



UNIKLINIK  
KÖLN

# Beschwerden im Risikomanagement

Risiken erkennen: Synergien bei der Integration von Lob- und Beschwerdemanagement und CIRS

15. November 2019 | Janna Noack M.A. | BBfG-Herbsttagung Hamburg 2019

# Überlegungen

- Werden Beschwerden im Risikomanagement ebenso gewichtet wie Meldungen des Critical Incident Reporting Systems?
- Sollten Beschwerden genauso betrachtet werden wie CIRIS-Meldungen?
- Macht die Bearbeitung beider Meldesysteme durch einen Personenkreis Sinn?
- Gibt es synergetische Effekte?
- Können größere Risikospektren detektiert werden, wenn beide Systeme miteinander verbunden werden?

# Studien

de Vos et. al 2019 Universitätsklinik Leiden

ORIGINAL RESEARCH

## Connecting perspectives on quality and safety: patient-level linkage of incident, adverse event and complaint data

Marit S de Vos,<sup>1,2</sup> Jaap F Hamming,<sup>1</sup> Jolanda J C Chua-Hendriks,<sup>1</sup> Perla J Marang-van de Mheen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Surgery, Leiden University Medical Centre, Leiden, The Netherlands  
<sup>2</sup>Medical Decision Making, Department of Biomedical Data Sciences, Leiden University Medical Centre, Leiden, The Netherlands

**Correspondence to**  
Dr Perla J Marang-van de Mheen, Department of Biomedical Data Sciences, J10-S, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, 2300 RC, The Netherlands;  
p.j.marang@lumc.nl

Received 3 October 2017  
Revised 2 June 2018  
Accepted 19 June 2018  
Published Online First  
21 July 2018

### ABSTRACT

**Background and objective** Incident, adverse event (AE) and complaint data are typically used separately, but may be related at the patient level with one event triggering a cascade of events, ultimately resulting in a complaint. This study examined relations between incidents, AEs and complaints that co-occurred in admissions.

**Methods** Independently and routinely collected incident, AE and complaint data were retrospectively linked for surgical admissions in an academic centre (2008–2014). Two investigators reviewed whether incidents/AEs in admissions were clinically related and in what sequence (incident preceding vs following AE). Likelihood of occurrence of AEs and AE cascades (ie,  $\geq 3$  AEs) was studied using logistic regression analyses.

**Results** Complaints were filed for 33 (0.1%) of 26383 admissions. Complaints filed by patients with incidents and/or AEs (n=13) mostly addressed quality/safety problems, whereas other complaints mostly addressed relationship problems. Incidents and AEs co-occurred

independently, and then synthesising the messages from each approach to inform improvement programmes.<sup>1</sup> However, although each system captures different signals from the same patient journey, these may be related at the patient level. Some of these relations are obvious, but others can be less clear, such as when an AE makes a patient more vulnerable and increases case complexity, triggering a chain of events. Insight into (perhaps still unknown) relations between co-occurring events may be obtained by linking these data at the patient level. In contrast to previous studies that examined different systems for their accuracy to detect the same events,<sup>2 3 5 6</sup> this study focuses on the relations between different events

BMJ Qual Saf: first published as 10.1136/bmjqs-2017-007457 on 21 July 2018. Downloaded from <http://>



# Studien

de Vos et. al 2019 Universitätsklinik Leiden

- Untersuchung gemeinsamer Schnittmengen von Adverse Events (AEs), Incidents und Beschwerden
- Retrospektive Kohorten-Studie
  - | **Adverse Events** = Ereignis während der Behandlung, dass Anpassung der Therapie erfordert (vermeidbar oder unvermeidbar)  
>3 pro Aufenthalt = Kaskade
  - | **Incidents** = führen zur unnötigen Gefährdung für Patienten  
→ nur berücksichtig, wenn Fallnummer zuzuordnen
  - | **Beschwerden** = alle Briefe stationärer Patienten  
(Ausgenommen: keine Zuordnung zu Fallnummer oder Fall möglich oder Patienten, die nicht chirurgisch behandelt wurden)

Quelle: de Vos, M., Hamming, J., Chua-Hendricks, J. & al., e., 2019. Connecting perspectives on quality and safety: Patient-level linkage of incident, adverse event and complaint data. *BMJ Qual Saf*, Issue 28, pp. 180-188.

