

**Tagung der ENNA
am 13. und 14. November 2009
- Sicherheit in der Pflege -**

**Abstracts
zu den Workshops 1 - 23**

Workshop 1

„Risiken Schmerz“

Andre Ewers, MScN (Salzburg)

Akute und chronische Schmerzen bestimmen mitunter das Leben vieler Menschen. Ob in den Kliniken, Pflegeheimen, Hospizen oder in der ambulanten Pflege: Das Phänomen „Schmerz“ ist allgegenwärtig. Die Risiken, die von akuten und chronischen Schmerzen ausgehen, sind beträchtlich und unter dem Blickwinkel humaner wie auch ökonomischer Aspekte ein Problem für unsere Gesellschaft. Im Workshop soll das Phänomen „Schmerz“ aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet und Möglichkeiten zur Prophylaxe und Therapie aufgezeigt werden. Der nationale Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“ nimmt dabei eine zentrale Funktion ein.

Workshop 2

Mangelernährung und Schluckstörungen

Sven Reuther, MScN, und Erika Sirsch, MScN (Witten)

Mangelernährung stellt für BewohnerInnen in Altenpflegeeinrichtungen ein schwerwiegendes Problem dar. In Deutschland gab es nur begrenzt Informationen über die Prävalenz von Mangelernährung und den eingeleiteten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Schluckstörungen, die häufig unentdeckt sind, können ein Risiko für Mangelernährung sein. Beeinträchtigte Mundgesundheit, schlecht sitzende Zahnprothesen oder Zahnschmerzen können ebenso Einfluss auf die Ernährung haben. Die Ursachen für eine Mangelernährung sind vielfältig. Werden Risiken nicht erkannt und ihnen nicht vorbeugend entgegengewirkt, können sie schwerwiegende Folgen für die Ernährungssituation von älteren Menschen haben. In diesem Workshop werden unterschiedliche Ursachen für Mangelernährung, Risiken und mögliche präventive Maßnahmen vorgestellt und die Anwendung mit den Teilnehmenden diskutiert.

Workshop 3

Dekubitus/Chronische Wunden

Daniela Deufert, Dipl.-PGW (Hall i. Tirol)

Zu den häufigsten chronischen Wunden zählen der Dekubitus, das diabetische Fußsyndrom und das gefäßbedingte Ulcus cruris. Nach Schätzungen sind ca. 3-4 Millionen Menschen in Deutschland davon betroffen. Aufgrund der lückenhaften Datenlage gibt es für Deutschland keine genauen Prävalenz- und Inzidenzzahlen. Chronische Wunden stellen für Krankenhäuser, Pflegeheime und ambulante Pflegedienste eine große Herausforderung dar. Nach Schätzungen entwickeln jährlich mehr als 400.000 Personen einen behandlungsbedürftigen Dekubitus. Dekubitalulzera werden in der gesundheitspolitischen Diskussion als Qualitätsindikator für die Pflege gesehen und auch die Rechtsprechung beschäftigt sich zunehmend mit der Problematik. Für die Betroffenen bedeutet eine chronische Wunde häufig eine Einschränkung der Lebensqualität durch Schmerzen, Immobilität und die Krankheitsdauer.

Die Versorgung von chronischen Wunden ist eine multiprofessionelle Aufgabe. Aufgrund des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes kann sich in Zukunft die Behandlung im Bereich der chronischen Wunden ändern. Nach § 63 Abs. 3b SGB V ist den Pflegepersonen im Rahmen eines Modellvorhabens der gesetzlichen Krankenversicherungen eine eigene Ausführungs- und Verordnungskompetenz im Bereich der Verbandsmittel und Pflegehilfsmittel übertragen worden. Für eine sichere und professionelle Ausübung ist das entsprechende Wissen der Pflegepersonen über evidenzbasierte Maßnahmen im Bereich der Wundversorgung notwendig. Im Rahmen des Workshops soll die derzeitige Versorgungssituation von Menschen mit chronischen Wunden diskutiert werden und die notwendige Qualifikation der Pflegepersonen für die zukünftigen, spezifischen Anforderungen erarbeitet werden.

Workshop 4

Notfallmanagement in der Pflege

Dr. H. Hockauf (Steinbeis-Hochschule, Berlin)

Was ist Notfallmanagement in der Pflege!!!

- Grundlagen des Notfallmanagements in der Pflege
- Organisiertes und strukturiertes Handeln in pflegerischen Notfallsituationen
- aktives Erlernen von Reanimationsmaßnahmen nach Europäischen Richtlinien
- Beratung und Information im Umgang mit Hilfsmitteln (AED, Beatmungsbeutel)

Workshop 5

Kommunikationsdefizite

M. Schäfer, MNS, RN, BScN und P. Baartmanns, MHSc, MBA, RN (Aarau)

Ebenso wie gesellschaftliche Normen und Werten sich mit der Zeit ändern, verändern sich auch die Erwartungen an die Funktionen und Ergebnisse von Organisationen. Im Gesundheitswesen haben neue medizin-technologische Errungenschaften und „hightech“ Apparate, die Möglichkeiten für komplexere Patientenbehandlungen erweitert. Diese Entwicklung hat auch eine Kehrseite. Mit zunehmender Komplexität ist auch ein erhöhtes Fehlerrisiko verbunden. In diesem Kontext ist es berechtigt zu fragen ob Spitäler die heutigen gesellschaftlichen Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen noch erfüllen.

