

Bericht vom 2. ENNA-Kongress zum Thema Patientensicherheit vom 2. – 3. September 2011

Patientensicherheit treibt die Pflegeentwicklung voran

Das Thema Patientensicherheit ist erst seit wenigen Jahren stärker in den Blickpunkt des Interesses gerückt. Die multiprofessionelle und internationale Betrachtungsweise am ENNA-Kongress zum Thema Patientensicherheit brachte nun innovative Impulse für die Entwicklung des Pflegeberufs.

Lange waren Health Professionals überzeugt, durch sorgfältiges Arbeiten Fehler zu vermeiden, ihr Handeln wurde zudem kaum nicht in Frage gestellt wird. In jüngerer Zeit hat sich dies verändert. – Aktuelle Zeitungsberichte und Studien zeigen: Fehler passieren überall, auch in den Spitälern. Als Patient hat man oft die Erwartung, dass das Gesundheitspersonal fehlerfrei arbeitet. Erschreckende Tatsache ist aber, dass durch Fehler im Spital eine hohe Anzahl von Patienten zu Schaden kommt oder sogar stirbt. Wichtig ist, wie das einzelne Spital mit Fehlern umgeht und welche Fehlerkultur in der Institution herrscht. Eine Gesundheitsinstitution muss Fehler im eigenen Betrieb für möglich halten, um auf solche Vorkommnisse reagieren zu können.

Multiprofessionelle Sicht

Am ENNA-Kongress zum Thema Patientensicherheit wurde das Thema Patientensicherheit aus verschiedenen Perspektiven und insbesondere aus multiprofessioneller Sicht beleuchtet. In informativen Vorträgen und zahlreichen Workshops wurden aktuelle Forschungsergebnisse und wegweisende Projekte vorgestellt und diskutiert, welche die Sicherheit in den Einrichtungen des Gesundheitswesens, in Akutspitälern und Langzeiteinrichtungen sowie bei der Pflege zu Hause verbessern können.

Plattform für den Ideenaustausch unter europäischen Hochschulen

Der Verbund «European Network Nursing Academies (ENNA)» ist ein internationales Netzwerk. Es wurde 2008 von acht europäischen Hochschulen gegründet, die qualitativ hochwertige Pflegeausbildungen auf Hochschulniveau anbieten, um ein Forum für den Erfahrungs- und Ideenaustausch bei der Weiterentwicklung der Pflege zu schaffen und zu nutzen.

Netzwerkpartner der ENNA sind die WE'G – Hochschule Gesundheit in Aarau (Schweiz), die Deutschen Hochschulen Universität Witten/Herdecke, Evangelische Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum, Fachhochschule Münster und Steinbeis-Hochschule in Berlin sowie die Österreichischen Universitäten Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg und UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik in Hall in Tirol. Neu hinzugekommen sind die University of Borås (Schweden), Claudiana Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe (Bozen, Italien) und die University of Gothenburg (Schweden) sowie die Universität Utrecht (Niederlande). Die inhaltliche Vorbereitung des Kongresses wurde durch Careum F+E ausgeführt. Careum F+E, das Forschungsinstitut der Kalaidos Fachhochschule, Department Gesundheit befasst sich mit innovativen

Pflegeformen und nutzerorientierten Versorgungsansätzen im Gesundheitswesen. Dabei stehen die Forschungsschwerpunkte «Selbstbestimmt leben mit Gesundheitsbeeinträchtigungen» und «Gesundheitsversorgung aus der Nutzerperspektive» im Zentrum des Interesses. Careum F+E befasst sich insbesondere mit dem Thema «Work & Care», der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Erwerbstätigkeit.

Am ENNA-Kongress wurde «Patientensicherheit» als geschichtlicher Rückblick im Kontext der Pflege betrachtet, bewusst aus der Patientenperspektive in den Fokus genommen und in zahlreichen Workshops Anregungen zum Umgang mit Fehlern und Fehlervermeidung diskutiert. Diese wichtigen Facetten geben wir anschließend in geraffter Form wieder.

Geschichtlicher Rückblick

Einbettung des Themas Sicherheit aus dem Blickwinkel der Pflegeausbildung in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts, zusammengestellt von Prof. Ursina Baumgartner

Im Buch von Schwester Liliana Juchli «Allgemeine und spezielle Krankenpflege» von 1973 sowie seinen nachfolgenden Auflagen bis 1998 war das Thema Patientensicherheit stark verankert, da eine der 12 Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) »Sich sicher fühlen und verhalten« zurückgehend auf die 14 Grundbedürfnisse von Virginia Henderson (1955) ein grosses Kapitel füllte. Diese Buchreihe prägte die Pflegeentwicklung im Deutschen sowohl auch im Italienischen und Holländischen Sprachraum massgeblich.