# Studien

de Vos et. al (2019) Universitätsklinik Leiden

— Betrachtungszeitraum: 2008-2014

— Fallzahl: 26.383

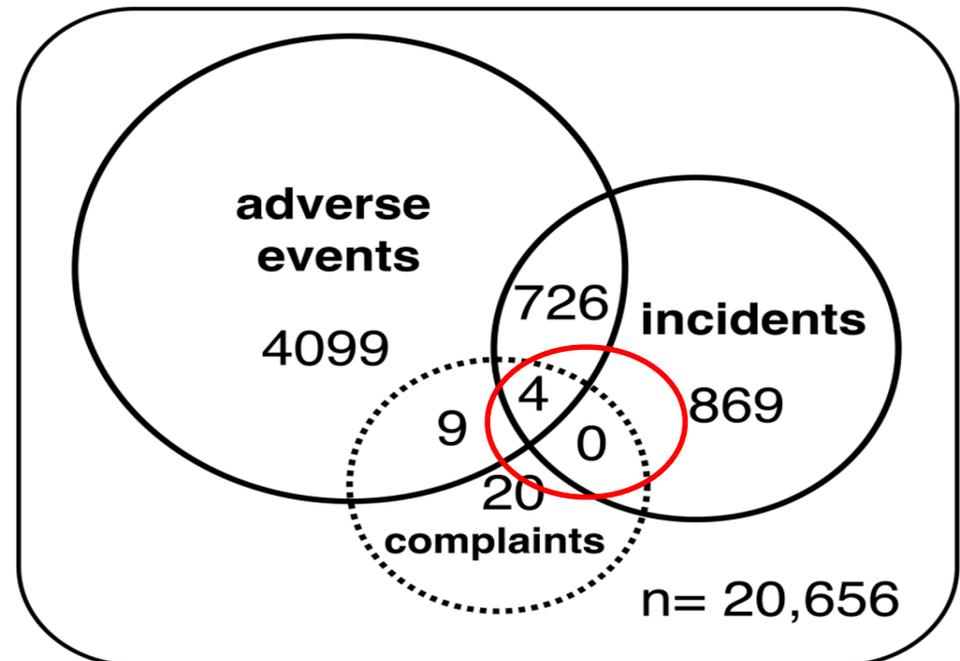
| Adverse Events = 4.838

| Incidents = 1.599

| Complaints = 33

5.727 Fälle wurden in mindestens einem der Meldesysteme erfasst

## Inpatient admissions (n=26,383)



Quelle: de Vos, M., Hamming, J., Chua-Hendricks, J. & al., e., 2019. Connecting perspectives on quality and safety: Patient-level linkage of incident, adverse event and complaint data. *BMJ Qual Saf*, Issue 28, pp. 180-188.

# Studien

## Weingart et. al (2005)

### What Can Hospitalized Patients Tell Us About Adverse Events? Learning from Patient-Reported Incidents

Saul N. Weingart, MD, PhD,<sup>1,2,3</sup> Odelya Pagovich, BA,<sup>4</sup> Daniel Z. Sands, MD, MPH,<sup>2,3,5</sup>  
Joseph M. Li, MD,<sup>2,3</sup> Mark D. Aronson, MD,<sup>2,3</sup> Roger B. Davis, ScD,<sup>2,3</sup>  
David W. Bates, MD, MSc<sup>3,6</sup> and Russell S. Phillips, MD<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Center for Patient Safety, Dana-Farber Cancer Institute, Boston, Mass, USA; <sup>2</sup>Division of General Medicine and Primary Care, Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, Mass, USA; <sup>3</sup>Harvard Medical School, Boston, Mass, USA; <sup>4</sup>Sackler Medical School, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel; <sup>5</sup>Zix Corporation, Dallas, Tex, USA; <sup>6</sup>Division of General Internal Medicine, Brigham and Women's Hospital, Boston, Mass, USA.

**PURPOSE:** Little is known about how well hospitalized patients can identify errors or injuries in their care. Accordingly, the purpose of this study was to elicit incident reports from hospital inpatients in order to identify and characterize adverse events and near-miss errors.

**SUBJECTS:** We conducted a prospective cohort study of 228 adult inpatients on a medicine unit of a Boston teaching hospital.

**METHODS:** Investigators reviewed medical records and interviewed patients during the hospitalization and by telephone 10 days after discharge about "problems," "mistakes," and "injuries" that occurred. Physician investigators classified patients' reports. We calculated event rates and used multivariable Poisson regression models to examine the factors associated with patient-reported events.

**RESULTS:** Of 264 eligible patients, 228 (86%) agreed to participate and completed 528 interviews. Seventeen patients (8%) experienced 20

U.S. adults report having personally experienced a medical error or seen an error affect the health of a close friend or relative.<sup>10-12</sup> In addition, epidemiologic studies of medication-related errors in primary care support the view that adult patients readily identify adverse drug events that are subsequently confirmed by investigators.<sup>13</sup>

Evidence for patients' ability to identify medical errors and injuries in the hospital is less compelling. Patients in acute care settings may be too ill or confused to participate meaningfully, or may be overwhelmed by the complexity and specialization of modern health care. The medical malpractice experience also argues against a sophisticated understanding of error on the part of hospitalized patients, as most inpatients who file claims have not experienced negligent care, and most

# Studien

Weingart et. al (2005)

- Prospektive Kohortenstudie in Bostoner Lehrkrankenhaus
- **228** Patienten wurden **während** ihres Aufenthaltes sowie **10 Tage nach Entlassung** befragt (insgesamt 528 Interviews)
  - | Inhalt: Probleme, Fehler oder verursachte Verletzungen
- Zusätzliche Sichtung der Patientenakten durch ärztliche Begutachter

Quelle: Weingart, S. et al., 2005. What Can Hospitalized Patients Tell Us About Adverse Events? Learning from Patient-Reported Incidents. *J GEN INTERN MED* 20, pp. 830-836



# Studien

Weingart et. al (2005)

- 17 Patienten (8%) erlebten 20 unerwünschte Ereignisse (davon eins schwerwiegend)
  - | 11 davon (55%) waren in den medizinischen Unterlagen dokumentiert
- 8 Patienten (4%) erlebten 13 Beinahefehler (davon 5 schwerwiegende)
  - | 4 davon (31%) waren in den medizinischen Unterlagen dokumentiert
- Keine der Berichte waren in einem Meldesystem erfasst

Quelle: Weingart, S. et al., 2005. What Can Hospitalized Patients Tell Us About Adverse Events? Learning from Patient-Reported Incidents. *J GEN INTERN MED* 20, pp. 830-836

## Uniklinik Köln in Zahlen

- > 370.000 Patienten pro Jahr, davon > 60.000 stationäre Patienten
- > 11.000 Mitarbeiter (inkl. Tochtergesellschaften), davon
  - | > 2.000 Ärzte, > 3.000 Pflege, > 2.000 Med. tech. Dienst, > 4.000 andere
  - | > 3.000 Studenten
- 60 Kliniken und Institute mit rund 1500 Betten
- Gesamtes Leistungsspektrum
  - | außer Schwerstbrandverletzte und
  - | Patienten mit hämorrhagischem Fieber
- > 120 Gebäude (inkl. Anmietungen) mit
  - | > 22.000 Räume, > 35 km Flure und Gänge, insgesamt > 500.000 qm
  - | > 100 km Lüftungskanäle