Aus verschiedenen Studien im Ausland geht hervor, dass die Kommunikation zwischen und innerhalb den an der Behandlung beteiligten eine Hauptursache für das Auftreten von Fehlern ist. In den Vereinigten Staaten von Amerika gehört deshalb die Analyse der Kommunikation beim Auftreten von Fehlern zum Standardrepertoire. Die Verbesserung der Kommunikation bei der Übergabe von einer Fachperson zur anderen ist seit 2 Jahren nationales Qualitätsziel und aufgenommen in den Akkreditierungskriterien von Spitälern.

In diesem Workshop werden die Ursachen und Folgen dieser Kommunikationsdefizite dargestellt und Lösungsansätze, welche in anderen Ländern erfolgreich waren, werden diskutiert. Dabei wird insbesondere die Rolle der Pflege in den Blick genommen.

Workshop 6

Behinderte Menschen

H. Budroni (MScN) und Prof. Dr. Wilfried Schnepf (Witten)

Bisherige Studien und Vorarbeiten am Institut für Pflegewissenschaft haben gezeigt, dass die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus oftmals mit erheblichen Problemen verbunden ist. Betroffene, deren Familien und Pflegenden berichten übereinstimmend von zusätzlichen Beeinträchtigungen und Barrieren während einer Krankenhausbehandlung, die vielfach auch auf einen Mangel an situations- und zielgruppenspezifischen Handlungskonzepten schließen lassen. Auch Stellungnahmen aus Selbsthilfe und Politik (z.B. <http://www.bmg.bund.de>) machen deutlich, dass die gesundheitliche Versorgung behinderter Menschen in den Krankenhäusern Deutschlands großen Verbesserungsbedarf aufweist, es an Konzepten zu einer adäquaten stationären Gesundheitsversorgung für diese Personengruppe fehlt.

In diesem Workshop soll die Problemlage beleuchtet werden, es sollen zudem Handlungsoptionen aufgezeigt werden. Die Idee einer Rahmenempfehlung, die als eine Auswahl spezifischer Informationen und Gestaltungsmöglichkeiten in der Pflege von Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen in allgemeinen Krankenhäusern, Pflegenden sowie Betroffenen und deren Angehörigen zur Verfügung gestellt werden soll, wird abschließend diskutiert

Workshop 7

Der Beitrag der Patientenedukation zur Sicherheit

Dr. Angelika Zegelin (Witten)

Zunächst sollen einige Grundlagen des Wittener Konzeptes zur Patienten-Familienedukation vorgestellt und dann an Beispielen der Information, Schulung und Beratung verdeutlicht werden (u. a. Mikroschulung, Sturzvorbeugung, Information zur Einnahme von Antikoagulantien)

Zusammen mit den Teilnehmern wird ein Themenspeicher erstellt und bereits vorhandene gute Beispiele werden gebündelt. Es geht auch darum, Patientenedukation argumentativ mit „Sicherheit“ zu verbinden.

Workshop 8

Thema: Gewalt in der häuslichen Pflege älterer Menschen

Prof. Dr. Sabine Kühnert (Bochum)

Im Workshop soll eine erste Annäherung an die Thematik des Auftretens von gefährlichen Pflegesituationen in der häuslichen Pflege und der Interventionsmöglichkeiten bei familialer Gewalt erfolgen. Es ist beabsichtigt, die Workshopteilnehmer für mögliche Anzeichen des Auftretens von Gewalt in häuslichen Pflegesituationen zu sensibilisieren, ihnen Informationen über Bedingungsfaktoren der Entstehung von Gewalt zu vermitteln und mit ihnen gemeinsam Möglichkeiten der Prävention und Intervention zu erarbeiten.

Beginnend mit einem einführenden Kurzvortrag soll die Problematik der Definition und Identifikation von gefährlichen Pflegesituationen in der häuslichen Pflege, die als Gewalt bezeichnet werden können, thematisiert werden. Daran anschließend werden - ausgehend von vorliegenden empirischen Befunden - gemeinsam mit den Workshopteilnehmern Anzeichen und mögliche Entstehungsbedingungen von gefährlichen Pflegesituationen in der häuslichen Pflege erarbeitet. Den Abschluss bilden ein Erfahrungsaustausch über Möglichkeiten und Grenzen zur Prävention und Intervention durch professionelle Pflegekräfte, der um Informationen zu praktizierten Präventions- und Interventionsansätzen ergänzt wird.