Dimensionen der Ganzheitlichkeit

Anhand den vier Dimensionen der Ganzheitlichkeit beschreibt Juchli: 1. Geistige Dimension: Mit Wertschätzung und Anerkennung kann der Urangst begegnet und Urvertrauen aufgebaut werden. 2. Körperliche, biologische Dimension: Die Pflege hat den Auftrag für einen ausgeglichenen Stoffwechsel und angemessene Aktivität zu sorgen. 3. Die Materielle Dimension Hygiene, insbesondere Händehygiene und sicheres Verabreichen von

Ein randvoller Hörsaal dokumentiert die Bedeutung des Themas «Patientensicherheit» am ENNA-Kongress.



Medikamenten nach der 5R-Regel garantieren die Sicherheit in den Gesundheitseinrichtungen. 4. Kultur und Gesellschaft. Pflegende haben sich an das Einhalten von Normen und Gesetzen, wie Informationspflicht und Datenschutz zu halten.

Einige der grössten Problemfelder bezüglich Patientensicherheit waren also schon lange vor der Jahrhundertwende von Juchli ins meistgelesene Pflegebuch in Europa aufgenommen worden: Dies sind Händehygiene und sicheres Verabreichen von Medikamenten sowie den Stellenwert des Vertrauens in der Beziehung von Health Professionals zu den Patienten und Patientinnen. Die vorherrschende Annahme war, dass durch fundierte Schulung eine sorgfältige Arbeitsweise ausgebildet werde, die keine Fehler entstehen lasse.

Verkettung von Gegebenheiten

Aus der heutigen Sicht, 10 bis 15 Jahre später, wissen wir Dank des Wirkens des Basler Anästhesisten Andreas Scheidegger, dass genau diese Sichtweise zu kurz greift, da es immer Fehler gibt und Fehler geben wird. Systematischen Untersuchungen zeigen, dass nicht immer das einzelne Individuum alleine Schuld an einem Fehler trägt, sondern, dass häufig eine Verkettung von verschiedenen Gegebenheiten zusammen zu Fehlern führen, z.B. ungenügende Händehygiene in Institutionen mit tiefem Personalschlüssel und zu wenig Händedesinfektionsmittel im Patientenzimmer korreliert mit höheren nosokomialen Infektionen. Dr. Dieter Conen weist in seinem Vortrag auf den Ursprung der Stiftung Patientensicherheit hin.

2001 gab es in der Schweiz drei Todesfälle durch Fehler in Gesundheitseinrichtungen (Amputation des falschen Beines, zwei tote Säuglinge durch Verabreichung eines falsch deklarierten Medikamentes). Öffentlichkeit und Bund reagierten schnell, es wurden Gelder für Untersuchung und Prävention der Vorfälle gesprochen. 2005 konnte die Stiftung Patientensicherheit gegründet werden. Diese stellt fest, dass sich in der Schweiz pro Jahr mehr Todesfälle durch Fehler in Gesundheitseinrichtungen als Verkehrstote ereignen. Spitäler sind hochkomplexe Einrichtungen, wo Entscheidungen unter Zeitdruck, bei Informationsmangel und unter Unsicherheit gefällt werden, Massnahmen vielfach nicht planbar, nicht umkehrbar und mit Nebenwirkungen behaftet und Aufgaben meist nur in Koordination oder Kooperation mit anderen Personen zu bewältigen sind. Individuelle kognitive Strategien, persönliche Handlungsstile führen immer wieder zur Komplexitätsreduktion und können Fehler begünstigen.

Auch die Sichtweise auf die Kranken beginnt sich zu ändern: Wurde früher der Patient/die Patientin zu ihrem Eigenschutz, zur Verhinderung eines Vertrauensbruch nicht über Pflege- oder Medizinfehler informiert, macht sich heute die Erkenntnis breit, dass der/die informierte PatientIn PartnerIn ist in der Verhütung oder in der Aufarbeitung von Fehlern.



Der ENNA-Kongress stellte eine ideale Plattform für den Ideenaustausch unter Fachleuten europäischer Hochschulen dar. Das wurde rege genutzt.

Transdisziplinäre Zusammenarbeit erhöht erwiesenermassen die Patientensicherheit (Bischofberger, in Käppeli (Hrsg.), 2010). «Shared decision making» und «Patientenorientierung» sind die Schlagworte, die es am ENNA-Kongress zu füllen gilt.