# Gelände der Uniklinik Köln

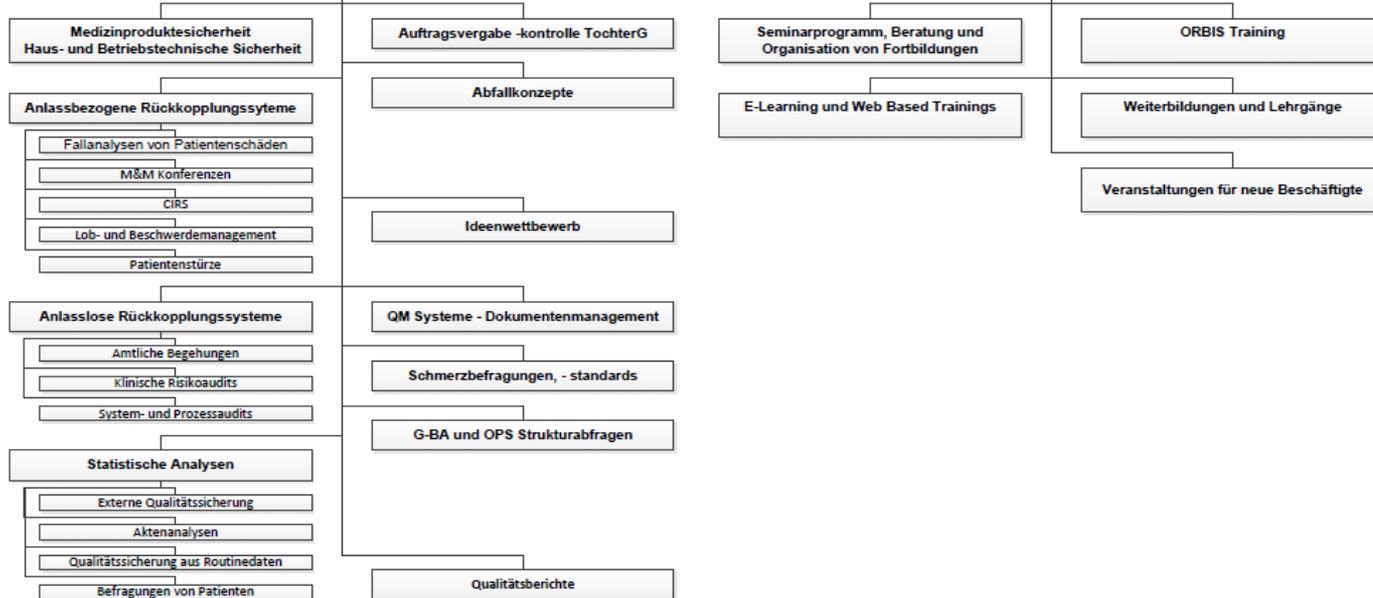


# Zentralbereich Medizinische Synergien

Organigramm

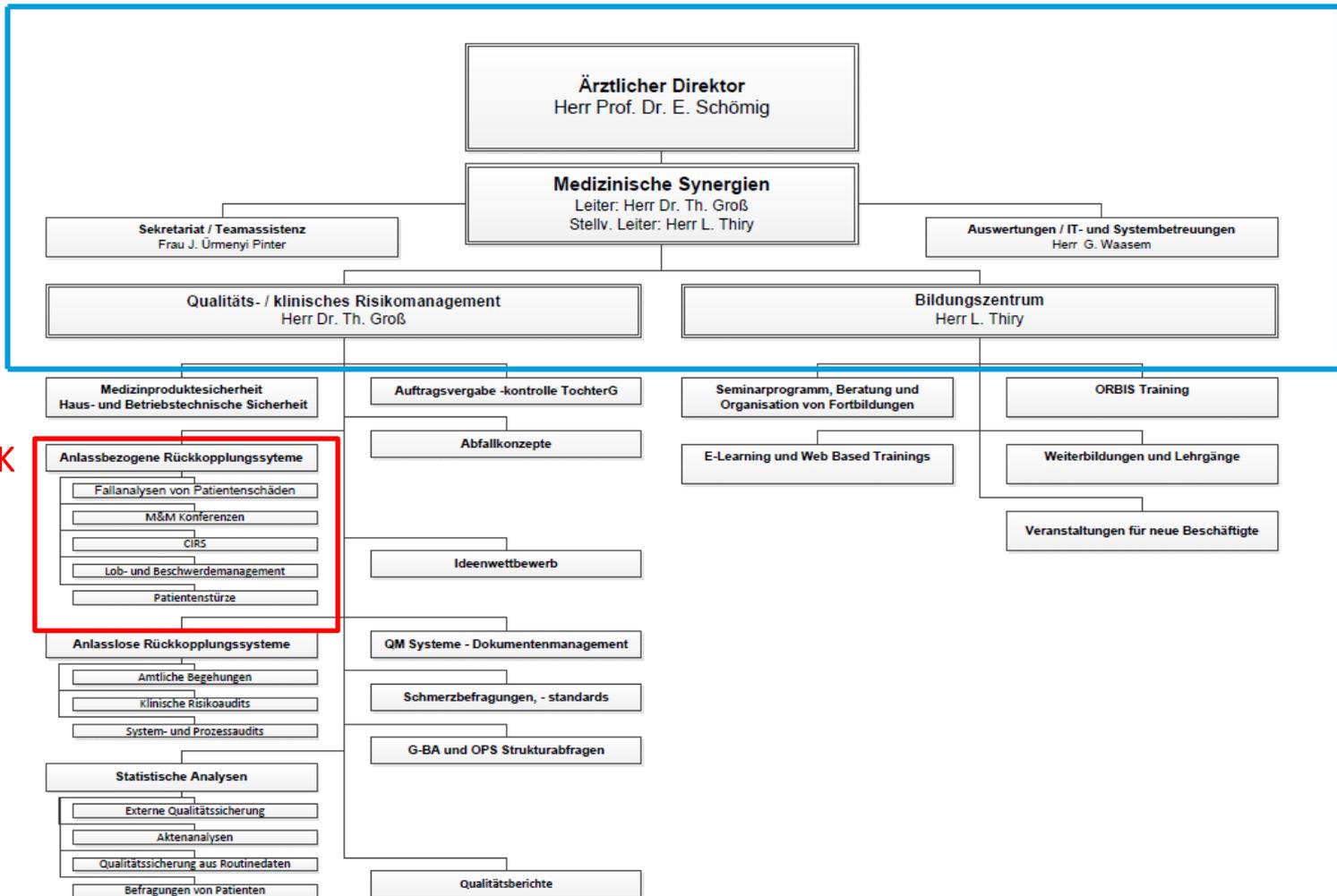


Aufgaben



# Zentralbereich Medizinische Synergien

Organigramm



3,3 VK

Aufgaben



# Anlassbezogene Rückkopplungssysteme

- Lob- und Beschwerden
  - | 2.500 - 3.000 pro Jahr mit ca. 15.000 bis 20.000 Einzelthemen
- Critical Incident Reporting System (CIRS)
  - | 600 - 700 Meldungen pro Jahr
- Begleitung/Moderation von Mortalitäts- & Morbiditäts-Konferenzen
  - | 10 - 30 pro Jahr
- Fallanalysen von Patientenschäden
  - | 2 - 5 Analysen pro Jahr á 10 - 20 Arbeitstage
- Analyse und Reporting der Patientenstürze

# Lob- und Beschwerdemanagement

- Rückmeldeformular mit Freiumschatag
- Telefonische Rückmeldungen über Anrufbeantworter und Rückruf
- Kontaktformular im Internet
- Persönliches Gespräch
- Wesentliches Merkmal: Freitext!