Workshop 9

Stürze im pflegerischen Setting

Prof. Dr. Gabriele Meyer & Irmela Gnass, MScN (Witten)

Die Fülle der Publikationen im Bereich Sturzprävention ist kaum noch zu überschauen. Der regelmäßig aktualisierte Cochrane Review zum Thema musste kürzlich in zwei Reviews geteilt werden. Die Daten waren in einer einzelnen Übersichtsarbeit nicht mehr zu bewältigen. Zwar gibt es in Deutschland im Unterschied zu anderen europäischen und außereuropäischen Ländern bisher kein nationales Sturzpräventionsprogramm, doch werden vielerorts durch diverse Träger und Initiatoren Programme umgesetzt. Bei allem gut gemeinten Interventionalismus ernüchert doch der Blick auf die wissenschaftliche Beweislage. Die Programme haben selbst unter den kontrollierten Bedingungen hochwertiger klinischer Studien oftmals keinen überragenden Nutznachweis erbracht.

Die Fokussierung auf Sturzprävention hat offensichtliche und wahrscheinliche Nebenwirkungen. Kostenträger verhandeln hartnäckig über die Kosten für Sturzereignisse in pflegerischen Settings. Aus den USA wird sogar gemeldet, dass *Medicare* nunmehr nicht mehr die durch ein Sturzereignis im Krankenhaus anfallenden Kosten übernimmt. Der sturzpräventive Aktionismus beansprucht zudem Ressourcen für wissenschaftlich wenig abgesicherte, sinnlose oder fragwürdige Verfahrensweisen. Beispiele: Allerorts werden Sturzrisikoassessment-Skalen geführt, obwohl gesichert ist, dass die Skalen nicht nur unzureichend genau, sondern ohne Nutzen für den Patienten/Bewohner sind. In Pflegeheimen bieten Krankenkassen durch zugehende Trainer Kraft- und Balanceübungen an, obwohl nur eine eher privilegierte Minorität teilnehmen kann. Natürliche Bewegungsangebote für alle Bewohner hingegen stehen häufig nicht im Mittelpunkt und Bewegung verunmöglichende freiheitsentziehende Maßnahmen sind weit verbreitet. Erhebliche Zweifel am Nutzen, der Notwendigkeit und der Gerechtigkeit des derzeitig verengten Sturzpräventionskonzeptes sind geboten. In

dem Workshop gilt es, ausgehend von Impulsen zur kritischen Reflexion des Themas, den Bogen weiter zu spannen auf ein die sichere Mobilität förderndes Pflegekonzept und Aspekte einer Sicherheitskultur in pflegerischen Settings, in der letztlich auch Sturzprävention wirksam werden kann.

Workshop 10

Wie und was kann dokumentiert werden, um Patientensicherheit in der Behandlung zu verbessern?

Astrid Schmitz, MScN (Bonn) und Prof. Dr. Ulrike Toellner-Bauer (Bochum)

Ein bedeutender Aspekt von Dokumentation im Rahmen von Patientensicherheit und Patientensicherheitsforschung ist die Tatsache, dass die meisten Studien zu (vermeidbaren) unerwünschten Ereignissen in der Versorgung auf Aktenanalysen (Chart Reviews) beruhen und die Dokumentationsart/genauigkeit damit einen maßgeblichen Einfluss auf die Ergebnisse solcher Studien hat. Dieser Aspekt soll im Workshop näher erläutert werden.

Workshop 11

Selbst- und Fremdgefährdung

W. Jansen (Essen)

Die Begriffe der Selbst- und Fremdgefährdung finden sich seit jeher in der Pflege und Betreuung von Menschen in Institutionen des Gesundheitswesens. Insbesondere im Bereich der Betreuung psychisch kranker Menschen sind die Selbstgefährdung und Fremdgefährdung Gründe zur Unterbringung in einer Klinik auch gegen den Willen der betroffenen Menschen. Die Rechtsgrundlage hierfür finden wir im § 1906 BGB und seinen Ausführungsbestimmungen so wie den Unterbringungsgesetzen der jeweiligen Bundesländer. Allerdings lassen sich zu diesem Begriffspaar noch weitere interessante Perspektiven entwickeln, wie z.B. den Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der stationären Altenpflege oder auch mit Fixierungen in Allgemeinkrankenhäusern, wenn Patienten sich „unvernünftig“ verhalten und Therapien ablehnen. Ein weiterer, meines Erachtens viel zu wenig beachteter Aspekt, ist das selbstgefährdende und fremdgefährdende Verhalten von Mitarbeitern in der Pflege und der Behandlung. Dies zeigt sich z.B. im nachlässigen Umgang mit Hygienevorschriften. Die daraus resultierenden Folgen sind kaum beherrschbar und extrem kostenintensiv.

