



Instrumente der Qualitätssteigerung in der Endoskopie

**Komplikationsmanagement
Prozess- und Struktur- analysen**



Instrumente der Qualitätssteigerung in der Endoskopie

Komplikationsmanagement

Ulrike Enkner, Endoskopie, Chirurgie
Krankenhaus Elisabethinen, Linz



Qualität

Qualität ist die Bezeichnung einer wahrnehmbaren Zustandsform von Systemen und ihrer Merkmale, welche in einem bestimmten Zeitraum anhand bestimmter Eigenschaften des Systems in diesem Zustand definiert wird

Wikipedia

Die Definition von Qualität ist *Erfüllung von Anforderungen*

Das Qualitätssicherungssystem beschäftigt sich mit Verhütung und dem Sicherstellen von Produktion *richtig beim ersten Versuch*.

Die Maßgröße für Qualität sind die *Kosten der Nichterfüllung* (die Aufgabe nicht im ersten Anlauf richtig zu erfüllen)

Der Grenzwert von Leistung ist *Null Fehler* (engl. *zero defects*)

Philip B. Crosby

begrüßenswert, aber nicht quantifizierbar

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q 1966; 44: 166-206

Ulrike Enkner



Qualitäts - sicherung /- messung

= die Quantifizierung der medizinischen Versorgung, sodass durch die Messung Probleme hinsichtlich ihrer Effektivität oder Effizienz identifiziert werden. Dementsprechend werden zuerst Lösungen für diese Probleme entwickelt und umgesetzt, danach die Messungen wiederholt mit dem wünschenswerten Ergebnis, dass sich die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert hat.

Quality assurance: an overview and outline for gastrointestinal endoscopy. Wexler RM. Am J Gastroenterol 1989,84;1482-7

Quality assurance of gastrointestinal endoscopy, Manchester, MA ASGE, 1988

Quality outcome assesment in endoscopy: guidelines for clinical application; ASGE, 2000



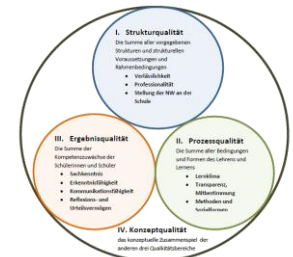
Qualitätsverbesserung - CQI

Continuous Quality Improvement

“How are we doing?”
“Can we do it better?”



sortium (NLC)
nology



Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q 1966; 44: 166-206



Surgical Safety Checklist compliance: a job done poorly! Sparks EA, Wehbe-Janek H, Johnson RL, Smythe WR, Papaconstantinou HT. J Am Coll Surg. 2013 Nov;217(5):867-73

Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist, Fourcade A, Blanche JL, Grenierc et al. BMJ Qual Saf 2012;21: 191-197

A systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in surgery. Borchard A, Schwappach DL, Barbir A, Bezzola P. Ann Surg. 2012 Dec; 256(6):925-33

Systematic review of safety checklists for use by medical care teams in acute hospital settings--limited evidence of effectiveness. Ko HC, Turner TJ, Finnigan MA. BMC Health Serv Res. 2011 Sep 2;11:211



Instrumente der Qualitätssteigerung

Teamtrainings nach Vorbild der Luftfahrt senken Patientenschäden bei Operationen um bis zu 50%.

Pateisky N., Haerting H.



Ulrike Enkner



Errare humanum est

14 | ÖSTERREICH

KLEINE ZEITUNG
SAMSTAG, 4. DEZEMBER 2010

Baby liegt nach Be

Ärztin im AKH spritzte falsches Medikament:

Anfang Juni war Kimberly
quatschvergnügt. Wenig
später wird das Mädchen von
einem stundenlangen Brech-
reiz gequält. Mutter
lässt ihren Blondschopf
untersuchen - Verdacht auf
Gehirntumor lautet die Diag-
nose im AKH. Am 21. Juni
wird Kimberly 16 Stunden
operiert.

zittert um das
Leben ihrer damals 17-mona-
tigen Tochter. Wie hat sie die
Operation überstanden? Be-
steht eine Chance auf Hei-
lung?