  - | Kategorien beeinflussen das Denken
  - | Ziel ist die ausführliche, schriftliche oder die telefonische, persönliche Erzählung, die genau schildert, was passiert ist.

## Anlässe für Rückmeldungen

Patienten und Angehörige ...

- loben aus Dankbarkeit („*Sie haben meinem Vater sehr geholfen*“)
- loben, um Kritik abzumildern („*Das Essen ist schlecht, aber das Personal ist nett.*“)
- fragen nach Informationen („*Muss ich ein Handtuch mitbringen?*“)
- äußern unberechtigte Kritik („*Ich habe stundenlang mit Halsschmerzen in der ZNA gewartet.*“)
- beschweren sich, um mit ihrer Situation zurechtzukommen (*infauste Prognose*)
- weisen auf berechtigte Missstände und Mängel hin („*Der Duschvorhang ist verschmutzt.*“)
- erzählen Erlebnisse und weisen so auf Risiken hin („*Das soll anderen Patienten nicht so ergehen.*“)

# Anlässe für Rückmeldungen

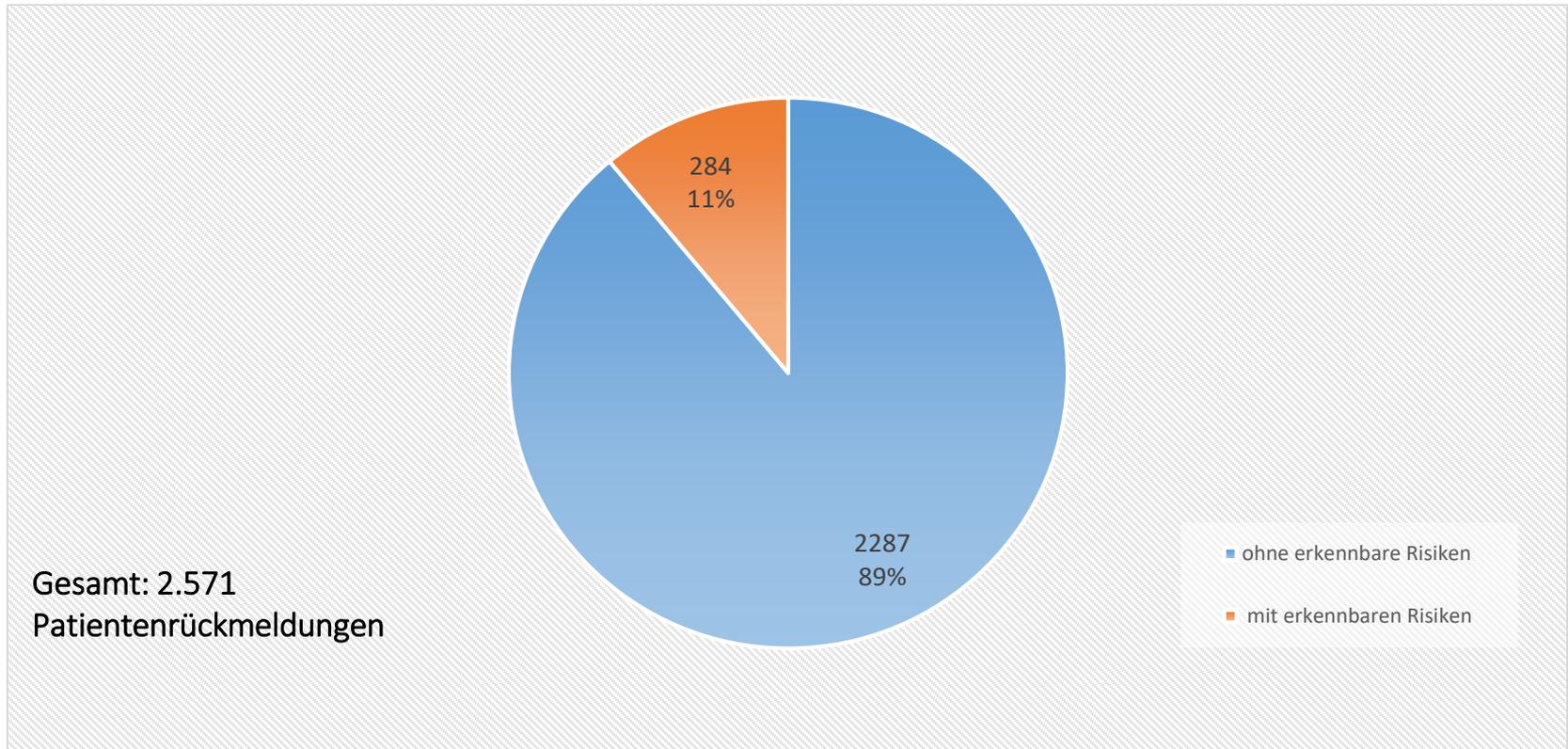
Patienten und Angehörige ...

