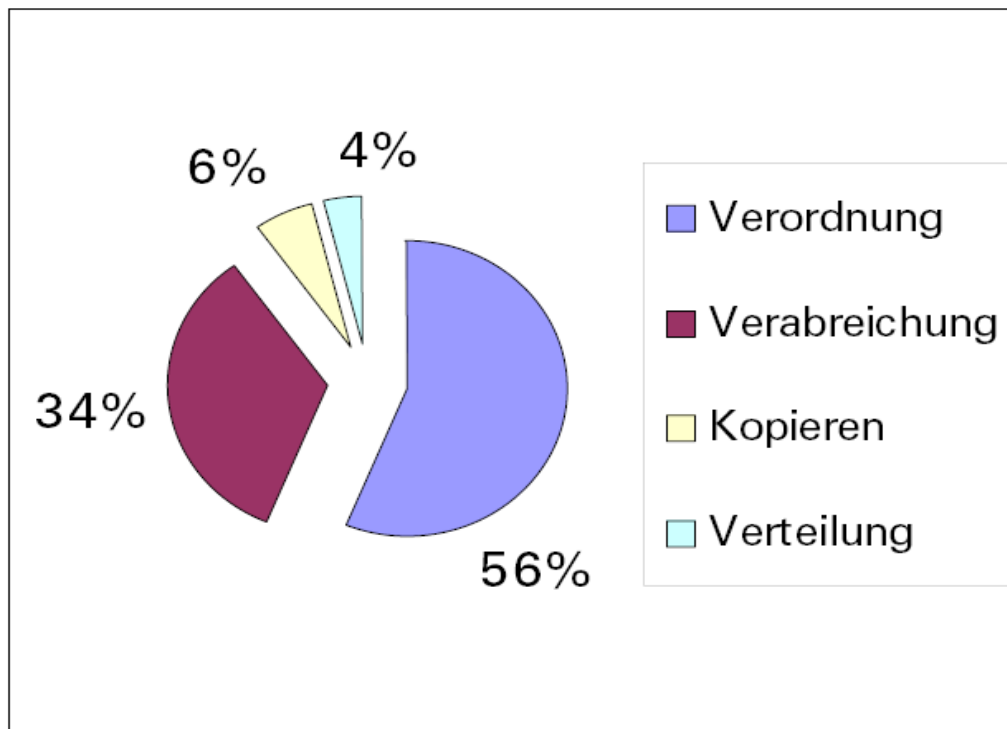


Abbildung 4 - Grafik Medikationsfehler

(URL: www.pflegekongress.at)

Aufgrund von Mehrfachverschreibungen passiert die Hälfte der Medikationsfehler bei Patienten über 60 Jahren.

Medikationsfehler verteilen sich auf drei wesentliche Bereiche, nach einem laufend durchgeführten Reporting in Amerika:

- Verabreichung falscher Dosis (41%)
- falsches Arzneimittel (16%)
- falsche Applikation (16%).

(URL: www.pflegekongress.at)

4.4 Fehlervermeidung Arzneimittel

Die wichtigsten Ansatzpunkte zur Vermeidung von Fehlern speziell bei Arzneimittel liegen in der Bereitstellung, Dokumentation und Abgabe. Die Implementierung von „Good-Practice“ sowie die JCI als QM-System tragen ebenfalls zur Risikominimierung von Fehlerquellen bei. Auch die Fortbildung ist ein wesentlicher Bestandteil zur Fehlervermeidung.

4.4.1 Bereitstellen, Dokumentation und Abgabe

Folgende Punkte sollten beachtet werden:

- Doppelte Vorsicht bei selten gebrauchten Arzneimitteln,
- bei Unklarheiten mit dem verordnenden Arzt, der Krankenhausapotheke oder eventuell einer erfahrenen Pflegeperson Rücksprache halten,
- immer beim verordnenden Arzt rückfragen, wenn Dosierungsangaben fehlen,
- besondere Vorsicht ist bei Medikamentennamen mit Zahlen geboten (z.B. Insuline sind oft mit Zahlenangaben kombiniert),
- Internationale Einheiten sollten wegen der Verwechslungsgefahr mit der Zahl eins nur in Einheiten erfolgen,
- Bruchstriche sollten nur horizontal angebracht werden,
- Verordnungen immer schriftlich und nicht mündlich,
- Angaben immer in Menge und Volumen,
- Arzneimittel, die vom Patienten zurückgelassen werden, sollten an die Krankenhausapotheke zurückgesandt werden (vgl. Schmid, Strub, Studer 2011, S. 8).