Patientensicherheit aus Patientensicht
erzählt durch einen von *chronischer Krankheit Betroffenen, der anonym bleiben möchte. Das Interview wurde durch Anke Jähne geführt und aufbereitet.*

Patientensicherheit ist für mich ein Thema. Bei mir führte eine grob fahrlässige Einhaltung der Spitalhygiene durch einen oder mehrere Health Professionals zu einer Wund-Infektion mit MRSA. Dadurch erlitt ich einen irreparablen Schaden an meiner Gesundheit und muss bis heute eine erhebliche Einbusse meiner Lebensqualität hinnehmen.

Ich erlebte Arroganz und Nicht-Beachtung getarnt in weissen Schürzen. Das hört sich hart an, obwohl wir hier in der Schweiz einen hohen medizinischen Status erreicht haben, muss ich diese Qualität auf ebenso hohem Niveau hinterfragen. Meine Infektion hatte keine Konsequenzen für die, die sie verursacht haben. Ich bin der einzige Leidtragende, weil durch die Infektion mehrere Operationen notwendig wurden. Ich durfte nicht mehr hinaus aus dem Zimmer, musste in Isolation bleiben und war monatelang völlig von der Aussenwelt abgeschnitten. Ich erhielt kaum noch Besuch. Auch das Personal kam nur noch selten ins Zimmer. Die Isolation war furchtbar belastend. Dazu habe ich bis heute starke Schmerzen durch die Folgen der Infektion. Ich habe in meiner «Spitallaufbahn» nur einen einzigen Chirurgen erlebt, der an mein Bett gestanden ist, und sich und sein Team entschuldigt hat, weil das Operationsergebnis nicht dem von ihm vorher Versprochenen entsprach. Es kam auch vor,

dass Medikamente verwechselt wurden, aber die Pflegefachpersonen standen dazu. In den meisten Fällen von Medikamentenverwechslungen war der Arbeitsdruck der Pflegekräfte die Ursache der Fehler.

Fazit aus meinen Erfahrungen

Rolle als Patient: Patientensicherheit ist ein Teil des Vertrauens in medizinische Fachkräfte. Ich begeben mich ja in ein Spital, weil ich ein Leiden habe, das meinen Lebensablauf empfindlich stört. Da vertraue ich mich dieser Institution an, dass diese mir hilft. Ich bin aber nicht jemand, der davon ausgeht, die werden's schon richten. Mir ist wichtig, dass ich mitdenken und mitreden kann, auch wenn ich kein Health Professional bin. Ich möchte das Gefühl haben, dass man mir zuhört und dass ich ernst genommen werde. Durch die Infektion ist mein Vertrauen ziemlich erschüttert. Ich schaue seither schon noch viel genauer hin, ich spreche einzelne Leute auch ganz gezielt darauf an, wenn mir etwas auffällt.

Kommunikation Patient – Health Professionals: Ich habe die Erfahrung gemacht, je höher der Bildungsgrad des Health Professionals ist, umso schwieriger es ist, dieser Person grundlegende Elemente der medizinischen Ausbildung in Erinnerung zu rufen. Einmal habe ich einen Arzt richtig wütend erlebt, nachdem ich ihm gesagt hatte, er soll doch bitte seine Hände desinfizieren, bevor er mich anfässt. Er wollte meinen Verband wechseln, ohne Handschuhe, ohne Desinfektion. Ich hatte den Eindruck, es ist gar nicht erwünscht, dass ich so aufmerksam beobachte.

Eine grosse Herausforderung ist für mich aber auch, wie mit mir gesprochen wird. Mehr oder weniger deutlich wird mir gesagt: Ich sei doch ein Laie, wie könnte ich die Arbeit der Health Professionals beurteilen? Ich soll also die Meinung und das Vorgehen

der Experten akzeptieren und nicht in Frage stellen. Dabei habe ich Pflegende offener erlebt. Nach der Verabreichung von falschen Medikamenten hat sich die Pflegefachperson dafür entschuldigt und ihren Fehler eingesehen. Ich bin enttäuscht, dass niemand Verantwortung für die MRSA-Infektion übernommen hat. Keiner hat gesagt, es tut ihm leid. Genau das hätte ich in der Situation, glaube ich, gebraucht.