- loben aus Dankbarkeit („*Sie haben meinem Vater sehr geholfen*“)
- loben, um Kritik abzumildern („*Das Essen ist schlecht, aber das Personal ist nett.*“)
- fragen nach Informationen („*Muss ich ein Handtuch mitbringen?*“)
- äußern unberechtigte Kritik („*Ich habe stundenlang mit Halsschmerzen in der ZNA gewartet.*“)
- beschweren sich, um mit ihrer Situation zurechtzukommen (*infauste Prognose*)
- weisen auf berechtigte Missstände und Mängel hin („*Der Duschvorhang ist verschmutzt.*“)
- erzählen Erlebnisse und weisen so auf Risiken hin („*Das soll anderen Patienten nicht so ergehen.*“)

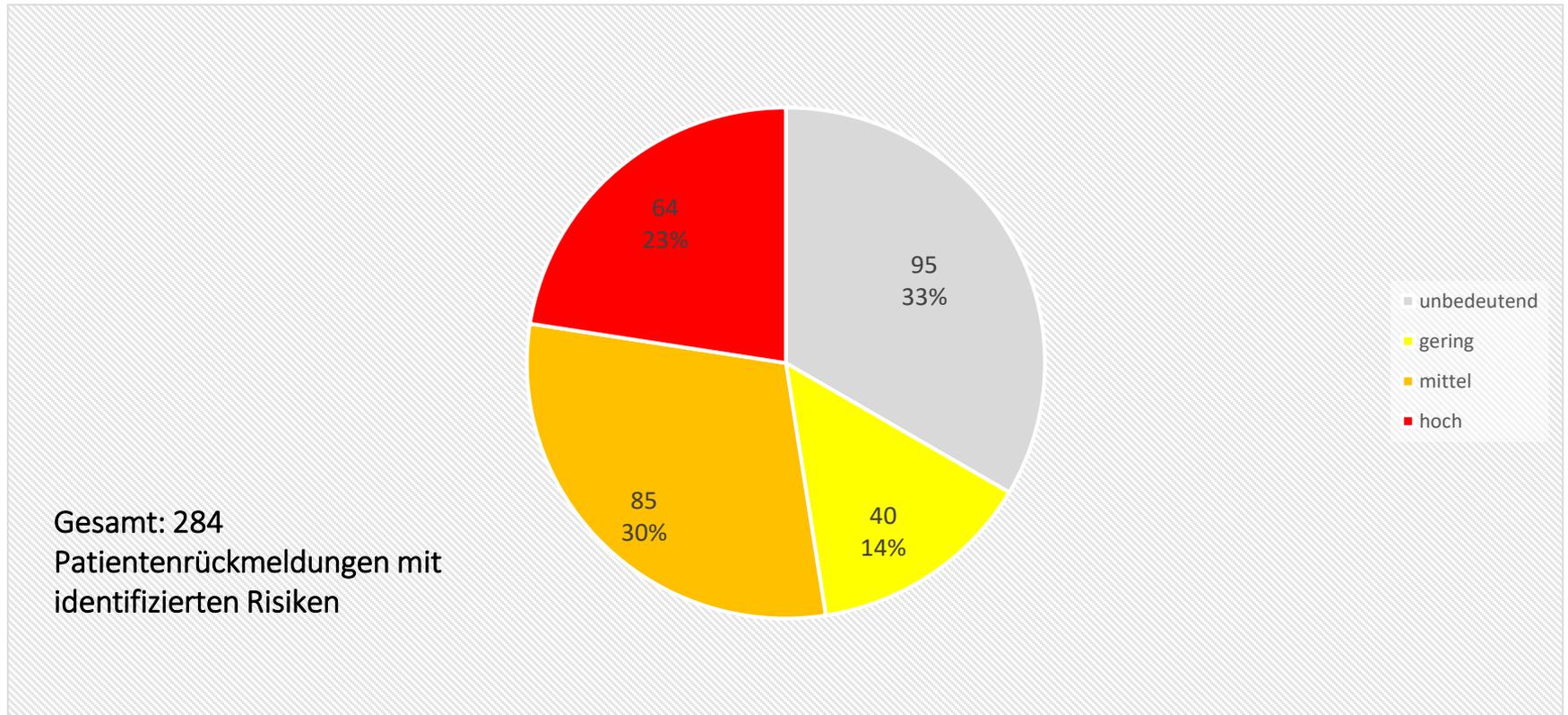
## Methodisches Vorgehen

- Alle Patientenrückmeldungen und CIRS-Meldungen aus dem Jahr 2018 werden nach einheitlichen Kriterien bewertet (Abteilungsstandard).
- Bewertet wird die ungünstigste (anzunehmende) Auswirkung (credible worst case), nicht der tatsächlich eingetretene Schaden.
- Kriterien zur Beurteilung der Schadenshöhe (angelehnt an ONR 49000:2014)
  - | Keine klinischen Risiken: *nicht berücksichtigt*
  - | Unbedeutend: *führt zur Reklamation*
  - | Gering: *leichte Komplikationen bei der Behandlung*
  - | Mittel: *verlängerte Hospitation und Nachsorge*
  - | Hoch: *bleibende Schäden oder Tod*
- Image- oder finanzielle Schäden werden bei der Risikobewertung nicht berücksichtigt.

