

„Rolle der Pflege für die Aufgabe der Patientensicherheit“

**1. Kongress
Sicherheit in der Pflege
13.-14. 11.2009
Campus Universität Witten/Herdecke**

**Prof. Dr. rer pol Ulrike Toellner-Bauer
Ev. Fachhochschule Bochum**

Agenda

1. Wie wichtig ist das Thema?

aktueller Stand zur Aufgabe „Patientensicherheit“ aus externer und interner Sicht

2. Alle reden von Fehlern, wir nicht?!

Definition „Fehler“ aus externer und interner Sicht

3. Aus Fehlern lernen, aber wie?

Etablierung einer Sicherheitskultur

Agenda

1

Aktueller Stand

- **Sicht der Öffentlichkeit**
- **Perspektive der Pflege**

Sicht der Öffentlichkeit

Falsch programmiert

MEDIZIN

Verhängn Computertomograf verstrahlt Patienten

Immer wieder
Arzt klagt, das

05.08.2009

Medizin-Sk

US-Phar
Ghostwi

Neuer Skand
Artikel über
Forschern ur
das Brustkre



Patientin im Computertomografen (Archivbild); Überdosierung an Hospital in Los Angeles

In einem Krankenhaus in Los Angeles hat es eine schwere technische Panne gegeben. Durch einen falsch programmierten Computertomografen sind 200 Schlaganfall-Patienten zu hohen Strahlendosen ausgesetzt worden.

Drucken | Senden | Feedback | Merken

nach ersten Diensten



Corbis

isatz frischgebackener Mediziner?

Sicht der Öffentlichkeit

USA

44.000-98.000 unerwünschte Ereignisse
in den Kliniken

Fehler gehören zu den 10 häufigsten
Todesursachen bei stationär
aufgenommenen Patienten

(Institute of Medicine 1999)

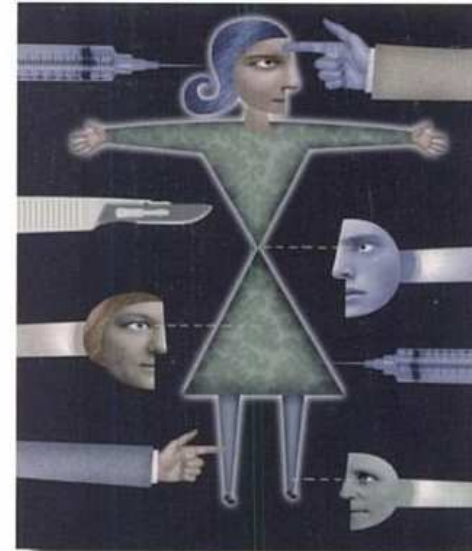
Deutschland

17.000 Tote (Marburger Bund 2005)
44.000 Behandlungsvorwürfe pro Jahr
ca. 12.000 nachgewiesene
Behandlungsfehler

(Robert Koch Institut 2001)

Medizinschadensfälle und Patientensicherheit

Häufigkeit – Begutachtung – Prophylaxe



B. Madea/ R. Dettmeyer (Hrsg.) (2007)
Deutscher Ärzteverlag

Sicht auf die Pflege

Ursachen

- Strukturelle 60-70%
- Prozessuale 5-15%

Fehleridentifikation

- 20% sehen täglich Handlungen, die man besser machen kann

Fehlerhäufigkeit

54,5% gaben an, keinen Fehler gemacht zu haben

25,9% haben 1 oder 2 Fehler in einem Jahr gemacht

Berufsgruppe	Behandlungsfehler-vorwürfe	Behandlungsfehler bestätigt (ohne Berücksichtigung der Kausalität)	Prozentualer Anteil bestätigter Behandlungsfehler
Klinikärzte	2809	220	7,8
Niedergelassene Ärzte	877	129	14,7
Pflegepersonal	172	35	20,3
Notdienstarzt	253	30	11,9
Mehrere Ärzte	50	6	12,0
Rettungsmitarbeiter	23	5	21,7
Belegarzt	14	3	21,4
Alternativmediziner	12	3	25,0

Agenda

2

Definitionen

- **Was ist ein Fehler?**
- **Wo machen wir Fehler?**
- **Welche Fehler machen wir?**