Die Bestellung von Betäubungsmittel für den Stationsbedarf erfolgt schriftlich mit Rezeptformular, darüber hinaus muss jede bezogene oder abgegebene Menge sowie der Bestand dokumentiert werden (vgl. Schmid, Strub, Studer 2011, S. 8).

4.4.2 Implementierung von „Good Practice“

Als Beispiel ist die direkte Medikamentengabe am Patientenbett, zur Reduktion von Verwechslungen der Medikamentenverabreichung zu nennen (siehe Kapitel 10).

4.4.3 Unit-Dose-System

Das Unit-Dose-System ist ein Konzept zur Arzneimittelversorgung von Krankenhäusern und Pflegeheimen. Sämtliche oral zu verabreichende (abzüglich der flüssigen Zubereitungen) Arzneimittel werden durch die Apotheke individuell für den Patienten zusammengestellt, verpackt und etikettiert. Die vorbereiteten Tagesrationen haben eindeutige Hinweise bezüglich Art des Medikaments, Patientename, Einnahmezeit, Einnahmemenge und Einnahmemodalität. Diese Versorgung ist eine Gesamtlösung aus elektronischer Verschreibung mit Dosier- und Interaktionsprüfung, automatisierter patientenbezogener Kommissionierung von Einzeldosen und barcode-gestützter Verabreichungsdokumentation (URL: www.pflegewiki.de).

Einige Vorteile:

- Erhöhung der Arzneimittelsicherheit,
- Erhöhung der Patientensicherheit,
- Verbesserung der Arzneimitteltherapie,
- Transparenz der Fallkosten,
- Senkung der Arzneimittelkosten,
- Zeitgewinn durch Wegfall der Arzneimittellogistik,
- Reduktion von Stationsvorräten,
- kein Verfall durch Rücklagerung (URL: www.schirgi.com).

Ein möglicher Nachteil dieses Systems sind die hohen Investitions- und die jährlich wiederkehrenden Kosten (Anmerkung des Verfassers).

4.4.4 Qualitätssicherung

Fehlervermeidung ist im Gesundheitswesen ein bedeutendes Thema. Ein Beispiel dafür ist die JCI, welche im Rahmen des RM Fehlervermeidung als proaktives RM inkludiert.

„Joint Commission“ als QM-System:

Von den einzelnen Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen wird die „Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations“ – die Gemeinsame Kommission für die Akkreditierung von Gesundheitseinrichtungen“ eingeladen.

Eine Expertengruppe, meist bestehend aus einem Krankenhausbetriebswirt, einem Arzt und einer Pflegeperson führt den Akkreditierungsprozess durch. Je nach Größe der Einrichtung dauert der Prozess mehrere Tage und umfasst alle Bereiche der Institution, das heißt die Anzahl der Tage für diesen Prozess nimmt zu, je größer die Einrichtung ist. Es wird ermittelt, ob der Ist-Zustand mit dem Soll-Zustand mit den Standards übereinstimmt. Wenn Schwachstellen festgestellt werden, kommt es zu einer mündlichen und schriftlichen Beanstandung. Diese Mängel müssen wiederum innerhalb eines bestimmten Zeitraumes beseitigt werden. Bei gravierenden Mängeln, die nicht zur Zufriedenheit der Prüfer korrigiert oder korrigiert werden konnten, erfolgt im besten Fall eine Teil-Akkreditierung, im schlimmsten Fall eine Nicht-Akkreditierung. Diese nachweisbare Einhaltung von Qualitätsstandard hat auch hausintern eine große Bedeutung. Die Einrichtung vergewissert sich so ihres aktuellen Qualitätsniveaus, eventuelle Schwachstellen können beseitigt werden, um so das Niveau zu halten und zu verbessern. Dieses Qualitätsniveau ist relevant in der Anwerbung von Patienten, kompetenten Ärzten und Pflegepersonal. Hohe Qualitätsstandards dienen nicht nur den Patienten, sie bewirken auch eine positive Identifikation der Mitarbeiter mit ihrer Arbeitsstelle und die Arbeitsmoral wird damit angehoben (vgl. Borgwart, Kolpatzik 2010, S. 16f).

4.4.5 Die Fortbildung

Die Sicherung der Qualität ist ein nie endender Prozess, sie muss immer wieder neu gesucht und hergestellt werden. Die Vermeidung von Fehlern ist ein Weg zur pflegerischen Qualitätssicherung. Eine entscheidende Maßnahme dazu ist „Mehr Wissen“, je geringer der Wissensstand, desto höher das Risiko von Fehlern. Daher ist es wichtig auf regelmäßige Fortbildungen zu setzen, und zwar nicht als „Kann“, sondern als „Muss“ (vgl. Borgwart, Kolpatzik 2010, S. 146ff).