Rechtlicher Rahmen / Finanzierung, Schuldfrage und Schadenersatz: Ich bin froh, dass ich versichert bin. Die Krankenkasse teilte mir kürzlich mit, dass meine medizinische Behandlung die Millionengrenze überschritten hätte. Für mich ist hier die grösste Frage: Warum muss ich und meine Krankenkasse alle Folgen und Kosten tragen? Das ist so, weil der Patient in der Schweiz beweisen muss, welche Person den Schaden verursacht hat. Dies ist bei einer Infektion aber nicht möglich. Obwohl eindeutig nachgewiesen wurde, dass mein MRSA-Keim von diesem Krankenhaus kam, da ich vorher immer negativ getestet wurde. Ich finde, man müsste diese

richtig informiert oder sogar absichtlich im Unklaren gelassen.

Ich und verpfeifen?!?
Whistleblowing und Fehlerkultur
moderiert von Dr. oec. Markus Breuer, Institut Dialog Ethik Zürich

Der Begriff «Whistleblowing» kommt ursprünglich aus dem Sport. Er bezieht sich auf die Schiedsrichterfunktion. Es geht um das kritische Hinterfragen einer Situation und Hinweisen auf einen (möglichen?) Regelverstoss. Beim Whistleblowing im Spital geht es nicht darum, eine andere Person zu «verpfeifen», nachdem ein Fehler passiert ist. Die Parallele zur Schiedsrichterfunktion ist trotzdem vorhanden. Der Schiedsrichter unterbricht mit dem Pfeifen für einen Moment das Spiel. Das Gleiche passiert auch beim Whistleblowing im Spital. Der normale Ablauf im Alltag wird unterbrochen. Dies gibt dem Betrieb die Möglichkeit, Fehler zu analysieren und daraus zu lernen.

Fazit für die Praxis

Hier ist festzuhalten, dass trotz Whistleblowing und einer offenen Fehlerkultur in einem Spital Fehler passieren können. Auch wenn ein rechtlicher Schutz für den Whistleblower fehlt, ist es wichtig, dass jede einzelne Person, die im Spital arbeitet, einerseits zu eigenen Fehlern stehen kann und andererseits offen kommuniziert, wenn irgendwo ein Fehler auftritt. So können zum Wohl der Patienten Abläufe verbessert, aus Fehlern gelernt und zukünftig Fehler vermieden werden.

Fehlervermeidung in der Onkologie – den Patienten zum Partner machen
moderiert von Andrea Pfister, Pflegeexpertin Medizin, und Fabienne Gafner, Pflegefachfrau Onkologie, Kantonsspital Aarau

Die Moderatorinnen stellten ein Praxisprojekt im Bereich Medizin am Kantonsspital Aarau vor, das sich mit der Beteiligung von Patienten an der Fehlervermeidung in der Verabreichung von tumorwirksamen Medikamenten befasst. Dabei wurden unterschiedliche Ebenen des Projektes deutlich: Einmal eingeführt soll in der Praxis eine stetige Kontrolle mit dem Betroffenen stattfinden (Beutel der Chemotherapie, Dosis, Name, Geburtsdatum etc.). Das Wissen eines Patienten über seinen Zustand und die laufende Behandlung muss ständig neu beurteilt werden. Das heisst, die Pflege muss in Erfahrung bringen, was der Patient über seine Behandlung oder die verabreichten Medikamente schon weiss, um entsprechend gemeinsam mit ihm die Kontrolle des Beutels durchführen zu können. Die sorgfältige Verankerung des Projektes bei allen Mitarbeitenden und Berufsgruppen ist zentral. Als wichtige Schulungsziele des Pflegedienstes sind Haltung sowie fachliche und kommunikative Fähigkeiten (Vertrauen schaffen, Ziel der Therapie, Wirkung und Nebenwirkung) entscheidend.

Des Weiteren wurde im Workshop über Adhärenz und Sicherheit bei oraler Tumorthherapie und die damit verbundenen Herausforderungen diskutiert.

Patienten für ihre Therapie sensibilisieren

Als Fazit bleibt festzuhalten: Patienten, die für ihre Therapie sensibilisiert und instruiert wurden, werden zu aufmerksamen Beobachtern, erkennen und melden Abweichungen frühzeitig und systematisch und nicht mehr nur per Zufall. Für die Praxis hilfreich sind die Broschüren der Stiftung für Patientensicherheit, die als Basis für die Edukation der Patienten dienen können (siehe dazu www.patientensicherheit.ch).

Patientensicherheit im Spitalalltag am Beispiel Medikamentensicherheit
moderiert von Beatrix Kissling, Universitätsspital Zürich und WE'G Hochschule Gesundheit



Beweislast umkehren. Das Spital müsste nachweisen, dass sie den Schaden nicht verursacht haben.