In diesem Workshop „Selbst- und Fremdgefährdung“ sollen nicht nur juristischen Aspekte betrachtet werden, sondern das Erkennen und Vermeiden von selbst- und fremdgefährdendem Verhalten stehen im Mittelpunkt.

Workshop 12

Nachtsicherheit

Prof. Christel Bienstein (Witten)

FOLGT

Workshop 13

Hygiene als Thema der Patientensicherheit

PD Dr. R. Schulze-Röbbecke (Düsseldorf)

Eines der wichtigsten Ziele der Krankenhaushygiene ist heute die Verhinderung der Verbreitung multiresistenter Erreger (MRE) wie multiresistentem Staphylococcus aureus (MRSA), Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE) und Extended-Spectrum-Betalaktamase-bildenden gramnegative Bakterien (ESBL). Eine weit verbreitete Präventionsstrategie ist die strikte räumliche Isolierung von Patienten mit MRE. Die Isolierung kann jedoch mit gravierenden Nachteilen und Schäden für die betroffenen Patienten einhergehen. Zu nennen sind die Einschränkung der vom Grundgesetz garantierten Freizügigkeit, psychische Belastungen, soziale Stigmatisierung, Vereinsamung und eine schlechtere medizinische Versorgung. Da die Mechanismen der MRE-Übertragung heute weitgehend geklärt sind und alternative Präventionsstrategien zur Verfügung stehen, wird zunehmend die Frage gestellt, inwiefern die Isolierungsmaßnahmen dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entsprechen wie auch dem § 70 des Sozialgesetzbuchs V, welcher eine ausreichende, zweckmäßige und humane Patientenversorgung fordert, die das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf.

Als Alternative zur räumlichen Isolierung von MRE-Patienten gilt heute die konsequente Beachtung bestimmter, einfacher Schutzmaßnahmen bei allen Patienten, unabhängig vom bekannten Infektions- oder Kolonisationsstatus. Diese Schutzmaßnahmen werden international (so auch von der Weltgesundheitsorganisation, WHO) als „Standard Precautions“ bezeichnet, deutschsprachig oft als „Standardhygiene“ oder „Basishygiene“. Es handelt sich dabei um eine Reihe definierter Maßnahmen, unter denen an erster Stelle die Händehygiene zu nennen ist. Weiterhin zählen zu den „Standard Precautions“ der richtige Einsatz von persönlicher Schutzausrüstung (Schutzhandschuhe, Mund-, Nasen- und Augen-Schutz, Schutzkittel), das richtige Verhalten beim Husten, Niesen und Schnäuzen sowie die Reinigung oder Desinfektion der Patientenumgebung. Die Einzelunterbringung beschränkt sich nach dem Konzept

der „Standard Precautions“ auf solche Patienten, die ihre Umgebung übermäßig mit Körperflüssigkeiten oder Ausscheidungen kontaminieren, z.B. bei Inkontinenz, stark sezernierenden Wunden oder geistiger Verwirrung.

Im Rahmen des Workshops werden zunächst in einem Referat die herkömmlichen Isolierungsmaßnahmen und die „Standard Precautions“ vorgestellt. Anschließend sollen die Vor- und Nachteile beider Strategien diskutiert werden wie auch praktische Aspekte bei der konsequenten Umsetzung des Konzepts der „Standard Precautions“.

Workshop 14

Medikamentensicherheit

Prof. Dr. med. Petra Thürmann (Wuppertal)

Patienten in Alten- und Pflegeheimen erhalten im Durchschnitt 5-6 verschiedene Medikamente pro Tag, hinzu kommt Bedarfsmedikation und gelegentlich von den Heimbewohnern selbst eingenommene Medikamente, die weder dem Pflegepersonal noch den betreuenden Ärzten bekannt sind. Je höher die Anzahl der Medikamente, desto höher die Wahrscheinlichkeit von Wechsel- und Nebenwirkungen.

Pflegende in Alten- und Pflegeheimen sind diejenigen Personen, die den häufigsten Kontakt zu den Heimbewohnern haben und daher am besten dazu geeignet, frühzeitig Symptome von Nebenwirkungen zu erkennen. Hierzu ist es erforderlich, nicht nur über ein Basiswissen an Pharmakologie zu verfügen, sondern auch zu wissen, welche Symptome auf Nebenwirkungen hindeuten können. Dass Stürze im Zusammenhang mit der Einnahme bestimmter Arzneimittel stehen, ist hinlänglich bekannt. Aber welche - scheinbar unverdächtigen - Arzneimittel können zur Verwirrtheit beitragen, oder einen Durchfall auslösen? Auf 100 Heimbewohnermonate kommen 6 - 10 schwere Arzneimittelkomplikationen, von denen insbesondere die schwerwiegenden (zur Krankenhausaufnahme führenden) fast zur Hälfte vermeidbar wären! Und fast die Hälfte der vermeidbaren Komplikationen beruht auf unzureichender Therapieüberwachung, die der verordnende Arzt gar nicht wahrnehmen kann. Es existiert meist kein strukturierter Prozess der Therapieüberwachung unter Einbeziehung der Pflegenden. Die Erkenntnis einer potenziellen Nebenwirkung muss als Information an die betreuenden Ärzte und ggf. Apotheker weiter geleitet werden. Hierzu ist es erforderlich, dass Pflegende und Ärzte eine „gemeinsame Sprache“ sprechen und Pflegende als kompetenter Übermittler solcher Warnhinweise angesehen werden. Eine weitere Voraussetzung für die Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen ist die organisatorische und strukturelle Festlegung von Tätigkeiten