Was ist ein Fehler

Kritisches Ereignis (*critical incident*):

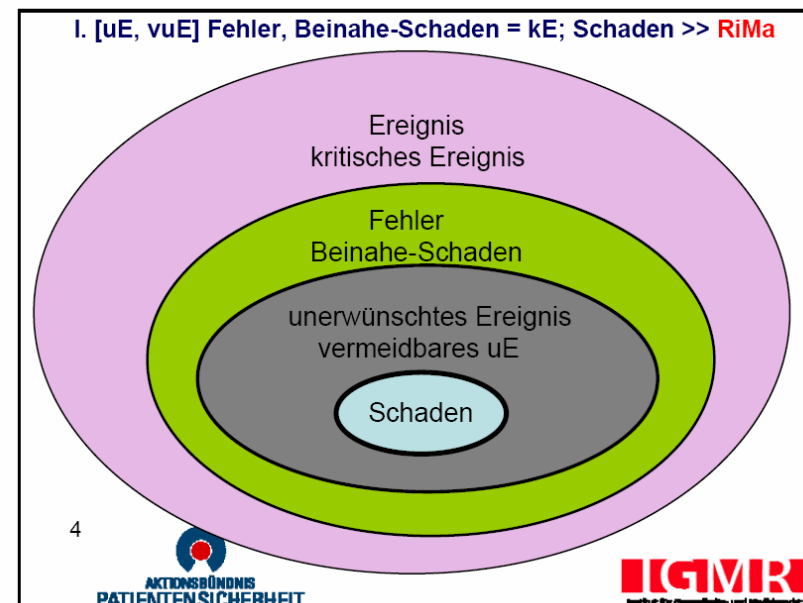
- Ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht.

Fehler (*error*):

- Eine Handlung 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 (*near miss*):

- Ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können.



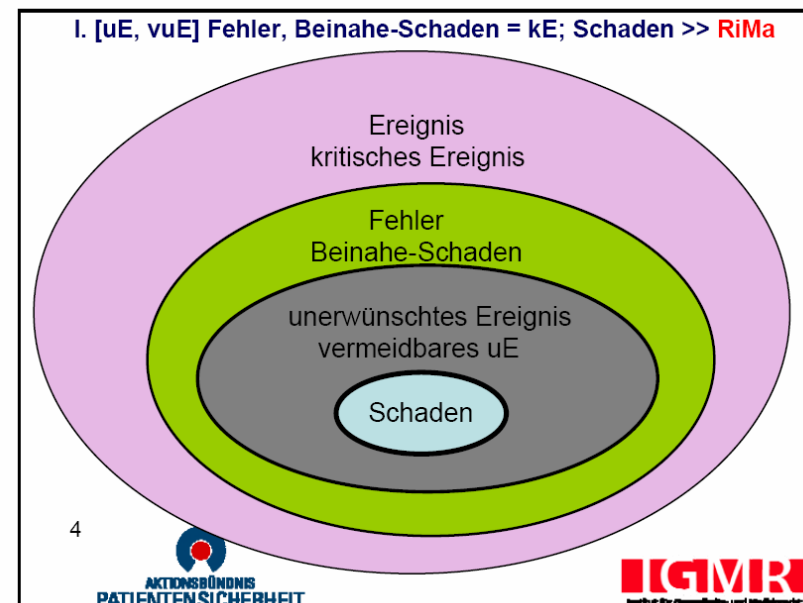
Was ist ein Fehler

Unerwünschtes Ereignis (*adverse event*):

- Ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung denn auf der Erkrankung beruht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein.

Vermeidbares unerwünschtes Ereignis (*preventable adverse event*):

- Ein unerwünschtes Ereignis, das vermeidbar ist.



Definitionen (abgestimmt zwischen APS und ÄZQ):

Wo machen wir Fehler?