Doch die An-
die 22-jährige V
AKH bekommen



Rückblick: Kimberly
wurde erst im AKH geboren



Ein Ratgeber vor
und während einer
Arzthaftungsklage
Annegret Markendorf

kannt

Wiedergutmachung von
Euro. Zusätzlich begehrt
gerichtliche Feststellung,
alle weiteren Folgen ge-
rd.
inde es ungeheuerlich,
Wiener Krankenanstal-
nd zunächst jede Ausei-





Semmelweis Reflex

Year	Deaths	Rate
1841	86	3.5
1842	202	7.5
1843	164	5.9
1844	68	2.3
1845	66	2.03
1846	105	2.7
Total	691	
Avg.		3.38



Semmelweis, Ignaz P.

The etiology, concept and prophylaxis of childbed fever, trans. K. Codell Carter. Madison, University of Wisconsin Press. 1982,

Monatschrift für Geburtshülfe, Journal Revue, No 7, 1856

Wiener medizinische Wochenschrift, Journal revue, No 3, 1856



Semmelweis Reflex



Semmelweis- Reflex

Die unmittelbare Ablehnung einer Information oder wissenschaftlichen Entdeckung ohne weitere Überlegung oder Überprüfung des Sachverhaltes.

In einigen Fällen hatten Innovationen in der Wissenschaft eher eine Bestrafung als eine entsprechend Honorierung zur Folge, weil jene Innovationen etablierten Paradigmen und Verhaltensmustern entgegenstehen. **Robert Anton Wilson**

Ulrike Enkner



Errare humanum est,

sed in errare perseverare diabolicum

Seneca , Epistulae morales VI; 57,12;

Cicero, Orationes philippicae ; 12,2

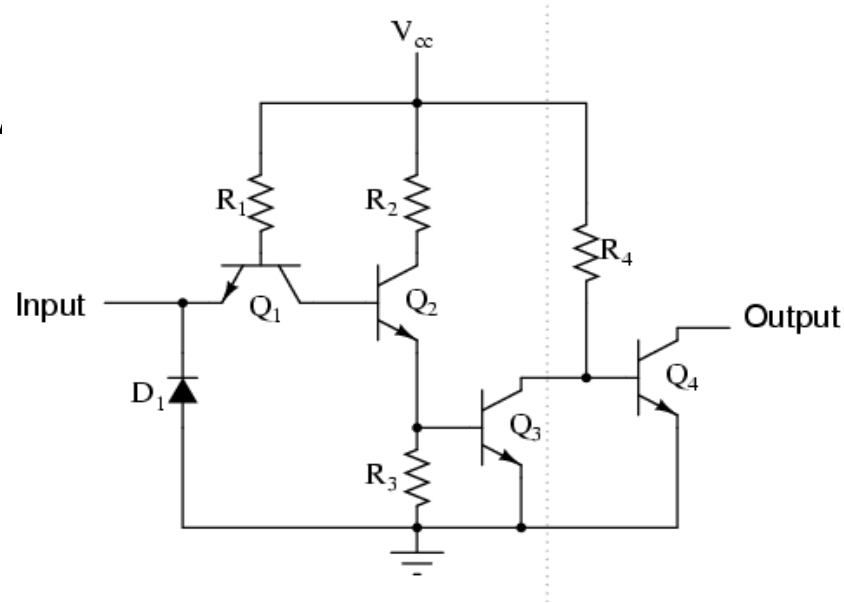


Komplikationen

„ something goes wrong... “

adverse

event



A new system for defining endoscopic complications emphasizing the measure of importance. Fleischer.DE GI Endosc. 1997: 45(2):128-33



Preprocedure quality indicators

- Patient demographics
- Indication
- Timeliness
- Consent
- Clinical status and risk assessment
- Special precautions
- Sedation plan
- Team pause (time out)

Anthony T.R. Axon, Quality Assurance,
Gastroenterological Endoscopy, Meinhard Classen, second edition, 2010



intraprocedural quality indicators

- Procedure time
- Patient discomfort
- Endoscopy therapy given
- Outcome
- Biopsies taken
- Complications
- Instruments
- Monitoring
- Medication
- Completeness of examination
- Findings
- Photographic record

Anthony T.R. Axon, Quality Assurance,
Gastroenterological Endoscopy, Meinhard Classen, second edition, 2010



postprocedural quality indicators

- Predetermined discharge criteria
- Written instruction for patient
- Pathology results
- Follow-up
- Report
- Complications
- Patient satisfaction
- Communication with referring clinician
- Postprocedural drug treatment