Gesetzlich geregelt sind Fort-/Weiter- und Sonderausbildungen im § 63 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetz für Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, diese sind verpflichtet, innerhalb von jeweils fünf Jahren Fortbildungen in der Dauer von mindestens 40 Stunden zu besuchen. Eine Bestätigung, die über Inhalt und Dauer der Fortbildung Auskunft gibt, ist auszustellen (vgl. Faßbinder, Lust 1997, S. 121f).

5 RISIKOMANAGEMENT

Eine weitere Maßnahme zur Vermeidung von Fehlern ist das RM. Hierbei handelt es sich um einen Prozess, in dem entschieden wird, ein bekanntes Risiko oder eine Gefahr zu akzeptieren, zu reduzieren oder abzubauen (vgl. Borgwart, Kolpatzik 2010, S. 148f).

5.1 Beispiel Methode des Risikomanagements

Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse (FMEA):

Hierbei handelt es sich um eine Methode, die mögliche Probleme und deren Risiken und Folgen bereits vor ihrer Entstehung erfasst. Das Auftreten von möglichen Fehlern wird von einem Arbeitsteam unter Anwendung in der Vergangenheit gewonnener Erfahrungen und unter Benutzung der speziellen Fachkenntnisse der Beteiligten vorzeitig aufgezeigt, bewertet und vorausschauend durch Festlegung geeigneter Maßnahmen vermieden. Am wirksamsten setzen solche Vorbeugungsmaßnahmen immer in den frühen Phasen des Produktentstehungsprozesses an, im Rahmen der Entwicklung, Konstruktion und Planung. Insbesondere betrifft dies die Neuentwicklung von Produkten, neue Fertigungsverfahren sowie Produkt- oder Prozessänderungen (vgl. Kamiske, Brauer 2008, S. 30).

5.1.1 Arten der Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse

Je nach Betrachtungstiefe und nach Einsatzzeitpunkt unterscheidet man zwischen:

- Design-FMEA (Konstruktions-FMEA)
- Prozess-FMEA

Die FMEA muss vor Beginn der Fertigung abgeschlossen sein. Wesentliche Aufgaben und Ziele einer FMEA:

- Kritische Komponente und mögliche Schwachstellen werden ermittelt.
- Mögliche Fehler werden frühzeitig erkannt und lokalisiert.
- Risiken werden abgeschätzt und bewertet.

- Anwendung und Weitergabe von Wissen und Erfahrungen.
- Beitrag zur Erfüllung unternehmenspolitischer Qualitätszielsetzungen (vgl. Kamiske, Brauer 2008, S. 31).

5.1.2 Ablauf der FMEA

In Abb. 5 ist das grundsätzliche Vorgehen bei der Durchführung einer FMEA dargestellt.

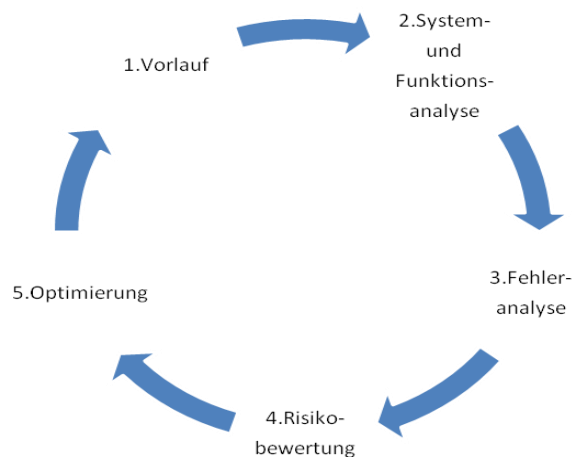


Abbildung 5 - Ablauf einer FMEA

(vgl. Brüggemann, Bremer 2011, S. 47)

Brüggemann und Bremer beschreiben die einzelnen Schritte wie folgt:

Vorlauf:

Als erster Schritt wird ein abteilungsübergreifendes Projekt-Team gebildet, in diesem Team sind je nach Art der FMEA oder je nach betrachtetem Objekt Fachpersonal der Abteilungen vertreten.

System- und Funktionsanalyse:

Der Untersuchungsgegenstand wird durch Erstellen eines Fehlerbaumes zunächst analysiert und strukturiert.

Fehleranalyse:

In dieser Phase werden die potentiellen Fehler im Team ermittelt, ihre Folgen untersucht und die Ursachen festgestellt. Durch Verwendung von festgelegten Fragestellungen (z.B. Was könnte bei der Prozessfunktion fehlschlagen?) und Checklisten kann die Ermittlung der potentiellen Fehler, deren Ursachen und Wirkungen unterstützt werden.