- Rettungswesen – Prof. Dr. Suserud
- Kommunikationsdefizite – Schäfer, Baartmanns
- Dekubitus/Chronische Wunden – Dipl. PGW Deufert
- Mangelernährung/Schluckstörungen – Reuther
- MPG – Dipl. Ing. Kamps
- Medikamentensicherheit – Prof. Dr. Thürmann
- Notfallmanagement Dr. Hockauf
- Infektionen – PD Dr. Schulze-Röbbecke
- Bewegung/Sturz – Dr. Zegelin/Prof. Dr. Meyer
- Nachtsicherheit – Prof. Bienstein
- Fehlerkultur – Prof. Dr. Bonato
- Dokumentation – Prof. Dr. Toellner-Bauer, Schmitz

Kategorisierung von Medizinschäden und ihren Ursachen

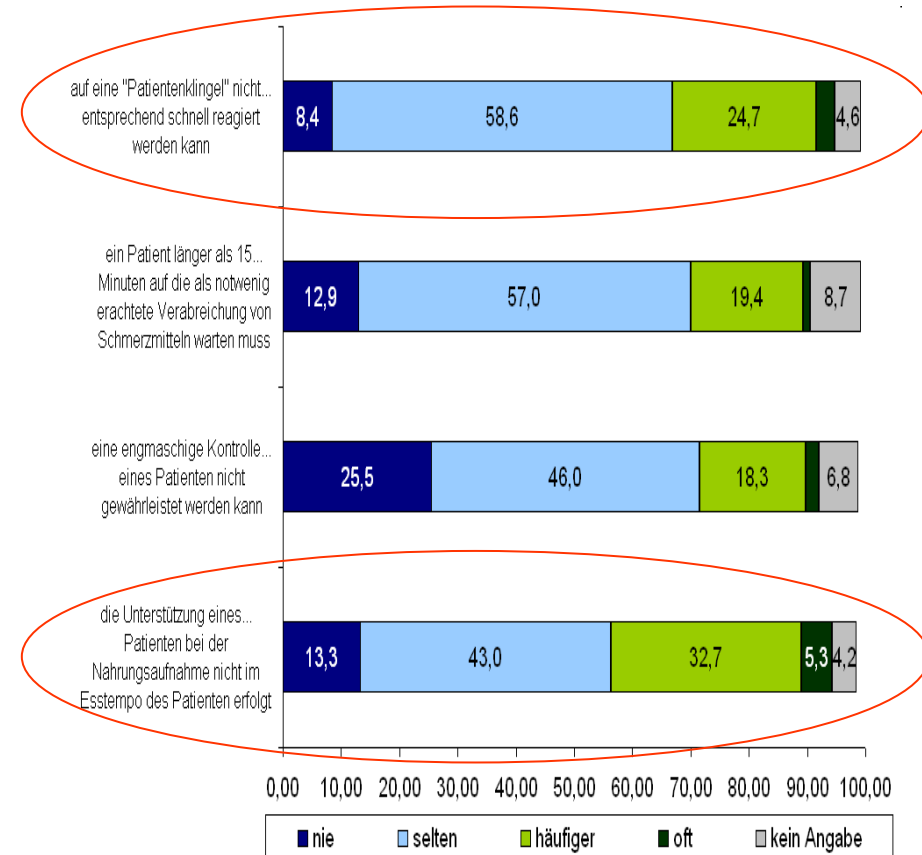
Tab. 28.3: Ursachenschlüssel aus dem Haftpflichtversicherungsbereich – Beispiel 1

Falsche Therapiewahl	Gefäßdurchtrennung/-verletzung
Falsch gestellte Diagnose, Diagnosefehler	Gerätedefekt, Materialfehler
Nicht Erheben erforderlicher Befunde incl. CTG-Ver-säumnisse	Bedienungsfehler
Nicht oder zu spät eingeleitete Therapie	Hygienefehler
Intubationsfehler	Mangelhafte Personalausstattung
Beatmungsfehler	Mangelhafte Kontrolle und Anleitung von nachge-ordnetem Personal
Aspiration	Mangel in der Verkehrssicherheit
Narkosefehler, falsche Narkosewahl	Sturz
Falsch durchgeführte Therapie	Verwechslung (Personen, OP-Seiten etc.)
Nicht oder zu spät eingeleitete Sectio caesarea	Verbliebener Fremdkörper
Fehlplanung	Aufsichtspflichtverletzung
Fehler bei der OP-Vorbereitung	Unvollständige/unverständliche Aufklärung
Fehlerhafte Lagerung	Nicht erfolgte Aufklärung
Fehler bei der Durchführung pflegerischer Maß-nahmen und Prophylaxen	Nicht rechtzeitig erfolgte Aufklärung
Überwachungsfehler	Unzulängliche Dokumentation der Aufklärung
Fehlerhafte Medikamentenverabreichung	Eingriff ohne wirksame Einwilligung
Fehlerhafte Reanimation	Unvollständiges Krankenblatt
Perforation	Unvollständige, fehlerhafte Eintragung
Sehnen- bzw. Bänderdurchtrennung/-verletzung	Nicht vorhandenes Krankenblatt
Nervdurchtrennung/-verletzung	