Anthony T.R. Axon, Quality Assurance,
Gastroenterological Endoscopy, Meinhard Classen, second edition, 2010



In Fröhlichkeit
den Menschen dienen



Allgemein öffentliches Krankenhaus
Elisabethinen Linz

Interdisziplinäre gastrointestinale Endoskopie
Chirurgie und Interne 4
Leitende Oberärzte: OA Dr. Ulrike Enkner (Chirurgie)
OA Dr. Friedrich Wewalka (Interne 4)

Barriere Sekretariat



The incidence and nature of in-hospital adverse events : a systematic review. De Vries EN, Ramrattan MA. Qual Saf Health Care 2008; 17: 216-223



Checkliste Terminvergabe

Welche US soll gemacht werden

Warum soll die US gemacht werden?

Was steht auf der Überweisung?

Reizwörter

Referral criteria, National Institute for Health and Clinical Excellence,
Commissioning guide, 2007, www.nice.or.uk



Checkliste Terminvergabe

Schmerzen

Blut im Stuhl

schwarzer Stuhl, Bluterbrechen

Schluckstörung, Erbrechen

Sodbrennen, Übelkeit, Blähungen

Durchfall, Verstopfung

Beschwerden? Kontrolle? Vorsorge?


akut / regulär < 1 Wo / 2Wo / 3 Wo / 6 Wo / Monate



Aufklärungsambulanz

- Indikation
- Patientendaten und Risikofaktoren
- Gerinnungs-, Medikamentenmanagement
- Aufklärung Untersuchung
- Aufklärung Sedierung
- Aufklärung Vorbereitung

In Fröhlichkeit
den Menschen dienen



Allgemein öffentliches Krankenhaus
Elisabethinen Linz
Interdisziplinäre gastrointestinale Endoskopie
Chirurgie und Interne 4

Leitung: Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhold Függer (Chirurgie)
Prim. Univ.-Prof. Dr. Stefan Gössler (Interne 4)
Leitende Oberärzte: OA Dr. Ulrike Enkner (Chirurgie)
OA Dr. Friedrich Wewalka (Interne 4)
Telefon: +43 (0)73 7679-4400
Fax: +43 (0)73 7679-4408
E-Mail: endoskopie@elisabethinen.or.at

Endoskopieambulanz

Patientenname: _____

Geplante Untersuchung:
 GS
 GS
 andere: _____

Termin: _____

Indikation: _____

Voruntersuchung: _____

Aufklärung erfolgt: ja nein
 Aufklärung über Polypektomie / Mukosektomie (Blutung, Perforation) ja nein
 Polypektomie/Mukosektomie im Rahmen der Untersuchung mit
 evt. stationärer Aufnahme zur Observanz: ja nein
 Erhöhtes Blutungsrisiko: ja nein
 Überwachung nach Sedierung zu Hause ja nein
 Blutabnahme notwendig: ja nein

Aufklärender Arzt: _____

Datum, Uhrzeit: _____ Unterschrift aufklärender Arzt: _____

Akademisches Lehrkrankenhaus der medizinischen Universitäten Wien, Graz und Innsbruck

Krankenhaus der Elisabethinen Linz GmbH, Fachgericht: 1, A-4020 Linz
 LINZ: ATU 64670908, CIVS: 2006048, FN: 2586476, Landesgericht Linz
 Hugo Landeshaus AD, B.LZ 542000, 110-RH 4830174, IBAN AT12 5400 0000 0483 0174, BIC OBLAAT22
 www.elisabethinen.or.at

Revision: _____
 Ausgabe: 06.03.2011
 Pflege: Prim. Prof. Dr. Gonth
 Dr. Iv. _____
 Seite: 1/1

Axon ATR., Guidelines on appropriate indications for upper gastrointestinal endoscopy Br Med J 1995,
 Froehlich F, Overuse of upper gastrointestinal endoscopy Gastrointest 1997,
 Froehlich F, Underutilization of upper intestinal endoscopy Br Med J 1995
 ASGE: appropriate use of GI endoscopy. Gastrointest. Endosc 2000
 EPAGE: projects and methods; Endoscopy 1999
 ASA Klassifikation- Amerikanische Gesellschaft für Anästhesie



Safe surgery saves lives

SICHERHEITSCHECKLISTE ENDOSKOPIE

„CHECKLISTE“



World Health Organization **SURG**

Before induction of anaesthesia >>>

SIGN IN

PATIENT HAS CONFIRMED

- IDENTITY
- SITE
- PROCEDURE
- CONSENT

SITE MARKED/NOT APPLICABLE

ANAESTHESIA SAFETY CHECK COMPLETED

PULSE OXIMETER ON PATIENT AND FUNCTIONING

DOES PATIENT HAVE A:

KNOWN ALLERGY?