und Verantwortlichkeiten im gesamten Medikationsprozess, d.h. von der sachgerechten Lagerung bis hin zur korrekten Anwendung, z.B. Aufbewahrung und Injektion von Insulin.

Nicht minder bedeutsam ist die Dokumentation der Verordnungen und Verabreichungen.

Als ein Konzept wird in NRW u.a. die Schulung zur Medikationsbeauftragten angeboten und die Machbarkeit des Konzeptes im Zusammenspiel mit heimversorgenden Apothekern und Ärzten erprobt.

Workshop 15

Das Medizinproduktegesetz in der Pflege - Praktische Umsetzung

Dipl.-Ing. N. Kamps (Essen)

Die Bedeutung der medizintechnischen und Hilfsmittelversorgung für die Pflege und Rehabilitation alter, behinderter und kranker Menschen ist in den letzten Jahren stetig gestiegen. Bedingt durch neue Technologien, die den Nutzen von Hilfsmitteln für Betroffene immer weiter verbessern, stellt die Versorgung mit Hilfsmitteln in den ambulanten und stationären Einrichtungen der Pflege eine zunehmende Herausforderung an die dort tätigen Mitarbeiter dar. Technik will - und muss - bedient werden. Selbst so vermeintlich banale Produkte wie Rollstühle oder Rollatoren müssen „funktionieren“ um zu funktionieren. Auch die rechtlichen Rahmenbedingungen wie das Medizinproduktegesetz und die Medizinprodukte-Betreiberverordnung oder die Vorgaben der Arbeitssicherheit sind zu beachten. Qualitätsanforderungen und -prüfungen der Kostenträger berücksichtigen zunehmend die Hilfsmittelversorgung und nicht zuletzt haben ja auch die Nutzer, d.h. die Patienten, Betroffenen und Bewohner ein Anrecht auf eine sichere, funktionierende und gute medizintechnische und Hilfsmittelausstattung.

Auch die bevorstehenden demografischen Veränderungen der Gesellschaft mit immer weniger Pflegekräften für immer mehr hilfs- und pflegebedürftige Menschen führen dazu, dass medizinische Hilfsmittel aller Art immer stärker in den Alltag der Menschen eindringen. Hilfsmittel liefern einen wichtigen Beitrag zur Rehabilitation und Partizipation von behinderten Menschen und stehen deshalb oftmals im Mittelpunkt der Versorgung. Daher ist es umso wichtiger, dass Hilfsmittel auch ohne große technische Ausbildung bedient und beurteilt werden können. Das Medizinproduktegesetz nimmt hier Anwender wie z.B. Pflegekräfte aber auch Betreiber wie z.B. Pflegeheime in die Pflicht.

Der Workshop gibt einen Einblick und Orientierung im Dschungel der gesetzlichen Anforderungen zur Sicherheit und gibt Anhand von Beispielen Hinweise zur Umsetzung.

Workshop 16

Fehler und Fehlerkultur in stationären Versorgungseinrichtungen

Prof. Dr. Monika Habermann und Henning Cramer, MScN (Bremen)

Warum haben wir eine Studie zu Pflegefehlern durchgeführt?

Als konstante Akteure am so genannten ‚sharp end‘ überwachen und steuern Pflegenden die Versorgung. Ihnen kommt somit für die Identifizierung und potentielle Vermeidung von Fehlern eine herausragende Bedeutung zu. Sie verursachen in der beschriebenen Position aber auch selbst Fehler. Aufgrund ihrer exponierten Rolle und großen Zahl werden sie als die Berufsgruppe mit der größten Fehlerquote erachtet. Die Etablierung von Fehlermanagementsystemen benötigt deshalb fundierte Erkenntnisse zur Fehlerwahrnehmung und -steuerung auch unter Pflegekräften - Erkenntnisse, die bislang nur begrenzt international und national nicht vorlagen.