B. Madea/ R. Dettmeyer (Hrsg.) (2007): 271

Welche Fehler machen wir?

- 24,7% geben an, dass Pflegepersonal häufiger nicht entsprechend schnell auf eine Patientenklingsel reagiert
- 32,7% gibt an, dass eine Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme häufiger nicht im Esstempo des Patienten erfolgen könne.

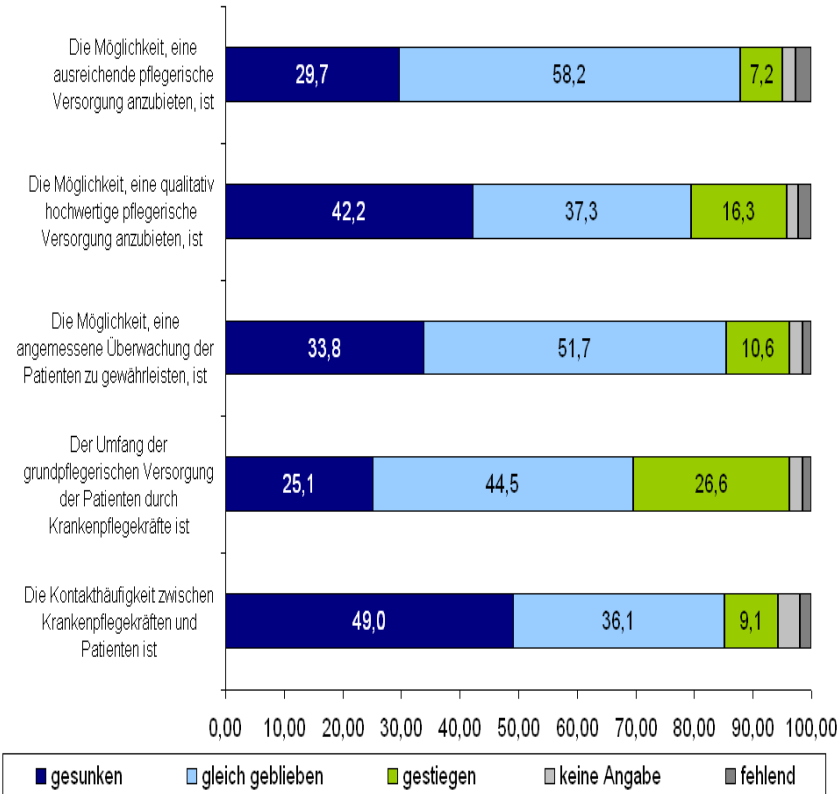


Welche Fehler machen wir?

- Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die Analyse: DRG- indizierte Veränderungen und Ihre Auswirkungen auf die Organisationen, Professionals, Patient und Qualität

(Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 6/2009)

Ist das nicht ein Widerspruch?



Welche Fehler machen wir?