NO
 YES

DIFFICULT AIRWAY/ASPIRATION RISK?

NO
 YES, AND EQUIPMENT/ASSISTANCE AVAILABLE

RISK OF >500ML BLOOD LOSS (7ML/KG IN CHILDREN)?

NO
 YES, AND ADEQUATE INTRAVENOUS ACCESS AND FLUIDS PLANNED

Sicherheits-Checkliste für

Sign In vor Einleitung des Anästhesieverfahrens

Abgefragt:

Patientenidentität

Einverständniserklärungen vorhanden

Art des geplanten Eingriffs

Abgefragt bzw. nicht relevant:

Anzeichnung der Operationsstelle bzw. Seite

Herzschrittmacher implantiert?

ja
 nein

Anästhesiegeräteprüfung abgeschlossen

Funktionierendes Monitoring

Schwierige Atemwege / Aspirationsrisiko?

ja, entsprechende Ausrüstung vorhanden
 nein

Bekannte Allergie?

ja, auf:
 nein

Risiko für Blutverlust über 500 ml?

ja
 nein

falls ja: Blut bzw. Blutersatzprodukte vorhanden

Adäquate Venenzugänge vorhanden

Eingriffsspezifische Instrumente und Materialien verfügbar und steril

VERANTWORTLICHKEIT: Arzt / Pflege

- Name des Patienten*
- Geburtsdatum des Patienten*
- Art des Eingriffs
- Vorbefunde liegen vor
- Aufklärungsbogen unterschrieben
- Allergie(n) bekannt
- Blutungsrisiko vorhanden
- Betreuung nach dem Eingriff geklärt

ASA

*Abfrage der Patientenidentität lt. SOP KOFÜ_AV 01

Dokumentation im Endoskopie-Protokoll (SAP): Checkliste abgefragt:

THIS CHECKLIST IS NOT INTENDED TO BE COMPREHENSIVE. ADDITIONS AND MODIFICATIONS TO FIT LOCAL PRACTICE ARE ENCOURAGED.

The field guide to understanding human error. Sydney Dekker, 2006

A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. Haynes AB, N Engl J Med 2009;360:491-499

Ulrike Enkner



Komplikation

Ungeplantes Ereignis in Zusammenhang mit der Untersuchung/
Intervention, das eine Spitalsaufnahme, eine Verlängerung des
Spitalsaufenthaltes oder eine andere Intervention nach sich zieht.

Peter Cotton





ENDO Linz
2014

24.-25. Jänner

10th Endoscopy
Congress Linz
January 24-25, 2014
www.endo.or.at

Komplikation

- Allergische Reaktion
- Andere
- Aspiration
- Blutung
- Infektion
- Kardiovaskulär
- Respiratorisch
- Pankreatitis
- Perforation

Dokumentation SAP

Patienteninformation nach Dickdarmspiegelung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

In unserer Endoskopie-Ambulanz wurde bei Ihnen heute eine Darmspiegelung durchgeführt. Dabei wurde zur Entfaltung des Dickdarms etwas Gas in Ihren Darm eingeblasen. Das könnte Ihnen heute noch ein paar Stunden Beschwerden verursachen. Sie sollten deshalb heute nur leichte Kost zu sich nehmen. Falls Sie eine Schilfspritze bekommen haben, möchten wir Sie nochmals darauf hinweisen, dass Sie 24 Stunden kein Fahrzeug lenken dürfen und für diese Zeit auch nicht geschäftsfähig sind.

Sollten Sie in den nächsten Tagen stärkere Bauchschmerzen und Fieber bekommen oder sollten größere Mengen Blut mit dem Stuhl abgehen, melden Sie sich bitte umgehend im Krankenhaus beim diensthabenden Arzt (Telefon 0732-7676).