Risikobewertung:

In diesem Stadium beginnt die Beschreibung der Prüf- und Verhütungsmaßnahmen, die zur Fehlerentdeckung und Fehlervermeidung vorgesehen sind.

Optimierung:

Bei diesem Vorgang werden Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet und Risikobewertungen wiederholt (vgl. Brüggemann, Bremer 2011, S. 47ff).

Dieses proaktive RM eignet sich für die Analyse eines neuen Prozesses zur Verbesserung der Sicherheit bei der Medikamentenverabreichung.

6 GESETZLICHE GRUNDLAGEN

Dieses Kapitel befasst sich mit den gesetzlichen Grundlagen des QM und der Arzneimittelverabreichung.

- Das Bundesgesetz für Krankenanstalten und Kuranstalten regelt folgendes:

Qualitätssicherung wird im Gesundheitswesen vom Gesetzgeber für alle Krankenanstalten vorgeschrieben und wird im Kranken- und Kuranstaltengesetz festgehalten.

§ 5b. (1) Die Landesgesetzgebung hat die Träger von Krankenanstalten zu verpflichten, im Rahmen der Organisation Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen und dabei auch ausreichend überregionale Belange zu wahren. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, dass vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten ermöglicht werden.

(2) Die Träger von Krankenanstalten haben die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung zu schaffen. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität zu umfassen.

(3) Die kollegiale Führung hat die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen. In Krankenanstalten ohne kollegiale Führung hat der Träger der Krankenanstalten für jeden Bereich dafür zu sorgen, dass die jeweiligen Verantwortlichen die Durchführungen von Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherstellen.

(4) In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist eine Kommission für Qualitätssicherung einzusetzen, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person steht. Diese Kommission hat zumindest ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes anzugehören. In Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, gehört der Kommission auch ein Dekan oder ein von der Fakultät vorgeschlagener Universitätsprofessor der medizinischen Fakultät an.

(5) Aufgabe der Kommission ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen sowie die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die kollegiale Führung der Krankenanstalt bzw. in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung den jeweiligen Verantwortlichen für die hierfür erforderlichen Maßnahmen zu beraten (URL: www.ris.bka.gv.at).

- Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz ist in Bezug auf die Arzneimittelverabreichung folgendes relevant:

Der §15 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetz beinhaltet und beschreibt den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Dieser Paragraph beschreibt die Vorbereitung und Verabreichung von Arzneimitteln. Weiterer Inhalt ist die Verantwortung für die Anordnung und Verantwortung für die Durchführung:

Die Anordnungsverantwortung trägt der Arzt und die Durchführungsverantwortung obliegt den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege.

Um Haftungsprobleme zu vermeiden, hat jede ärztliche Anordnung schriftlich vor der Durchführung der entsprechenden Maßnahmen zu erfolgen. Durch eine Unterschrift in der Patientenakte ist die Durchführung der angeordneten Maßnahme zu bestätigen (vgl. Faßbinder-Lust 1997, S. 44f).

7 VORSTELLUNG DES KRANKENHAUSES WAIERN



Abbildung 6 - Logo Krankenhaus Waiern

(URL: www.diakonie-delatour.at)

Das Krankenhaus Waiern hat schon eine langjährige Tradition. Senior Pfarrer Ernst Schwarz gründete 1871 die diakonische Arbeit, er versorgte Waisen und arme Kinder, und baute für sie mit wenig Geld und viel Kraft eine Heimstätte. 1888 wurde die „Kinderrettungsanstalt“ eröffnet und eingeweiht, das jetzige Ernst-Schwarz-Haus. 1893 begann der Bau eines Krankenhauses, der 1894 feierlich eröffnet wurde. Eine entscheidende Entwicklung geschah 1896 mit dem Erhalt des Öffentlichkeitsrechts. 1936 wurde der Spitalsbetrieb unter den leitenden Arzt Dr. Domenig aufgenommen, mit vier Krankenbetten, zwei Krankenschwestern, in den Fachrichtungen Interne, Chirurgie und Geburtshilfe. In der Zeit von 1939-1960 wurde die Bettenzahl auf 82 Krankenbetten und 25 Betten auf der Pflegestation erhöht, auch baulich wurde ein Operationssaal und eine Röntgenanlage errichtet. Zwischen 1972-1976 kam es zur Schließung der Chirurgie und der Geburtshilfe/Gynäkologie – Umstellung auf ein Krankenhaus für innere Medizin mit Ambulanz. 2005 erfolgte eine Neuausrichtung des Hauses mit den Schwerpunkten Psychosomatik und Akutgeriatrie/Remobilisation. Insgesamt verfügt das Haus über 62 systemisierte Betten, von der Ambulanz werden sämtliche internistische Erkrankungen versorgt, alle unfallchirurgischen Fälle werden erstversorgt und an die entsprechende Fachabteilung weitergeleitet. Mit 1. März 2011 Umbenennung des Betriebes in Diakonie de La Tour gemeinnützige Betriebsges.m.b.H.. 2012 erfolgte die Eröffnung und Einweihung des neu errichteten Bettentraktes in den Bereichen Akutgeriatrie und Innere Medizin (vgl. Leitfaden, Diakonie de La Tour – Öffentliches Krankenhaus Waiern, Dezember 2010, S. 2f).