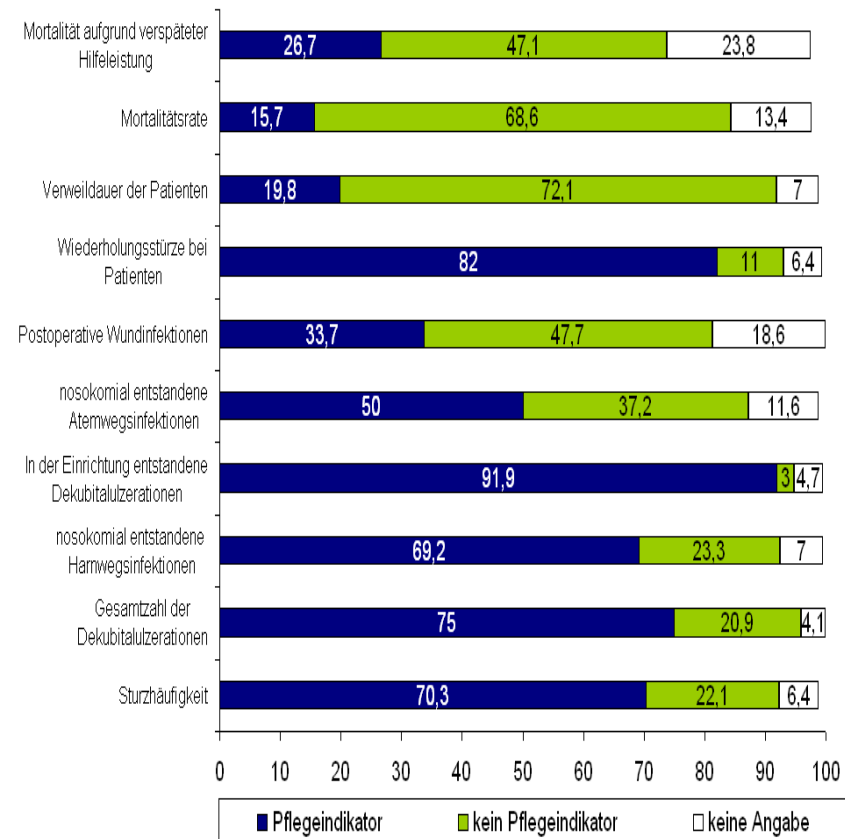
Keine pflegesensitiven Indikatoren:

- postoperative Wundinfektionen,
- Verweildauer der Patienten,
- Mortalität aufgrund verspäteter Hilfeleistung.

pflegesensitive Qualitätsindikator:

- Zahl der in der Einrichtung entstandenen Dekubitalulzerationen,
- Sturzhäufigkeit,
- Sturzwiederholungsrate,
- nosokomialen Harnwegsinfektionen

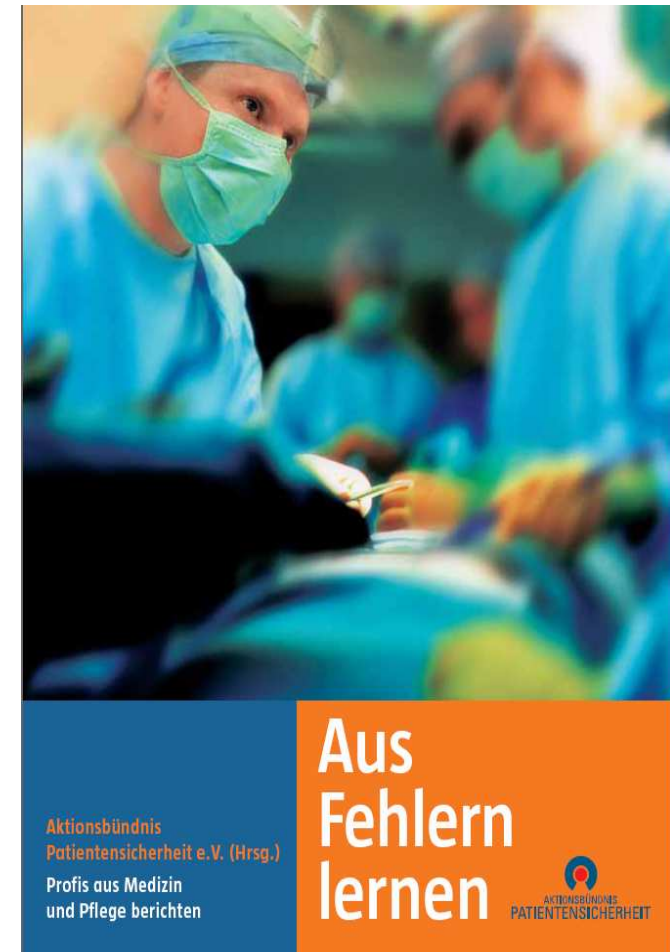
Einschätzung pflegesensitiver Indikatoren