Vor diesem Hintergrund verfolgte das Zentrum für Pflegeforschung und Beratung der Hochschule Bremen mit dem BMBF-geförderten Projekt „Pflegefehler, Fehlerkultur und Fehlermanagement in stationären Versorgungseinrichtungen“ das Ziel, aus Sicht von Pflegenden aus dem Krankenhaus- und dem Pflegeheimsektor deren Fehlerwahrnehmung, erinnerte Fehlerhäufigkeiten, verschiedene Arten von Fehlern sowie Fehlerkategorien zu erfahren. Es interessierten die Ursachenzuweisung, Bewertungen (z.B. Schuld, Inkompetenz, Versagen, Lernchance) und Auswirkungen auf die eigene Befindlichkeit (z.B. Belastungen). Als weitere Dimensionen wurden soziale Beziehungsfelder im Umgang mit Fehlern, Fehlertoleranz und Fehlerkulturen sowie die Einschätzung der persönlichen Einflussmöglichkeiten aus Pflegeperspektive ermittelt. Die Studie stellt die erste umfangreiche Erhebung zu Pflegefehlern im deutschsprachigen Raum vor.

Umsetzung der Studie und einbezogene Einrichtungen

Der Workshop basiert auf zwei sich ergänzenden Erhebungen:

- Einer qualitativen Vorstudie zu einer umfangreichen Erhebung im Feld der stationären Altenpflege und Krankenhausversorgung. Die Vorstudie wurde durchgeführt, um das Fehlerverständnis und den Umgang mit Fehlern aus Sicht der Pflegenden besser zu verstehen.
- In die darauf aufbauende, schriftliche Befragung wurden Teilnehmer aus insgesamt 76 Einrichtungen einbezogen (46 Pflegeheime und 30 Krankenhäuser). Es wurden Antworten von 1.100 Pflegenden ausgewertet.

Anliegen des Workshops

In diesem Workshop sollen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern einige Ergebnisse der Untersuchungen vorgestellt werden und die Gelegenheit zur Diskussion von Wissenschaftlern und Pflegenden aus der Praxis eröffnet werden.

Workshop 17

Fehlerkultur

Prof. Dr. M. Bonato (Münster)

Im Rahmen der Einführung von Qualitätsmanagement kommt dem Fehlermanagement eine immer höhere Bedeutung zu. Als Instrument wird in Einrichtungen des Gesundheitswesens in diesem Zusammenhang das CIRS genutzt. In Evaluationen zum CIRS wird häufig die mangelnde Akzeptanz berichtet. In diesem Workshop geht darum, aus Sicht der Organisationsentwicklung die förderlichen und hinderlichen Bedingungen zur Nutzung derartiger Instrumente zusammen zu tragen und daraus Empfehlungen zur Implementierung abzuleiten.

Workshop 18

Sicherheit in einer mobilen Einheit (ambulanter Rettungsdienst) - aus der Perspektive des Patienten und der Pflegenden (*Der Rettungsdienst in Schweden wird von den Pflegeberufen getragen*)

Workshop in englischer Sprache Übersetzungshilfen sind im Raum anwesend

Björn-Ove Suserud, Associate Professor in Emergency Care (Borås, Sweden)

Den ambulanten Rettungsdienst kann man als den verlängerten Arm der Krankenpflege bezeichnen. Patienten, Angehörige oder andere Personen rufen in der Notrufzentrale an, wenn sie sich in einer Gesundheitssituation befinden, in der sie unfähig sind, sich selbständig zu versorgen. Oft hat der Patient so lange wie möglich abgewartet, bevor die Notrufzentrale angerufen wird. Meist geschieht dies erst nach Überredung von Angehörigen. Ein Team, welches z. T. nur aus zwei Professionellen des ambulanten Rettungsdienstes besteht, soll dem Patienten in seiner beschwerlichen Situation helfen. Dabei ist es wichtig, einen guten Patientenkontakt herzustellen, damit die Situation des Patienten möglichst gut beurteilt werden kann und von den Pflegenden eine Entscheidung getroffen werden kann, welche Behandlung und Pflege noch am Unfallort, welche auf dem Weg ins Krankenhaus und welche zu Hause geleistet werden muss.

Die Bewältigung der facettenreichen Situationen, die einem im ambulanten Rettungsdienst begegnen, basiert auf der eigenen Erfahrung und auf evidenzbasiertem Wissen. Es gibt eine Reihe von Problemsituationen, die dabei entstehen können und die so weit wie möglich, in Zusammenarbeit mit dem Patienten, gelöst werden müssen. Dabei wird die Sicherheit für den Patienten und auch für die Pflegenden von verschiedenen Faktoren, z. B. der ersten Begegnung mit dem Patienten, der Umgebungssituation, dem notwendigen Pflegebedarf, aber auch Drogenmissbrauch, psychischen Problemen des Patienten oder der Androhung von Gewalt seitens des Patienten, beeinflusst. Zusätzlich ist das Personal des

ambulanten Rettungsdienstes Stress und psychischen wie auch physischen Risikofaktoren ausgesetzt. Hinzukommt die Schwierigkeit in der begrenzten Räumlichkeit eines Krankenwagens zu pflegen. Hier gibt es eine Reihe von Sicherheitsaspekten, an denen weiter gearbeitet werden muss, sowohl für die

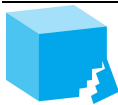
Sicherheit der Patienten als auch die der Pflegenden. Außerdem fehlt dem Team des ambulanten Rettungsdienstes die Möglichkeit, regelmäßig ethisch schwere Pflegesituationen zu reflektieren. So geraten sie von einem ethischen Dilemma zum anderen und müssen mit jedem Einsatz auf das Unvorhergesehene vorbereitet sein. Der Fokus dieses Workshops bezieht sich auf aktuelle Forschung in den verschiedenen Teilen der prähospitalen Pflegekette, die die Sicherheit des Patienten sowie die des Pflegenden beeinflussen kann.