Die 62 systemisierte Betten sind wie folgt gewidmet:

- 20 Betten Psychosomatik
- 20 Betten Akutgeriatrie
- 22 Betten Interne

Rechtsträger ist die Diakonie de La Tour Betriebsges.m.b.H..

Geschäftsführung: Rektor Pfarrer Dr. Huber Stotter

Wirtschaftsdirektor: Mag. Walter Pansi

Krankenhausleitung:

Betriebsdirektor: Mag. Walter Pansi

Ärztliche Leitung: Primarius Dr. Richard Gaugeler

Pflegedienstleitung: Marko Buttazoni (dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger)

Insgesamt werden 97 Mitarbeiter beschäftigt (Stand September 2012 lt. Personalabteilung).

Indikationen zur Behandlung:

Innere Medizin:

- Herzerkrankungen
- Lungenerkrankungen
- Gefäßerkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen
- Erkrankungen des Magen- Darmtraktes
- Nierenerkrankungen
- Orthopädische Erkrankungen
- Infektionserkrankungen (vgl. Leitfaden, Diakonie de La Tour – Öffentliches Krankenhaus Waiern, Dezember 2010, S. 5).

Die Akutgeriatrie bestimmt drei Hauptziele:

- Ziel 1: Prävention, Diagnostik und Behandlung akuter Krankheiten zur Verhinderung von Gesundheitsstörungen, welche die Lebensqualität beeinträchtigen können.
- Ziel 2: Minimierung von Behinderungen wenn unheilbare Gesundheitsstörungen vorliegen, die die Selbstständigkeit im Alltag beeinträchtigen.
- Ziel 3: Minimierung des subjektiven Leidens.

Das geriatrische Team ist multiprofessionell, der Patient ist auch ein Teil des Teams!

(vgl. Leitfaden, Diakonie de La Tour – Öffentliches Krankenhaus Waiern, Dezember 2010, S. 5)

Indikationen sind im Leitfaden wie folgt beschrieben:

Psychosomatik

- Internistisch-psychosomatische Krankheitsbilder
- Gemischte Störungen
- Affektive Störungen

Therapiemöglichkeiten

- Psychosomatische Behandlungen
- psychotherapeutische bzw. klinisch-psychologische Diagnostik
- Therapeutische Module im Einzelsetting
- Klinisch-psychologische/psychotherapeutische Behandlung und Beratung im Gruppensetting
- ausführliches Aufnahmegespräch

Ein wichtiger Wirkfaktor der stationären psychosomatischen Behandlung ist die therapeutische Gemeinschaft innerhalb eines strukturierten, schützenden Milieus (vgl. Leitfaden, Diakonie de La Tour – Öffentliches Krankenhaus Waiern, Dezember 2010, S 6).



Abbildung 7 - Foto Krankenhaus Waiern

(URL: www.krone.at)

8 IST-STAND ERHEBUNG

Derzeitiges Modell der Medikamentenverabreichung:

Die Medikamente werden vom Nachtdienst für den darauffolgenden Tag in Medikamentendispenser (Boxen für maximal vier Medikamentendosen per Tag) befüllt. Neben den Grundtätigkeiten bestimmt jede einzelne Pflegeperson den Zeitpunkt der Medikamentenvorbereitung selbst.

Zu den Grundtätigkeiten zählen:

- Mehrmalige Kontrollrundgänge
- Durchführung sämtlicher Prophylaxen
- Versorgung der Akutzugänge
- Vorbereitungen für Patientenentlassungen am darauffolgenden Tag
- Patientenruf
- Durchführung der Hygienemaßnahmen
- Dokumentation

Häufig nehmen diese Tätigkeiten viel Zeit in Anspruch, sodass es erst sehr spät zur Befüllung der Medikamentendispenser kommt. Erfahrungsgemäß merkt jeder selbst, dass ab einem gewissen Zeitpunkt die Konzentration sinkt. Dieser Zustand ist nicht befriedigend und stellt laut Meinung des Verfassers ein Fehlerpotential dar.