Apelle aus Patientensicht: Nehmen Sie die in Ihrer Ausbildung erhaltenen Lehren zur Spital-Sorgfaltpflicht und Hygienemassnahmen ernst. An alle Führungskräfte: Planen Sie die Zeit für Massnahmen trotz Fallpauschalen ein. An alle Health Professionals: Sprechen Sie mit Ihren Patienten respektvoll und nicht gewinnorientiert. Mit gewinnorientiert meine ich nicht nur den finanziellen Aspekt. Gewinne können auch anderer Art sein, zum Beispiel schneller Feierabend, höheres Ansehen oder Machtzuwachs. Überhaupt: sprechen Sie mit Ihren Patienten. Es ist schlimm, wenn man das Gefühl hat, man wird nicht

Die Person, die Whistleblowing betreibt, braucht Mut und Rückhalt vom Betrieb. Gut ist, wenn ein Betrieb einen Ablauf definiert hat, wie auf Fehler reagiert wird. So kann die Person, die einen Regelverstoss meldet, dies innerhalb des Spitals tun und muss mit ihrem Anliegen nicht an die Öffentlichkeit gelangen. Grundsätzlich verfügt ein Whistleblower über keinen rechtlichen Schutz. Im schlimmsten Fall kann das Melden eines Fehlers zur Entlassung der meldenden Person führen. Als Whistleblower macht man sich häufig nicht zum Helden, sondern eher zum Störfaktor, weil man die normalen Abläufe in einem Betrieb unterbricht und in Frage stellt. Dieses Sich-Exponieren erfordert Entschlossenheit und Courage und die Unterstützung des Betriebes.

Eine Untersuchung der «Hot-Spots der Patientensicherheit» zeigt in der Schweiz, dass sechs der zehn Hauptthemen im Zusammenhang mit Medikamenten stehen (Frank & Hochreutener, 2008). Es wird davon ausgegangen, dass in der Schweiz jährlich zwischen 10'000 bis 80'000 vermeidbare Medikationsfehler passieren.

Auch am UniversitätsSpital Zürich zeigt sich, dass viele Meldungen im Meldesystem CIRS (Critical Incident Reporting System) den Medikationsprozess betreffen. Eine häufige Rückmeldung der CIRS-Verantwortlichen zur möglichen Verbesserung oder zum Vermeiden der beschriebenen Zwischenfälle, betraf das konsequente Anwenden der 5-R-Regel (im Besonderen die Patientenidentifikation) und des 4-Augen-Prinzips. Diese Rückmeldungen waren für einige Pflegefachpersonen nicht befriedigend, da diese Instrumente in der Praxis weithin bekannt sind, aber offensichtlich dennoch nicht ausreichend umgesetzt werden und greifen.

Ausserdem zeigte die Diskussion mit den Teilnehmenden im Rahmen des Workshops, dass die beiden Vorgehensweisen bekannt sind und als wichtige Bausteine zur Patientensicherheit eingestuft werden. Es wurde jedoch sehr schnell klar, dass sich die Ansichten darüber, wie das 4-Augen-Prinzip oder die 5-R-Regel konkret in der Praxis angewendet werden bzw. zur Anwendung kommen sollten, unterscheiden. Es wurde diskutiert, dass sich im Alltag verschiedene arbeitsspezifische Erfordernisse oder Arbeitsplatzfaktoren, wie etwa Lärm, Störungen, Unterbrechungen, Routine- und Tagesabläufe etc., als grosse Herausforderungen für die Patientensicherheit im Medikationsprozess erweisen.

Awareness-Kampagne für den Medikationsprozess

Ein erster Schritt könnte sein, den Medikationsprozess im eigenen Praxisfeld als Team in Bezug auf Patientensicherheit im Rahmen einer Awareness-Kampagne kritisch zu hinterfragen. Dabei könnten Problemfelder identifiziert und gemeinsam angegangen werden. Informationen zu spezifischen Medikationsrisiken sollten übersichtlich und einfach handhabbar zur Verfügung gestellt werden. Über spezielle Risiken der Medikation, etwa der Multimedikation, der Medikation bei veränderten Gesundheitsbedingungen oder im höheren Lebensalter, sollten Pflegefachpersonen informiert und sensibilisiert werden. Dann könnten Pflegefachpersonen eine adäquate «Barrierefunktion» im Medikationsprozess übernehmen und zum Beispiel Anstoss zur Überprüfung der Medikation geben. Hilfreich könnte dabei die Unterstützung durch intelligente elektronische Dokumentationssysteme sein, die auf mögliche kritische Medikamentenverordnungen hinweisen.

Nicht zuletzt gilt es aber auch, die Patienten und Patientinnen entsprechend ihren Möglichkeiten und Fähigkeiten als wichtige Co-Produzenten von Patientensicherheit in den Medikationsprozess einzubeziehen.