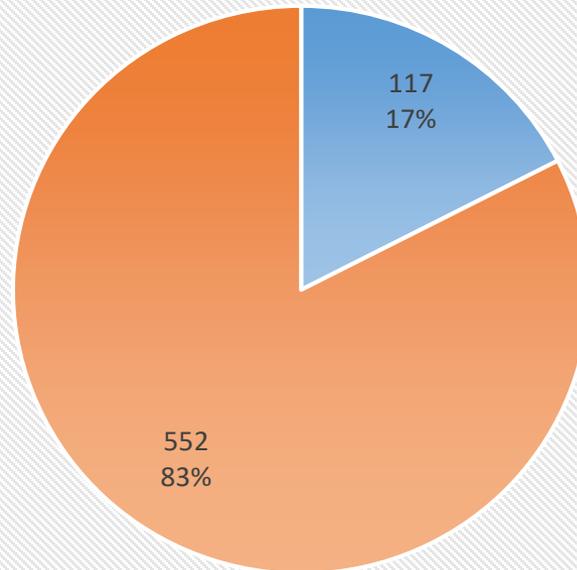
# Auswertung der Patientenrückmeldungen 2018



# Schadenshöhe



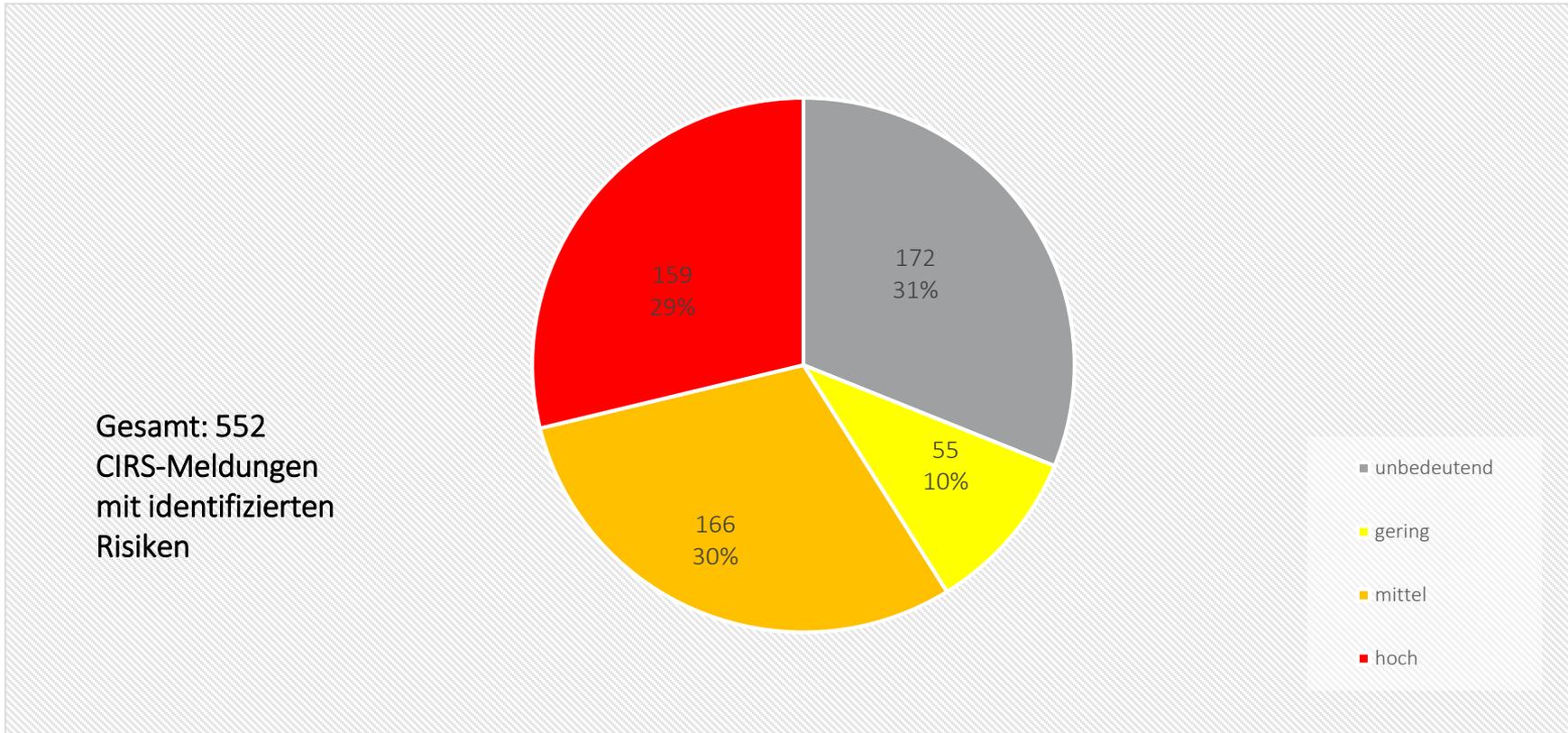
# Auswertung CIRS-Meldungen 2018



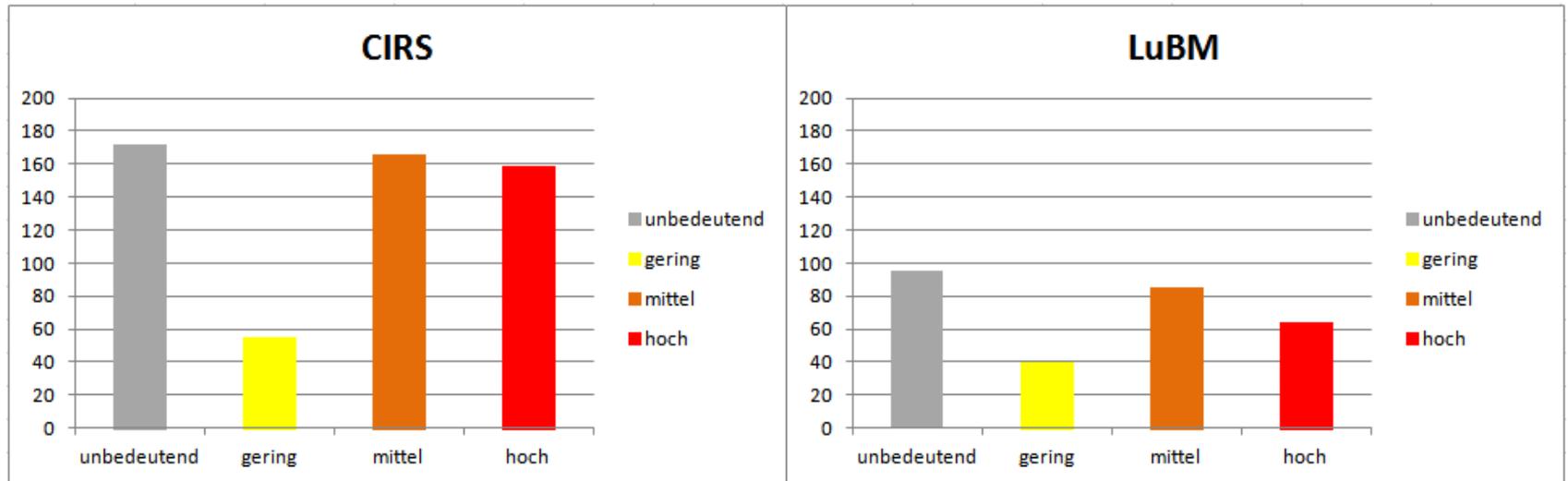
Gesamt: 669  
Meldungen

- ohne erkennbare Risiken
- mit erkennbaren Risiken

# Schadenshöhe CIRS



# Vergleich CIRS und LuBM



# Gesamtübersicht Verteilung der Schadenshöhe

**Meldesystem \* Schadenshöhe Kreuztabelle**

			Schadenshöhe				Gesamt
			unbedeutend	gering	mittel	hoch	
Meldesystem	LuBM	Anzahl	95	40	85	64	284
		% innerhalb vom Meldesystem	33,5%	14,1%	29,9%	22,5%	100,0%
	CIRS	Anzahl	172	55	166	159	552
		% innerhalb vom Meldesystem	31,2%	10,0%	30,1%	28,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	267	95	251	223	836
		% innerhalb vom Meldesystem	31,9%	11,4%	30,0%	26,7%	100,0%

# Gesamtübersicht Verteilung der Schadenshöhe

Meldesystem \* Schadenshöhe Kreuztabelle

			Schadenshöhe				
			unbedeutend	gering	mittel	hoch	Gesamt
Meldesystem	LuBM	Anzahl	95	40	85	64	284
		% innerhalb vom Meldesystem	33,5%	14,1%	29,9%	22,5%	100,0%
	CIRS	Anzahl	172	55	166	159	552
		% innerhalb vom Meldesystem	31,2%	10,0%	30,1%	28,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	267	95	251	223	836