- o bei der Untersuchung wurden Polypen entfernt
- o bei der Untersuchung wurde folgende Veränderung gefunden:

Datum _____ Unterschrift _____

Akademisches Lehrkrankenhaus der medizinischen Universitäten Wien, Graz und Innsbruck

Krankenhaus der Elisabethinen Linz GmbH, Postgasse 1, A-4020 Linz
LIZ-474 6457000, CIVR: 2006408, Pk: 019476; Landesgericht Linz
Hjgo Landesbank AD, BLZ 54000, IBo-Nr. 4630174, IBAN AT12 5400 0000 0483 0174, BIC OBLAAT2L
www.elisabethinen.or.at

Revision: 0
Ausgabe: 14.04.2011
Freigegeben: Univ.-Prof. Dr. Pügger
Dok.Nr.: UNIV-Prof. Dr. Enkner
Seite: ENDO_1
1/1

Ulrike Enkner



Komplikation

Schweregrade:

- 1: leicht: Hospitalisierung 1-3 Tage
- 2: mittelschwer: Hospitalisierung 4-9 Tage
- 3: schwer: Hospitalisierung > 10 Tage, OP, ICU
- 4: fatal: eingriffsbedingter Exitus

Klassifikation:

- erwartbar / nicht erwartbar
- fehlerhaft / nicht fehlerhaft

A lexicon for endoscopic adverse events: report of an ASGE workshop.

Peter B. Cotton, Glenn M. Eisen, Lars Aabakken, GI Endosc; 71, 3:2010



In Fröhlichkeit
den Menschen dienen



Allgemein öffentliches Krankenhaus
Elisabethinen Linz

Interdisziplinäre gastrointestinale Endoskopie
Chirurgie und Interne 4
Leitende Oberärzte: OA Dr. Ulrike Enkner (Chirurgie)
OA Dr. Friedrich Wewalka (Interne 4)

benchmarking ERCP

Benchmarking ERCP in Österreich: Sind wir gut genug für unsere Patienten?

C. Kapral¹, F. Wewalka², C. Duller³

Kurzfassung: Die ÖGEH initiierte 2008 ein Benchmarking-Projekt für ERCP, bei dem auf freiwilliger Basis Daten gesammelt wurden. Die Ergebnisse der teilnehmenden Zentren mit unterschiedlicher ERCP-Frequenz und Untersuchungskapazität wurden mit den jeweiligen Benchmark-Daten mit der Absicht verglichen, individuelle Probleme zu erkennen und zu korrigieren, um die Patientenversorgung zu verbessern. Erfolgs- und Komplikationsraten wurden im Hinblick auf individuelle Untersuchungszahl und Zentrumsgröße evaluiert. Dabei wiesen Endoskopiker mit > 50 ERCP pro Jahr eine höhere Erfolgs- und eine niedrigere Gesamtkomplikationsrate auf. Allerdings ergab sich bei Voluntarierstudien kein signifikanter Unterschied bezüglich Post-ERCP-Pankreatitis, Blutung oder Perforation. Große Zentren mit > 200 ERCP pro Jahr hatten eine höhere Erfolgsrate verglichen

mit kleineren Zentren. Allerdings war die Gesamtkomplikationsrate, die Post-ERCP-Pankreatitis- und die Perforationsrate in großen Zentren höher. Das mag daran liegen, dass kompliziertere Fälle an große Zentren überwiesen werden und hier gleichzeitig eine Ausbildungstätigkeit stattfindet.

Abstract: A Nationwide Austrian Benchmarking Project for ERCP: Are We Good Enough For Our Patients? In a quality assessment project for ERCP, initiated in 2008 by the Austrian Society of Gastroenterology and Hepatology, benchmark data were collected on a voluntary basis. Results from the individual participating centers, both academic and community-based, were compared with pooled benchmark data, with the intention to identify and correct individual problems to improve patient care in Austria. Success and complication rates in non-collected patients were

evaluated, especially with regard to case volume and center size. In our study, endoscopists with a case volume exceeding 50 ERCPs per year had higher success and lower overall complication rates. However, there was no statistically significant difference concerning post-ERCP pancreatitis, bleeding, or perforation. Centers with high case volume (> 200 ERCPs per year) had a higher success rate compared to small case volume centers. However, high-case volume centers showed higher overall complication rates and higher rates of pancreatitis and perforation compared to low-volume centers. This might be due to the fact that more difficult cases are referred to high-case volume centers which are mostly teaching centers with many trainees as well. *J Gastroenterol Hepatol* 2008; 6 (4): 12–15.