Patientensicherheit – Begriffsbestimmung aus pflegerischer Sicht

moderiert von Almut Hartenstein-Pinter und Kerstin Wirth, Universität Witten/Herdecke

Im Departement Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke (D) haben sich Pflegewissenschaftler/innen in verschiedenen Gremien der Frage der Patientensicherheit aus der Sicht der Pflege gewidmet. Dabei standen das Verstehen des Begriffs Sicherheit, das Hinterfragen vorhandener Definitionen zu Patientensicherheit im Vordergrund.

Methodisch wurden dabei unterschiedliche Ansätze eingesetzt: informelle Befragung von Patienten, Angehörigen und Pflegefachpersonen sowie Literaturrecherche und Gruppendiskussionen in verschiedenen Arbeitskreisen. Aufgrund dieser Daten hat die Arbeitsgruppe folgende Definition ausarbeitet: «Patientensicherheit ist gegeben, wenn im Rahmen des pflegerischen Versorgungsprozesses fachgerechte Massnahmen geplant und durchgeführt werden, die darauf ausgerichtet sind, Patienten und Angehörige vor vermeidbaren Schäden (physisch und psychisch) zu bewahren und ein subjektives Sicherheitsgefühl zu ermöglichen.» In Workshops wurden die Begrifflichkeiten «Patientensicherheit», «fachgerechte Massnahmen», «vermeidbaren Schäden» und «subjektives Sicherheitsgefühl» in vier Gruppen weiter diskutiert.

Wichtige Teilaspekte vertieft

Folgende Aspekte wurden in den Gruppen ausgearbeitet und der Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung

bzw. Vertiefung der Definition vorgeschlagen: fehlender Aspekt der vulnerablen Gruppe, die Definition sollte enger sein, sprich Sicherheit ist ein Teil der Versorgung, die fachgerechten Massnahmen sollten neben der Planung und Durchführung auch Evaluation beinhalten, sowie die Prüfung des WHO-Entwurfes zum Thema «Schaden».

Die Definition der Patientensicherheit aus pflegerischer Sicht sollte einen grossen Stellenwert einnehmen, zumal die Pflege sich in der Vertiefung und Weiterentwicklung des Berufes auf Definitionen und das Verständnis für pflegerische Abläufe berufen kann und soll.

Projekt Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster

moderiert von Prof. Dr. Jürgen Osterbrink, Paracelsus Universität Salzburg

Von allen Patienten mit onkologischen Erkrankungen leiden am Anfang der Erkrankung 30–40% unter Schmerzen, in der letzten Phase ihres Lebens steigt dieser Anteil auf 95%. Gründe dafür sind einerseits Unkenntnis des Gesundheitspersonals in der Schmerztherapie, eine fehlende systematische Schmerzeinschätzung sowie schlechte Kommunikation unter Pflegenden und Ärzten. Andererseits haben Betroffene davor Angst, von Schmerzmitteln abhängig zu werden oder an Nebenwirkungen zu leiden. Es besteht im Bereich Schmerztherapie also grosser Informations- und Schulungsbedarf auf verschiedenen Ebenen.

Standard zum Thema Schmerz

Das Institut für Pflegewissenschaft der Paracelsus Universität Salzburg hat im Auftrag von deutschen Sponsoren 2004 einen Standard zum Thema Schmerz in Deutschland erstellt. Dieser Standard wurde mit Erfolg in einem deutschen Krankenhaus angewendet. Nach der Schulung des Gesundheitspersonals wurde die Schmerzerfassung und -behandlung deutlich verbessert. Es wurde ein Label entwickelt, mit dem sich interessierte Spitäler als schmerzfreies Krankenhaus zertifizieren lassen konnten. 2011 sind es bereits 70 Krankenhäuser in Deutschland, die als «schmerzfreies Krankenhaus» zertifiziert sind.

Als nächster Schritt wurde eine mittelgrosse Stadt in Deutschland gesucht, in der man die bestehende Situation bei der Schmerzerfassung und -behandlung eingehend untersuchen konnte. Dazu wurde die Stadt Münster ausgewählt und das Projekt «Schmerzfreie Stadt Münster» lanciert.

Das Projekt zur Erfassung der Schmerzbehandlung bei Patienten beruht auf einer breit angelegten Datenerhebung. Zu Beginn wurden beim Gesundheitspersonal grosse Wissenslücken in der Schmerzbehandlung aufgedeckt. Vor allem Patienten mit Demenz oder Patienten mit fehlenden



Deutschkenntnissen erhielten eine nur unzureichende Schmerzbehandlung. Einerseits wurde nun das Gesundheitspersonal in den Krankenhäusern geschult, es gab aber auch Informationsveranstaltungen und Telefonberatungen für die Bevölkerung von Münster.