Wenn es die Zeit zulässt, können die Teilnehmer, als eine Form pädagogischer Anleitung, an praktischen Dramaübungen teilnehmen, um eine Patientenbegegnung in der prähospitalen Pflege zu gestalten.

Workshop 19

Kritische Ereignisse, Meldesystem KDA (Kurzbeschreibung)

H. Fillibeck, Dipl.-Pflegewirt (Köln)



Aus kritischen Ereignissen lernen

Das Online-Berichts- und Lernsystem für die Altenpflege

Alle Personen, die **kritische Ereignisse** in der Altenpflege erlebt haben, können unter www.kritische-ereignisse.de darüber berichten. Die Berichte werden nach Bearbeitung und Anonymisierung durch das Projektteam öffentlich zugänglich gemacht.

Zentrales Element des Berichts- und Lernsystems sind die **Lösungsvorschläge**, die dazu geeignet sind die genannten kritischen Ereignisse zukünftig zu vermeiden.

Im Rahmen des Workshops wird der Aufbau des Berichts- und Lernsystems detailliert vorgestellt.

Anhand von beispielhaften Berichten werden die möglichen Anwendungen im Rahmen eines Einrichtungsinternen QM-Systems diskutiert.

Darüber hinaus soll der Sinn einer Implementierung eines einrichtungsinternen Berichts- und Lernsystems diskutiert werden.

Workshop 20

Critical Incident Reporting Technique als interdisziplinäres Lerninstrument in der Akutpflege

Prof. Dr. S. Bohnet -Joschko / M. Andersen (Witten)

Ein Critical Incident Reporting System (CIRS) ist ein freiwilliges und anonymes Berichtssystem für kritische Ereignisse oder Beinahe-Fehler in der Medizin. Ein CIRS kann auch als "Lern-System" betrachtet werden, da es den Verfassern und Lesern der Berichte ermöglicht, aus den Fehlern Anderer zu lernen und eigene Problemlösungen anzubieten. Dabei spielt beim CIRS im Gegensatz zur klassischen Fehleranalyse der tatsächliche Schadenseintritt eine ganz untergeordnete Rolle. Ihm liegt die Erkenntnis zugrunde, dass sich die wichtigen Vermeidungsstrategien auch aus Beinahe-Fehlern ableiten lassen.

Das Lernpotential der CIRS-Meldungen erschließt sich jedoch nicht von selbst. Die eingegangenen Meldungen müssen im Sinne eines Risikomanagements regelmäßig bearbeitet werden. Hierzu gehören neben inhaltlicher Überarbeitung der Meldungen vor allem systematische Fehler- und Ursachenanalysen sowie die Suche nach geeigneten Risikovermeidungsstrategien.

Zur Durchführung dieser systematischen Risikoanalyse und -bewertung sollten interdisziplinäre Arbeitsgruppen mit Mitarbeitern aus der Pflege, dem ärztlichen Dienst, Medizintechnik, Therapeuten oder Verwaltung gebildet werden. Fehler oder Beinahe-Fehler sind meist auf mehrere Faktoren zurückzuführen, und diese überschreiten dabei Abteilungsgrenzen oder Berufsgruppen. Interdisziplinäre Arbeitsgruppen ermöglichen hier differenzierte Betrachtungs- und Analysemöglichkeiten.

Der Pflege kommt dabei eine besondere Bedeutung zu, da sie zum einen die größte Berufsgruppe im Krankenhaus stellt, zum anderen bei fast allen medizinischen Prozessen involviert ist und häufig mit den Auswirkungen von Fehlern oder Beinahe-

Fehlern konfrontiert wird. Zudem werden von den Pflegenden statistisch die meisten Meldungen (60 % bis 80 %) im CIRS abgegeben.

Auch die Analyse der Risikokonstellationen betont die Bedeutung der Pflege: Als häufigste Risikosituationen werden Kommunikations- und Organisationsprobleme sowie die Verabreichung von Medikamenten verantwortlich gemacht. Die Pflege ist in diese Prozesse meist involviert, dabei jedoch häufig als ausführende Institution mit lediglich eingeschränkten Entscheidungsbefugnissen. Hier kann ein interdisziplinärer Austausch als Chance für ein gemeinsames Lernen und Erarbeiten von Standards zur Stärkung der Patientensicherheit wahrgenommen werden und somit auch die Bedeutung der Pflege für diese Bereiche stärken.