		% innerhalb vom Meldesystem	31,9%	11,4%	30,0%	26,7%	100,0%

34%

# Themenschwerpunkte CIRS und Beschwerden

## **CIRS:**

1. Technik/Instandhaltung
2. Versorgung
3. Organisation/Prozesse
4. Infrastruktur
5. Hygiene

## **Patientenrückmeldungen:**

1. Behandlung
2. Organisation und Prozesse
3. Hygiene
4. Pflege
5. Infrastruktur

## Schlussfolgerungen

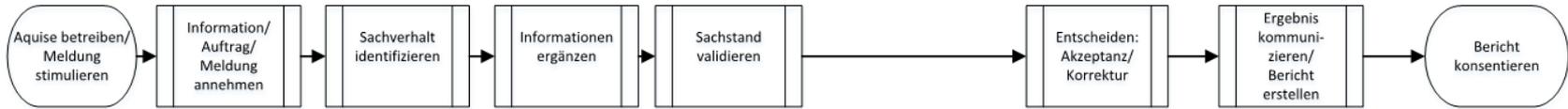
- Werden Beschwerden im Risikomanagement ebenso gewichtet wie Meldungen des Critical Incident Reporting Systems? 
- Sollten Beschwerden genauso betrachtet werden wie CIRS-Meldungen? 
- Macht die Bearbeitung beider Meldesysteme durch einen Personenkreis Sinn? 
- Gibt es synergetische Effekte? 
- Können größere Risikospektren detektiert werden, wenn beide Systeme miteinander verbunden werden? 

## Weitere Erkenntnisse

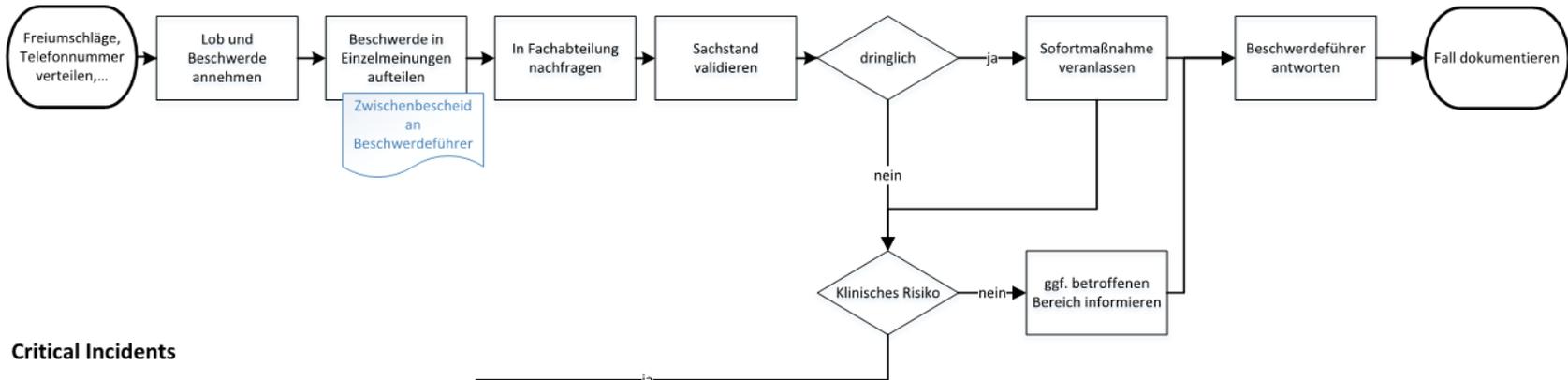
- Patientenrückmeldungen beinhalten klinische Risiken! (knapp 1/3 der detektierten Risiken)
- Eine Fokussierung auf Imageverluste und finanzielle Schäden in Patientenrückmeldungen verdecken den Blick auf klinische Risiken.
- Aufwendige Beschwerden sind häufig nicht oder wenig risikobehaftet.
- Im Team des klinischen Risikomanagements werden Synergieeffekte erzielt.