Die Pflegeperson, die für die Tagschicht zuständig ist, verteilt die Medikamente vom Dispenser in Einnahmebecher, die von der Pflegeperson vom Nachtdienst (Durchführungsnachweis per Handzeichen in der Patientenakte) befüllt worden sind, an die Patienten. Diese Situation ist eine weitere mögliche Fehlerquelle. Die Pflegeperson vom Tagdienst weiß nicht, welche Medikamente sich in den Dispensern befinden, wenn Fragen oder Unklarheiten von Seite der Patienten bestehen, wird es kompliziert, diese zu lösen oder zu beantworten. Die Pflegeperson muss sich in der Patientenakte einlesen, anschließend Medikamente aus der Originalpackung mit den Medikamenten aus den Dispenser vergleichen. Dieser Ablauf kostet wiederum Zeit, außerdem gibt diese Unwissenheit der Pflegeperson dem Patienten gegenüber ein Gefühl der Unsicherheit.

9 SOLL-ZUSTAND ERHEBUNG

Methode der direkten Medikamentenverabreichung:

Eine bewiesenen sichere Methode (siehe Kapitel 10) ist die Direktvergabe beim Patienten. Bei dieser Methode bekommt der Patient zeitgerecht und direkt am Patientenbett unmittelbar aus der Originalpackung das benötigte Medikament, welches durch den Arzt schriftlich angeordnet wurde. Die Gabe des Arzneimittels erfolgt nach den Kriterien der 5R-Regel (siehe Kapitel 3.1.2).

Jedes verabreichte Medikament wird von der Pflegeperson in der Patientenakte mittels Handzeichen abgezeichnet. Durch diese Methode können anstehende Fragen des Patienten oder Unklarheiten sofort geklärt werden, außerdem werden durch das „Vier-Augen-Prinzip“ Fehler eher erkannt und dem Patienten gibt es ein sicheres Gefühl. Für diesen gesamten Prozess ist somit nur eine Pflegeperson zuständig und dafür verantwortlich.

10 „GOOD PRACTICE“ – DIREKTE MEDIKAMENTENVERABREICHUNG

Zwei Krankenanstalten in denen die Methode der direkten Medikamentenverabreichung durchgeführt wird, werden beschrieben. Auch die Dauer der Implementierung, Erfahrungswerte, notwendiges Instrumentarium und mögliche Änderungen werden aufgezeigt.

10.1 Definition „Good Practice“- Gutes Praxis Beispiel

Praktisch erfolgreiche Gestaltungen, Ausführungen, Lösungen oder Verfahrensweisen, die im Rahmen rechtlicher Vorgaben anerkannte Standards beachten, gelten als „Good Practices“ (URL: www.arbeitsinspektion.gv.at).

Good-Practice-Lösungen gelten nicht gleich als Best-Practice-Lösung, da es sehr schwierig ist, die einzig beste Lösung zu bestimmen (URL: www.olev.de).

10.2 Kriterien von „Good Practice“

- erfolgreich über einen längeren Zeitraum,
- Standard muss praktisch und anerkannt sein,
- Wirkung muss anerkannt und positiv sein, bestätigt durch messbare Ergebnisse,
- Wiederholung durch die praktische Realisierung der Standards muss möglich sein,
- der Aufwand zu Nutzen sollte effizient sein (URL: www.arbeitsinspektion.gv.at).

10.3 Umsetzung von „Good Practice“ – direkte Medikamentengabe

1. Landeskrankenhaus Villach

Im Landeskrankenhaus Villach wurde der Prozess der direkten Medikamentenverabreichung unter der Leitung von Kornelia Fiausch implementiert. Zusätzlich wurde ein Risikoprotokoll speziell für Medikamentenfehler eingeführt und ausgewertet. Durch diese Auswertung wurde deutlich, dass das Risiko von Verwechslungen reduziert werden konnte. Weiters wurde von Mitarbeitern aus der Praxis berichtet, dass Patienten ein falsches Medikament oder die falsche Dosis erhielten. Das Nicht-Wissen der Pflegeperson, um welches Medikament es sich im Dispenser handelt, wurde ebenfalls kritisiert. Auch Dispenser eines Patienten wurden am Nachtkästchen eines anderen Patienten vorgefunden und somit ist eine falsche Medikamenteneinnahme möglich. Ein weiterer wesentlich wichtiger Punkt des Medikamentenprozesses ist der richtige Zeitpunkt der Arzneimittelgabe, der durch die Umsetzung erreicht werden konnte. Zur Beibehaltung der Qualitätssicherung werden vierteljährliche Kontrollen durchgeführt. Die Patientenzufriedenheit wurde mittels Fragebogen erhoben, woraus deutlich ersichtlich wurde, dass die Patienten zufriedener sind. Den Patienten bietet sich dadurch die Möglichkeit, offene Fragen beantwortet zu bekommen. Die Zufriedenheit mit der Medikation erfolgt über die Evaluierung durch das Pflegepersonal (URL: www.ipg.unilinz.ac.at).