Workshop 21

Vermeidung von Bettlägerigkeit

Dr. Angelika Zegelin (Witten)

Schleichende Immobilisierung ist ein häufiger Umstand in Pflegezusammenhängen und gefährdet die Menschen auf vielfältige Weise.

Eine erste Studie zum Thema, 2004, zeigte über 20 Einflussfaktoren in der Entwicklung zum Dauerliegen auf. Ein großer Teil dieser Einflussfaktoren lassen sich verändern - kaum eine Rolle spielen Diagnosen / Krankheitsstatus.

Vor allem zeigte sich, dass in der phasenhaften Entwicklung, dem Stadium der „Ortsfixierung“ (d.h. ein selbstständiger Transfer ist nicht möglich) eine besondere Bedeutung zukommt.

In aktuellen Projekten in fünf verschiedenen Altenheimen konnten die früheren Befunde bestätigt, aber auch Interventionen zur Verbesserung der Mobilität entwickelt werden.

Im Workshop werden wesentliche Ergebnisse vorgestellt und die Erfahrungen der Teilnehmer einbezogen.

Workshop 22

Titel: Vermeiden von medikationsbezogenen Gesundheitsproblemen/ Krankenhausaufenthalten

Drs. Carolien Sino/ drs. Anneke de Jong, (Utrecht, NL)

All zu häufig kommt es zu einem Krankenhausaufenthalt, weil es bei den PatientInnen zu Hause zu Problemen der Medikation kommt. In den Niederlanden sind 5,6 % aller akuten Aufnahmen im Krankenhaus medikationsbedingt. Für PatientInnen, die ambulant betreut werden, ist eine gute, frühzeitige Wahrnehmung von medikationsbedingten Gesundheitsproblemen möglich, nur mangelt es dem Pflegepersonal an ambulanten Setting bzw. auch den dort tätigen Pflegehelfenden öfters an Wissen bzw. an Instrumenten, Medikationsproblematiken schnell und effektiv beobachten/wahrnehmen zu können.

In Utrecht arbeiten wir in Kombination von Forschungsprojekt und Praxisprojekt in Form einer Learning Community an einer Lösung, die die Sicherheit der PatientInnen in diesem Bereich gewährleistet.

Im Workshop diskutieren wir über:

- häufige Probleme mit der Medikation
- Methoden, die unnötige Gesundheitsprobleme/Krankenhausaufnahmen vorbeugen können und vergleichen, was aus der Fachliteratur zum Thema bekannt ist.

Workshop 23

Dienstübergaben und Informationsmanagement

Prof. Dr. A. Lauterbach (Hungen)

Obwohl Dienstübergaben zu den augenscheinlichsten Tätigkeiten der Pflege gehören und wie nur wenige Tätigkeiten das Bild der Pflege in der Öffentlichkeit prägen, sind diese vergleichsweise wenig untersucht worden. Im Zentrum des Workshops stehen zentralen Fragen pflegerischen Informationsmanagements: Worüber reden Pflegende? Welchen Nutzen ziehen sie aus Übergaben? Welchen Stellenwert messen sie diesen bei? Welche Qualität haben die transportierten Informationen? Warum brauchen Sie eine Übergabe? Wie sichern Sie informationelle Kontinuität? Welche Fehler produzierenden Situationen zeigen sich?

In diesem Workshop wird der Umgang mit patientenrelevanten Informationen auf den verschiedenen Ebenen der täglichen pflegerischen Arbeit thematisiert. Hierzu werden Dienstübergaben untersucht und mit den korrespondierenden schriftlichen Aufzeichnungen aus Pflegedokumentation, Handzetteln, schnellen Notizen und Stationshandbüchern verglichen. Es zeigt sich: Die Informationslandschaft ist brüchig, weist Gräben und Verwerfungen auf und ist in Teilen eine *terra incognita*. Pflegerische Entscheidungen werden in Situationen informationeller Unsicherheit ausgehandelt. Die hohe Arbeitsbelastung wandelt die Funktion der Übergabe: Sie wird zunehmend zum Refugium das der Kompensation der eigenen Arbeitsbelastung dient und einen Rahmen zur Rechtfertigung des eigenen pflegerischen (Nicht-) Handelns bietet. Sie ist mehr als ein „pflegerisches Relikt“. Sie ist Beispiel für die Reformationsresistenz einer (Semi-) Profession, die ihre Fachsprache noch nicht gefunden hat.

Der Workshop umfasst folgende Punkte:

- Forschungsstand Übergabe/Pflegevisite: Was wissen wir zu pflegerischem Informationsmanagement?
- Übergaben, Pflegedokumentation und elektronische Patientenakte
- Übung und Diskussion zu Übergabegesprächen
- Standards aus anderen Disziplinen: Von der NASA lernen
- Diskussion und Übung zu „error-producing conditions“