Agenda

3 Aus Fehlern lernen aber wie?

- Nachdenken über eine neue Ethik
- Etablierung einer Sicherheitskultur



durch Ablösung der alten Ethik

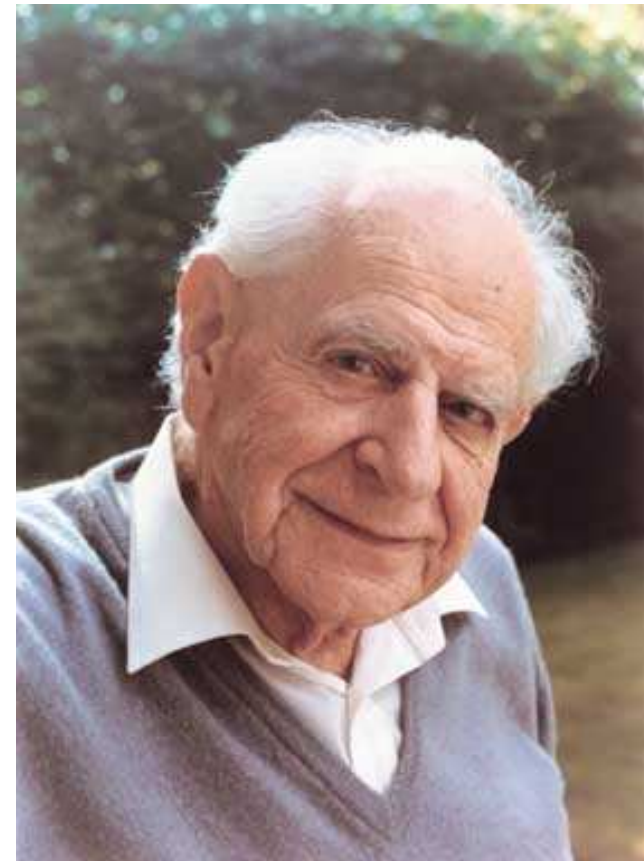
- Aus eigenen Fehlern lernen ist ein mühsamer und langwieriger Prozess
- Erfahrungen sammeln `= kollektives Lernen

Setzt voraus:

- Eingeständnis und kritische Distanz zur eigenen und der Arbeit anderer
- Professionelles Verhalten bestimmt durch Professionsethik

Ziel:

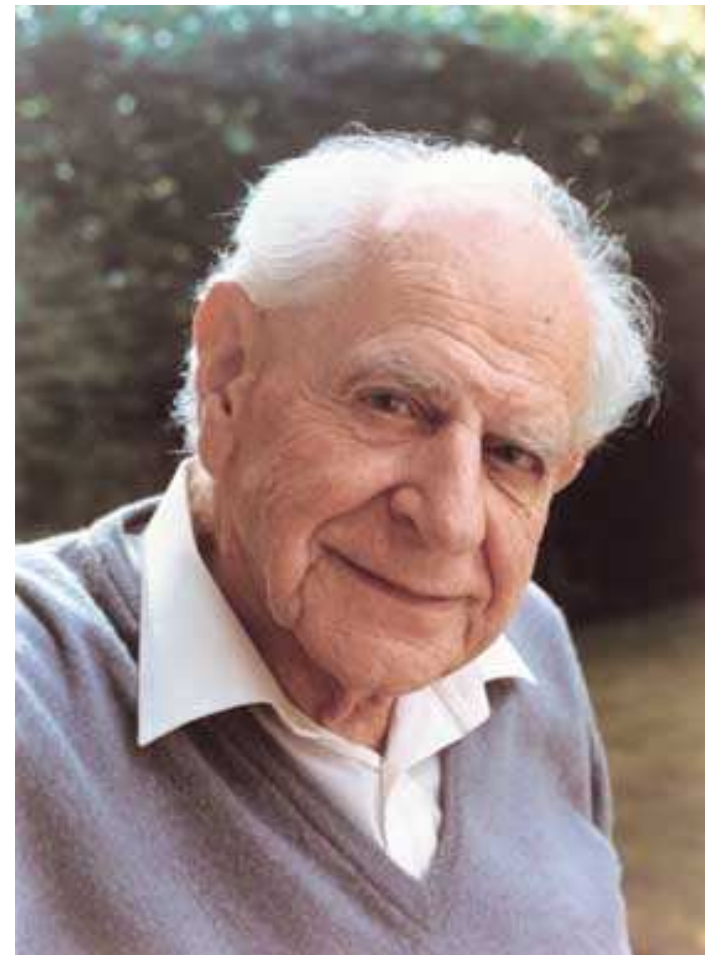
- Suche nach objektivierbarer Wahrheit basierend auf der Idee der objektivierten Verantwortung abzulösen