Z Gastroenterol 2012; 50 - A4

DOI: 10.1055/s-0032-1313836

Österreichweites ERCP Benchmarking: 5-Jahres Ergebnisse

C Kapral , C Duller , F Wewalka , F Schreiber P Knoflach

Ulrike Enkner



Komplikationskonferenz

Puzzling over medical mysteries*

- Ärzte der Gastroenterologie und Chirurgie
- Anästhesie, AWR, Radiologie
- Turnusärzte, Studenten, KPJ
- Pflege-Team Endoskopie
- Jurist
- QM , Bereichsleitung

Morbidity and mortality meetings . W.B.Campell Ann R Coll Surg Eng;1988; 70 (6) : 363-5

The morbidity and mortality conference: the delicate nature of learning from error.

Orlander JD, 2002 Oct;77(10):1001-6.

* **Puzzling over medical mysteries**

Laura Stephenson Carter, Dartmouth Medicine magazine

Ulrike Enkner



Komplikationskonferenz

Interdisziplinäre Besprechung (Komplikationen, KVP, Abweichungen)

- Analyse der Komplikationen im Zusammenhang mit der endoskopischen Intervention des vorangegangenen Monats
- Besprechung von Verbesserungsvorschlägen und Einleiten von Lösungen
- Interdisziplinäre Organisationsbesprechung
- Fortbildungen, Kongressberichte
- Festlegen von Standards
- Erarbeiten von Leitlinien
- Planung von gemeinsamen Veranstaltungen
- Kommunikationsforum



Komplikationskonferenz

89 Patienten bei 23852 Endoskopien
vorläufige Auswertung 4 / 2011 - 12 / 2013 - 0,37%

Komplikationen	4/2011-12/2013				
Grading	GS	CS	ERCP	gesamt	
0	5	1	2	8	
1	8	10	7	25	
2	7	9	8	24	
3	6	4	10	20	
4	3		7	10	
unklar			2	2	
	29	24	36	89	

Grading 4: bei 5 Patienten kein Zusammenhang mit der Endoskopie,
2x Aspiration, 1x Cholangiosepsis nach LTX, 2x Blutung

häufigste Komplikationen: 26 x Blutung, 22 Perforation (incl. freie Luft, gedeckte Perf)

Two years of mortality and morbidity conferences in a hospital GI endoscopy unit, Denis B; Gastroenterol.Clin Biol 2005;27;00

11744 Endoskopien - 79 Komplikationen (0,7%, 2x Grad 4))



Komplikationskonferenz

gelebte Konsequenzen

Thema : Nachblutung : Risikofaktoren
(ASS, duale Therapie, Antikoagulation, Hämodialyse)

- Kommunikation mit der Station
- Zeitpunkt der Heparinabgabe
- Dringlichkeit der Endoskopie bei Antikoagulation



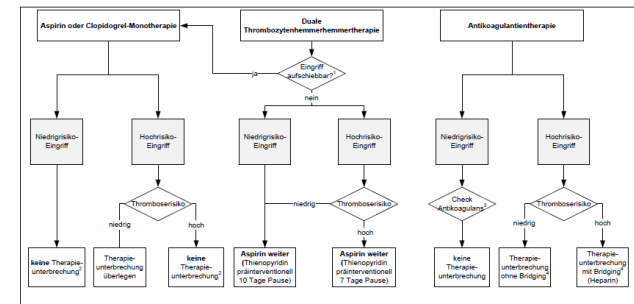
Medizinische Leitlinie
Periinterventionelles
Management einer
antithrombotischen
Dauertherapie

**Leitlinie zum periinterventionellen und
perioperativen Management einer
antithrombotischen Dauertherapie**

Medizinische Leitlinie
des Fachbeirats Onkologie der Allianz Elisabethinen und gespag