2. Neurologisches Therapiezentrum Kapfenberg

Im neurologischen Therapiezentrum Kapfenberg erfolgte ebenfalls die Implementierung der Medikamentenverabreichung am Patientenbett.

Das Fazit: Schon allein die Tatsache, dass keine Dispenser mehr in den Patientenzimmern liegen und jede Einnahme unter Kontrolle eines Fachpersonals erfolgt, gewährt die korrekte Einnahme. Ein weiterer wirtschaftlich positiver Aspekt ist lt. Mitarbeitern des neurologischen Therapiezentrums die geringere Lagerhaltung auf der Station und die daraus resultierten weniger abgelaufenen Medikamente (URL: www.ipg.uni-linz.ac.at).

Weiters sind die notwendigen Instrumente zur Einführung beschrieben:

- mobile Medikationswägen
- Laptop
- Box mit den aktuell verordneten Medikamenten in der Originalpackung inklusive Beipackzettel

Zeitliche Planung der Implementierung:

- richtet sich nach Größe und Bettenanzahl des Krankenhauses, im Landeskrankenhaus Villach dauerte der Prozess 3 Monate.

Mögliche Änderungen durch die Implementierung:

- Tagesablauf
- Dienstzeiten

Eine gute Basis zur Einführung dieser Struktur sind flexible Mitarbeiter, die bereit sind, den Tagesablauf und die Dienstzeiten zu ändern. Laut Erfahrungswerten des neurologischen Therapiezentrum Kapfenberg, kann sich kein Mitarbeiter der Pflege mehr vorstellen, die Medikationshandhabung anders durchzuführen (URL: www.ipg.uni-linz.ac.at).

11 AKTIONSPLAN

Projektname:	Einführung der direkten Medikamentenverabreichung		
Betrieb:	Krankenhaus Waiern	Projektart:	Qualitätssicherung
Station:	Akutgeriatrie/Remobilisation		
Projektbeauftragter:	DGKP Harald Bitai	Projektbegleitung:	Pflegedirektor Marko Buttazoni
Ist-Zustand:			
Das Befüllen der Medikamentendispenser erfolgt derzeit vom Nachtdienst, das Austeilen der Medikamente wird vom Tagdienst erledigt.			
Ziel:			
Implementierung der direkten Medikamentenverabreichung am Patientenbett.			
Soll-Zustand:			
Das Erreichen einer Senkung von potentiellen Fehlerquellen.			

<u>Aktionsplan:</u>			
Maßnahmen:	Inhalt:	Durchführung:	Verantwortlicher:
1.Maßnahme	Pflegedienstleitung informieren	erfolgt	Projektleiter
2.Maßnahme	Informationssammlung und Informationsaufbereitung	erfolgt	Projektleiter
3.Maßnahme	Informationsweitergabe an das Team (Teambesprechung)		Projektleiter
4.Maßnahme	Information an das Ärzteteam		Projektleiter
5.Maßnahme	Feed-back über die weitergegebenen Informationen einholen		Projektleiter
6.Maßnahme	Anpassung der Tagesstruktur an das Modell		Team
7.Maßnahme	Kick-off-Veranstaltung		Projektleiter
8.Maßnahme	Probelauf drei Monate		Team
9.Maßnahme	Evaluierung der eingeführten Maßnahme	laufend und nach dem Probelauf	Projektleiter mit Team
10.Maßnahme	Implementierung		Team
11.Maßnahme	Evaluation nach sechs Monaten		Projektleiter

12 ZUSAMMENFASSUNG

Der gesamte Prozess der Arzneimitteltherapie zeigt, dass hier ein erhebliches Risiko- und Fehlerpotential besteht. Dies fängt schon bei der Lagerung, Vorbereitung, bis hin zur Verabreichung an.