Sir Karl Raimund Popper
(*28.7.1902 † 17.09.1994)

durch eine neue Ethik

- Wissen übersteigt die Aufnahme-kapazität
- Wir machen Fehler, daher muss die Theorie der Vermeidbarkeit von Fehlern überdacht werden
- Unsere Aufgabe ist es, uns zur Selbstkritik zu trainieren
- Noch besser ist die Kritik unseres professionellen Umfelds, die aus verschiedenen Hintergründen das Problem beleuchten kann
- Eine **nicht** bestrafende Werthaltung dem einzelnen gegenüber als neue professionelle Aufgabe der Ethik



Sir Karl Raimund Popper
(*28.7.1902 † 17.09.1994)

McIntyer/Popper: (1983): BMJ Volume 287 24-31 December
The critical attitude in medicine: the need for a new ethics

<http://arts.anu.edu.au/sss/pols3017/Images/Theorists/Popper.jpg>

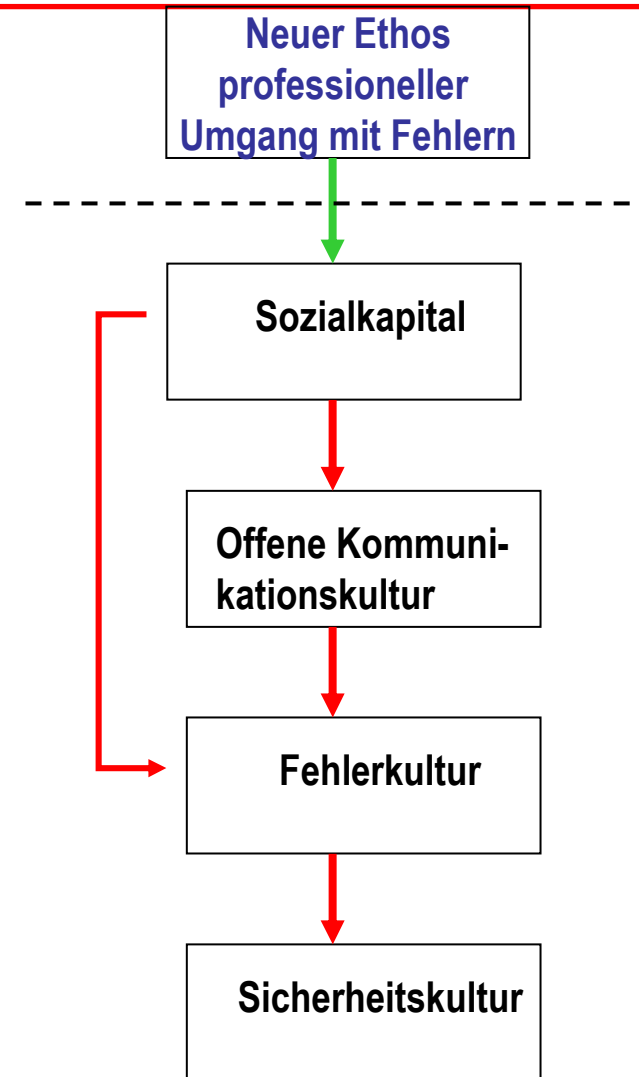
Definition Sicherheitskultur:

- der in einer sozialen Einheit vorhandene gemeinsam geteilte Vorrat an Wissen, Werten und Symbolen
(Habermas: 1988)
- sie bildet die „sinngabende und legitimierende Grundlage für soziale Normen, Rollen, Traditionen und Verhaltensmuster, die im Zuge der Sozialisation (.....) von den nachwachsenden Individuen gelernt werden“
(Hillmann, 2007: 472).