Leitlinie erstellt von:	Prim. Univ.-Doz. Dr. Ansgar Weltermann OA Dr. Friedrich Wewalka OA Dr. Jörn Diecker OA Dr. Ulrike Enkner Chirurgie, Ausch Radiologie, Böhmi
Leitlinie geprüft von:	Fachbeirat Onkologie, Protokoll v.
Leitlinie freigegeben von:	.MSC, Datum .MPH, Datum (siehe Workflow Sharepoint)

Konsequenz: Vereinheitlichung der Heparinabgabe
Leitlinie Gerinnungsmanagement





Komplikationskonferenz

gelebte Konsequenzen

Thema: PTC : Probleme

- Unterschiedliche Handhabung
- Unterschiedliche Kontrollen

Konsequenz : Erstellen einer Leitlinie und einer Patienteninformation
Fall-Besprechung im Viszeralboard
sowie 1x /Jahr alle Fälle

LEITLINIE PERCUTANE TRANSHEPATISCHE CHOLANGIO-DRAINAGE (PTCD)

Autor: OA Dr. Friedrich Wewalka, OA Dr. Ulrike Enkner
Geprüft von: Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhold Fögger, Prim. Univ.-Prof. Dr. Rainer Schott, Prim. Dr. Manfred
Gschwendtner
Festgelegt von: Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhold Fögger, Prim. Univ.-Prof. Dr. Rainer Schott, Prim. Dr.
Manfred Gschwendtner
Letztes Update: 08.03.2013

Revision: 0
Ausgabe: 08.03.2013
Dok. Nr.: 25002_LL_01
Seite: 1 von 2

ZIEL UND ZWECK
Diese Leitlinie legt die einzelnen Schritte der Durchführung fest und dient dazu, eine einheitliche Vorgehensweise zu gewährleisten.
VERANTWORTLICH
Arzt
GÜLTIGKEITSBEREICH
Interne 4, Chirurgie, Radiologie
INDIKATION
<ul style="list-style-type: none">• komplizierte postoperative Cholelithiasisstenosen• ischämische intrahepatische Gallengangstenosen• die Indikation zur extracorporalen Drainage wird in einer interdisziplinären Besprechung (Radiologie, Chirurgie, Gastroenterologie) gestellt, vorzugsweise im Rahmen des Viszeralboards
DURCHFÜHRUNG
<ul style="list-style-type: none">• die Drainage wird mit einem Durchmesser von 8-10 French begonnen• alle 2-3 Wochen Drainwechsel mit Erhöhung des Durchmessers um 2 French bis zu einem Zieldurchmesser von 16-18 French• danach routinemäßiger Drain-Wechsel alle 3 Monate• das Drain wird vom Patienten selbst alle 1-3 Tage mit 20ml physiologischer NaCl-Lösung gespült• die Drainagedauer soll 1 Jahr betragen• nach einem Jahr wird das Drainkaliber wieder alle 2-3 Wochen um 2 French reduziert bis zu einem DM von 8-10 French• beim letzten Drain-Wechsel soll ein Cholangiogramm angefertigt werden, um den Erfolg der Drainage beurteilen zu können• das Cholangiogramm soll interdisziplinär (Viszeralboard) besprochen werden



Komplikation - Kommunikation

Why do People sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. Vincent C, Young M, Phillips A Lancet 1994; 343: 1609-1