Fazit: Die Situation für Menschen mit Schmerzen hat sich in Münster unterdessen Dank des Projekts verbessert. Für das Jahr 2012 ist geplant, das Projekt «Schmerzfreie Stadt» auf eine ganze Region auszuweiten.

Medication Behind the Front Door: Prevention of Unnecessary Medication Related Complications of Older People moderiert von *Dres. Carolien Sino und Dres. Anneke de Jong, Hogeschool Utrecht*

In den Niederlanden konnten belegt werden, dass Massnahmen zur Sicherstellung der Medikation in Organisationen der häuslichen Pflege signifikant unter den erforderlichen Standard gefallen waren. Folgen aus den medikamentenbezogenen Problemen in der häuslichen Pflege sind: Reduzierte Lebensqualität, medikamentenbezogene Erkrankungen, medikamentenbezogene Todesfälle und vermehrte Spitalaufenthalte (5,6% aller Notfallaufnahmen).

Für vermehrte Spitalaufenthalte wurden folgende Risikofaktoren identifiziert: Alter > 65 Jahre, eingeschränkte Kognition, vier oder mehr Komorbiditäten, abhängige Lebenssituation, eingeschränkte Nierenfunktion, Polypharmazie (≥ 5 Medikamente) und fehlende Adhärenz.

«redflag» – Probleme mit Medikamenten

Dies führte die beiden Forscherinnen zur Idee, dass Anzeichen von medikamentenbezogenen Problemen zu Hause zuerst beobachtet werden müssen, welche dann von den Mitarbeitenden der häuslichen Pflege erkannt und an entsprechende Fachpersonen rechtzeitig weitergeleitet werden können. Sie entwickelten hierfür ein Instrument («redflag»), das den Mitarbeitenden erlaubt, solche Probleme standardisiert zu beobachten und zu erkennen.

Zur Entwicklung dieses «redflag»-Instruments wurde eine Literatur-Review zu medikamentenbezogenen Problemen durchgeführt, welche in Beobachtungen und Symptome (red flags) übersetzt und von einem interdisziplinären Experten-Gremium beurteilt wurden. Dabei wurde eine multidisziplinäre Lerngemeinschaft genutzt.

Das «redflag»-Instrument wurde in 3 Kategorien (Prozess, Medikamentenwirkungen und Patient) mit entsprechenden Unterkategorien unterteilt und in der Praxis erprobt, auf gleichbleibende Validität geprüft und mit dem Goldstandard «Medikationsinterview» verglichen.

Der überwiegende Teil der Probanden (n = 40) waren über 75 Jahre, weiblich, alleinstehend, verwitwet, hatten eine geringe Schulbildung (Grundschulabschluss) und nahmen mehr als 8 Medikamente ein. Die Untersuchung ergab potentielle medikamentenbezogene Probleme (red flags) in den drei Kategorien a) Prozess, b) Medikamentenwirkungen und c) Patient.

In der Rubrik Prozess zeigte sich, dass bei 72,5% eine Medikamentenliste fehlte. Bei Medikamentenwirkungen waren Hämatome (40%), Durstgefühl (37,5%), Schwindel beim Aufstehen (25%), Übelkeit, Erbrechen und/oder Appetitlosigkeit (17,5%), Bauchschmerzen und Stürze ohne ersichtlichen Grund (je 10%) die hauptsächlichen Probleme. Hinsichtlich der Kategorie Patient zeigte sich, dass 35% der Patienten Schmerzpatienten waren, 17,5% der Patienten vergassen regelmässig die Medikamente einzunehmen, 10% hatten Mühe, die Tabletten aus der Blisterverpackung zu drücken und je 7,5% der Patienten hatten Mühe, die Tabletten einzunehmen und/oder lagerten die Medikamente nicht fachgerecht.

Fazit: Die Untersuchung zeigt, dass im häuslichen Bereich zahlreiche Herausforderungen bei der Medikamenteneinnahme existieren, die mithilfe einer strukturierten Erfassung wie z.B. mit dem «redflag»-Instrument gezielter erkannt werden können. Das Instrument kann so dazu beitragen, die Sicherheit der Patienten im häuslichen Bereich zu verbessern.