# Integration von LuBM und CIRS

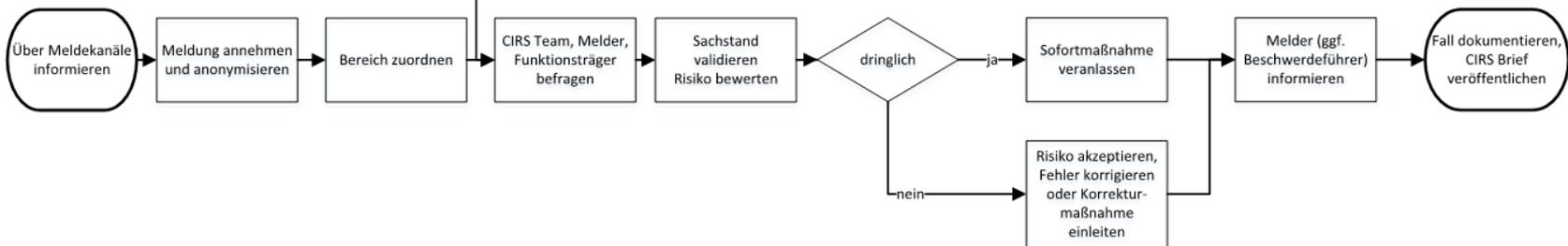
## Kernprozess: Informationsgewinnung



## Lob und Beschwerden

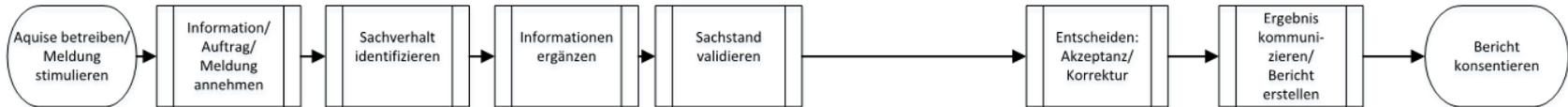


## Critical Incidents

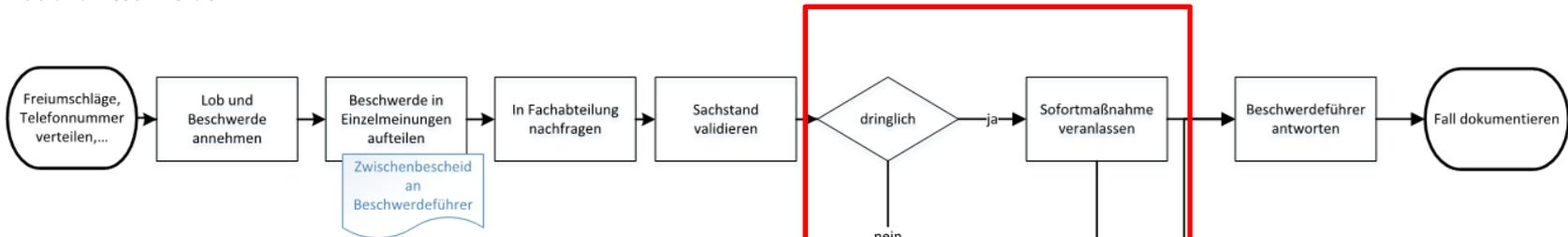


# Integration von LuBM und CIRS

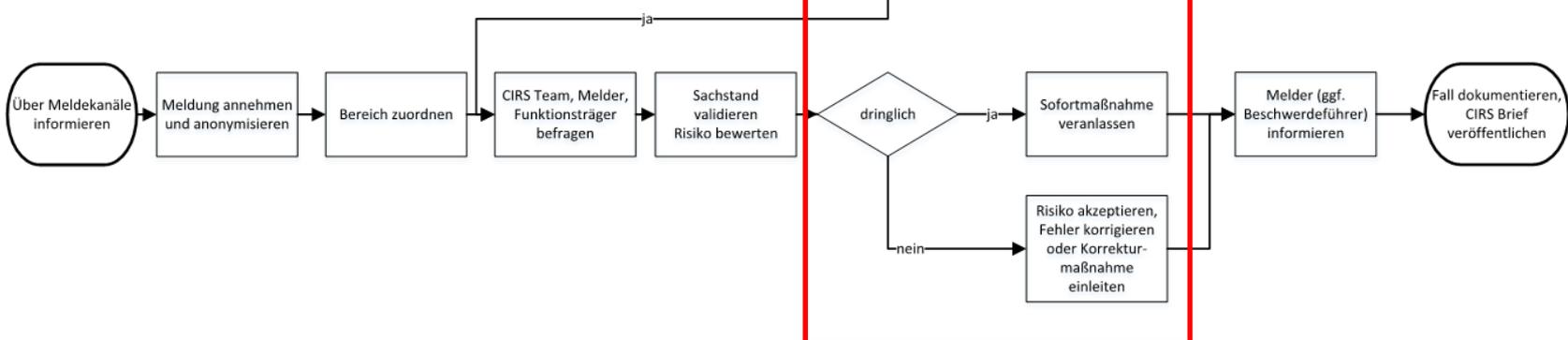
## Kernprozess: Informationsgewinnung



## Lob und Beschwerden



## Critical Incidents



## Ausblick

- Der Blick auf klinische Risiken in Patientenrückmeldungen ist durch eine 2-stufige Betrachtung zu schärfen:
  - | Dringlichkeit
  - | Risiken
- Zielgerichtete Informationen werden für andere Bereiche des klinischen Risikomanagements bereitgestellt, z.B. für Risikoaudits.
- Die 2-stufige Betrachtung muss in einer Softwarelösung abgebildet werden.
- Das methodische Vorgehen ist durch eine Erfassung der Eintrittswahrscheinlichkeit bei der Risikobewertung weiterzuentwickeln.



Vielen Dank!



UNIKLINIK  
KÖLN