**“ Reden ist Gold ” -
Kommunikation nach einem Zwischenfall.**
Aktionsbündnis Patientensicherheit.de



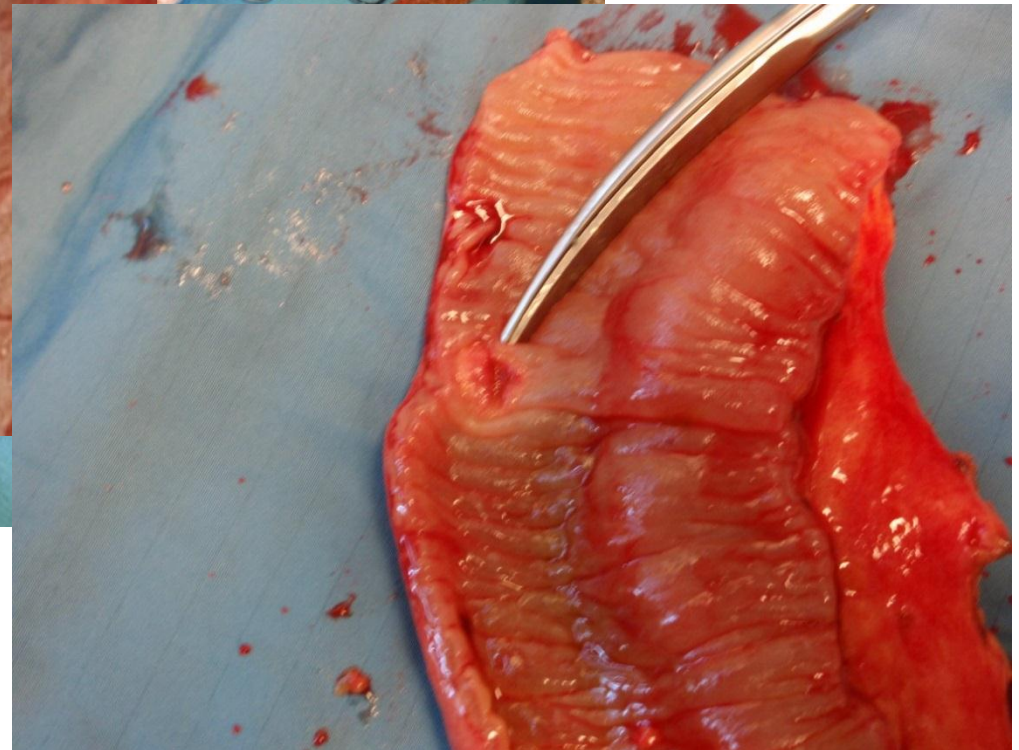
Medical error: the second victim .The doctor who makes the mistake needs help too . MaWu A.;BJM 2000; 320:726 – 7

Cause for a pause after a perioperative catastrophe: One, two, or three victims? Martin TW, Roy RC, Anaesth Analog 2012;114;285-7

Empfehlungen zum Umgang mit schweren Behandlungskomplikationen und belastenden Verläufen . R.-W Bock , E.Biermann, H.Wulf; Anästh Intensivmed 2013;54:490-4



d'artagnan

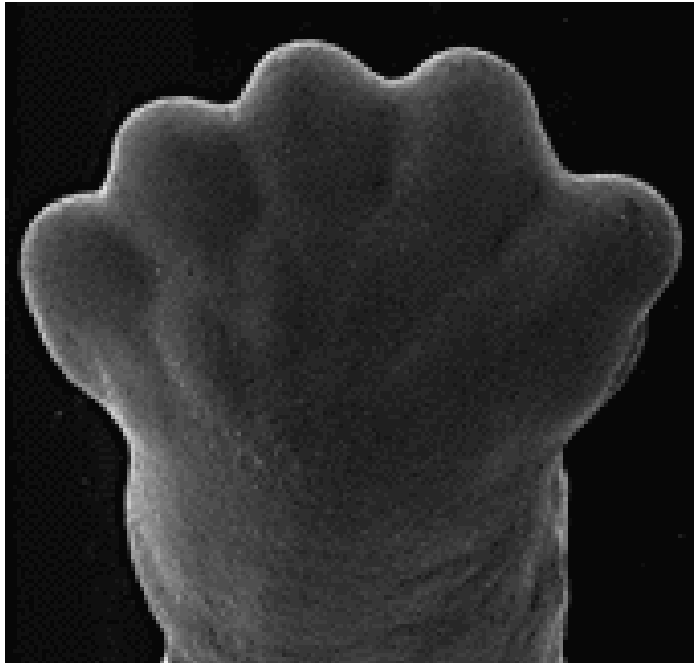




- **MAN**
- **MUSS**
- **MENSCHEN**
- **MÖGEN**

Andre Blattmann, Chef der Armee, Schweiz

Jürg Isenschmid, „Einfachheit in der Führung“, journal of business economics





In Fröhlichkeit
den Menschen dienen



Allgemein öffentliches Krankenhaus
Elisabethinen Linz
Interdisziplinäre gastrointestinale Endoskopie
Chirurgie und Interne 4
Leitende Oberärzte: OA Dr. Ulrike Enkner (Chirurgie)
OA Dr. Friedrich Wewalka (Interne 4)



Ulrike Enkner, Endoskopie, Chirurgie
Krankenhaus Elisabethinen, Linz