Definition Sicherheitskultur:

- die gegenseitige Kritik ist nicht persönlich und vorurteilsvoll sondern entspringt vom gegenseitigen Respekt und dem Wunsch, das Beste für die Patienten zu finden.
- notwendig ist, nicht nur die Fehler zu erkennen, sondern auch nach ihnen zu suchen, um schnell reagieren zu können.
- durch die Systematisierung von Fehlern zu neuen Theorien

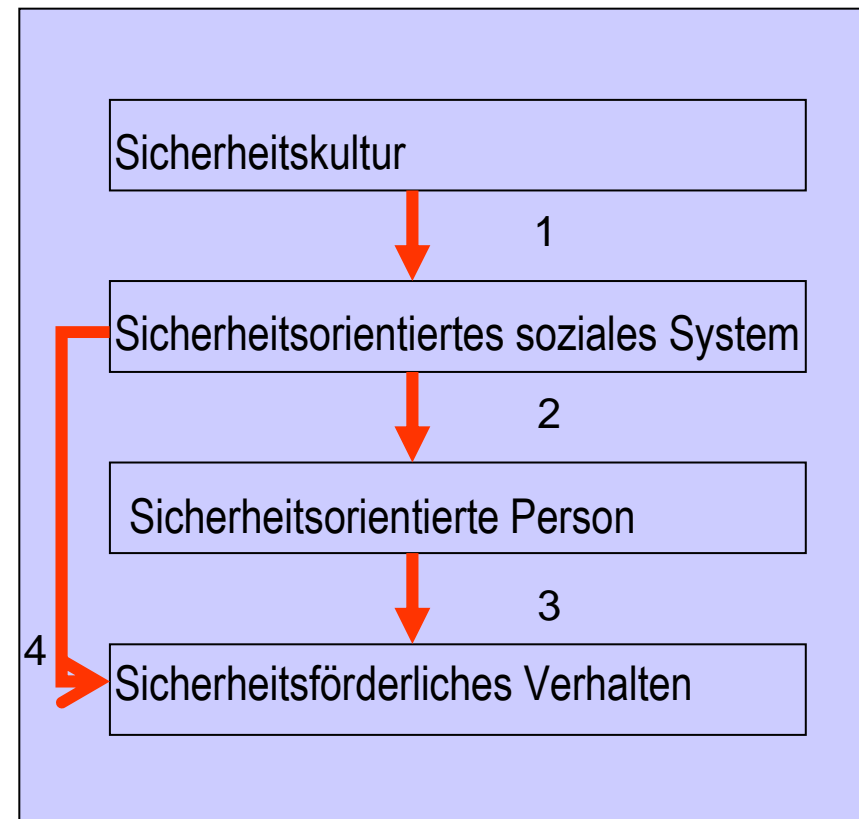


(modifiziert nach Pfaff, Hammer, et al 2009:495)

Umsetzung

1. Je stärker die Sicherheitskultur ausgeprägt ist, desto sicherheitsorientierter fallen die Normen, Rollen und Prozesse aus
2. Normen prägen Einstellung und Haltung
3. Je stärker dieser Mechanismus wirkt, um so wahrscheinlicher sind die Organisationsmitglieder sicherheitsorientiert
4. Individuelle Situation

Modell sicherheitsförderlichen Verhaltens



(Pfaff, Hammer, et al 2009:495)

Fazit

Patientensicherheit ist keine

Aufgabe

sondern

Auftrag



PS ist Chefsache und Führungsaufgabe
PS ist allen anderen Funktionen übergeordnet
PS ist das Produkt der Gesamtqualität

Integrative PS

- PS als separate Funktion wird aufgelöst und in andere Funktionen überführt
- PS geht jedem etwas an, jeder macht unter anderem auch PS

Rational- konservativ

- PS ist eine Funktion von vielen
- PS wird an Spezialisten delegiert
- gute Pflege steht im Vordergrund

Entwicklungsstufen zu TQM (Kamiske/Malorny: 1994)



Danke für Ihre Aufmerksamkeit