Durch Erstellung dieser Arbeit mittels Literatur, Internetrecherchen, Erfahrungswerten und praktischen Beispielen ist es gelungen, dieses Fehlerpotential zu reduzieren. Das Ergebnis resultiert daraus, dass eine sichere Methode die direkte Medikamentenverabreichung am Patientenbett ist. In diesem Verfahren werden somit mögliche Fehlerquellen wie z.B. falscher Patient, falsche Dosis, falscher Zeitpunkt, ausgeschaltet. Aber auch die Verantwortlichkeit des gesamten Prozesses liegt nur bei einer Person. Dadurch steigt nicht nur die Qualität, sondern auch die Patientenzufriedenheit. Ein weiteres sicheres Konzept zur Arzneimittelversorgung ist das System der Unit-Dose. Bei dieser Methode werden mögliche Fehlerquellen ebenfalls reduziert, wie z.B. falsches Medikament, falsche Dosis, durch direkte Vorbereitung des benötigten Arzneimittels für jeden einzelnen Patienten in der Apotheke mittels automatisierter Unterstützung. Die Verantwortung der Verabreichung sowie der richtige Zeitpunkt, speziell im geriatrischen Bereich liegen bei der Pflegeperson.

Beide Verfahren stellen eine sichere Methode der Arzneimittelversorgung dar. Für das Krankenhaus Waiern/Station Akutgeriatrie ist die direkte Medikamentenverabreichung am Patientenbett die sinnvollste, da das Unit-Dose System in der Anschaffung kostenintensiv ist und dadurch im Krankenhaus Waiern derzeit nicht umsetzbar.

Für jede Krankenanstalt ist QM ein wichtiger Bestandteil. QM ist ein nie endender Prozess, da Qualität immer zu sichern bzw. kontinuierlich zu verbessern ist.

13 LITERATURVERZEICHNIS

Borgwart J., Kolpatzik K. (2010): Aus Fehlern lernen – Fehlermanagement in Gesundheitsberufen, Springer Verlag

Brüggemann H., Bremer P. (2011): Grundlagen Qualitätsmanagement – Von den Werkzeugen über Methoden zum TQM, Wolfenbüttel, Springer Vieweg

Ertl-Wagner B., Steinbrucker S., Wagner B. (2009): Qualitätsmanagement & Zertifizierung, Heidelberg, Springer Medizin Verlag

Faßbinder S., Lust A. (1997): GuKG – Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, Wien, Manz Verlag

Hartl F., Wernisch D. (2001): Qualitätsmanagement in Gesundheitseinrichtungen, Wien, Verlag der österreichischen Ärztekammer

Kamiske G.F., Brauer J. (2008): ABC des Qualitätsmanagements, 3. Auflage, München, Carl Hanser Verlag

Leitfaden der Diakonie de La Tour – Öffentliches Krankenhaus Waiern, Dezember 2010

Schmid C., Strub P., Studer A. (2011): Arzneimittellehre für Krankenpflegeberufe, 9. neu bearbeitete Auflage, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart

Internetquellen:

<http://www.arbeitsinspektion.gv.at>, 30.08.2012, 14:02

http://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/40_Qualitaetssicherung/50_Patientensicherheit/10_Patientensicherheit_Einfuehrung/index.htm, 04.09.2012, 21:47

<http://www.diakonie-delatour.at>, 16.08.2012, 15:44

<http://www.fitfacts.de>, 16.08.2012, 16:30

<http://www.ipg.uni-linz.ac.at>, 12.08.2012, 11:19

[http://www.ipg.uni-linz.ac.at/2Kurzbeschreibung Bettll final.pdf](http://www.ipg.uni-linz.ac.at/2Kurzbeschreibung%20Bettil%20final.pdf), 18.08.2012, 12:45

<http://www.krone.at>, 16.08.2012, 16:35

<http://www.olev.de/g/good-practice>, 18.08.2012, 13:27

http://www.pflegekongress.at/pp-presentation09/Medikationsfehler_Mechtler.pdf,
18.08.2012, 13:15

http://www.pflegewiki.de/wiki/Unit-Dose_System, 04.09.2012, 20:35

<http://www.ris.bka.gv.at>, 15.08.2012, 14:40

[http://www.schirgi.com/cev/AK5_21_09_2006/Vortraege_ICV_Forum_Gesundheitswesen
_Oesterreich_2006_PDF/05_van_Gessel.pdf](http://www.schirgi.com/cev/AK5_21_09_2006/Vortraege_ICV_Forum_Gesundheitswesen_Oesterreich_2006_PDF/05_van_Gessel.pdf), 04.09.2012, 19:33

<http://www.was-ist-qm.de>, 16.08.2012, 12:30

Personalstand (Stand September 2012) – Telefonat mit Personalabteilung KH Waiern am
05.09.2012, 10:30