Tötungsserien in Kliniken und Heimen moderiert von *Prof. Dr. Karl H. Beine, Hamm und Witten/Herdecke, Deutschland*

Der Moderator des Workshops beschäftigt sich seit einigen Jahren im dem Phänomen der Patienten und Patientinentötungen durch Pflegepersonen. Der Psychiater hat im Laufe seiner Arbeit an diesem Thema viel Einblick in das Denken, Handeln und zu den Motiven der Täter erhalten. Zu Beginn seiner Arbeit stand die eigene Betroffenheit im Vordergrund, denn er wurde sehr nah mit dem Thema konfrontiert. Im Lauf der Zeit untersuchte Prof. Beine 36 Tötungsserien weltweit. Seine Daten bezieht er vollständig aus den Gerichtsakten. Die wichtigsten Hauptaussagen, die den Teilnehmenden am Ende des Workshops deutlich vor Augen geführt wurden, sind,

1. dass es bestimmte Frühwarnzeichen gibt,
2. dass meist Schwächen auf struktureller Ebene und auf Führungsebene ausgemacht werden können und
3. dass immer mehrere Faktoren die Tat der Tötung beeinflussen und ermöglichen.

Während den interessanten Schilderungen des Moderators sah man häufig, dass die Teilnehmenden den Kopf schüttelten. Kaum vorstellbar ist die Tatsache, dass Berufskollegen und -kolleginnen zu solchem Vorgehen fähig sind. Und immer wieder

wurde die Frage laut: «Warum hat denn niemand etwas gemerkt?» Gleichzeitig zielte diese Frage auf die eigene Verantwortung und die individuellen Handlungsmöglichkeiten bei bestehendem Verdacht. Das Abwägen zwischen unberechtigter Anschuldigung und genauem Hinsehen und Anklagen müssen die Pflegenden nach dem Workshop auch weiterhin mit sich selbst klären. Prof. Beine gab unterstützende Tipps, wie beispielsweise zunächst bei Verdacht die betreffende Person im Vier-Augen-Gespräch auf die gemachten Beobachtungen anzusprechen und zu schauen, wie der oder die Beschuldigte darauf reagiert.

Fazit: Noch zu selten wird das Thema der Patienten- und Patientinentötung offen in der Pflege aufgegriffen und diskutiert. Sinnvoll wäre die Auseinandersetzung bereits in der Pflegeausbildung, um für das Thema zu sensibilisieren. Darüber hinaus sollte das Thema die Pflegenden stets begleiten, damit ein solches Verhalten frühzeitig im Team erkannt, besprochen und aufgedeckt werden kann.

Patientensicherheit in der Akutversorgung aus Sicht der akademischen Pflege Vortrag von *Prof. Dr. Rebecca Spirig, Universitätsspital Zürich*

Als Ausgangslage stellt Frau Spirig eine einheitliche Definition von Pflege am Universitätsspital Zürich vor: «Professionelle Pflege fördert und erhält Gesundheit, beugt gesundheitlichen Schäden vor und unterstützt Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien. Dies mit dem Ziel, für betreute Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen.»

Ihre zentrale Forderung für die Zukunft lautet: Um die Pflege systematisch weiterzuentwickeln, braucht es eine Forschungs- und Praxisentwicklungsagenda sowie Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Kompetenzen. Dazu wurde folgendes Karrieremodell für den Bereich Pflege entwickelt:

Stufe 8	Forschung II: Professorin Klin. Pflegewissenschaft, Leitung Praxisentwicklung & Forschung
Stufe 7	Forschung I: Klin. Pflegewissenschaftlerin, Leitung von Praxisentwicklungs- und Forschungsprojekten
Stufe 6	Expertenpflege III: Pflegeexpertin, Fachführung Medizinbereich
Stufe 5	Expertenpflege II: Pflegeexpertin, Fachführung in Abteilung und Patientenpfad
Stufe 4	Expertenpflege I: Fachexpertin, mehrjährige Erfahrung auf Abteilung und in Spezialgebieten
Stufe 3	Professionelle Pflege III: Diplomierte Pflegefachperson, mehrjährige Erfahrung, vermehrte Verantwortung im Pflegeprozess



WE'G Hochschule Gesundheit: mitten im Gesundheitszentrum von Zürich mit neuem Auftritt

Die WE'G Hochschule Gesundheit wurde im Jahr 2006 als Teil der Kalaidos Fachhochschule Schweiz gegründet und hat sich seither mit über 300 Studierenden in Ausbildungs- und Weiterbildungsstudiengängen etabliert. Um die Vernetzung sowohl im Gesundheitswesen als auch im Hochschulwesen weiter auszubauen, zieht sie als Departement Gesundheit der Kalaidos Fachhochschule per Januar 2012 nach Zürich in den Careum Campus um. Da sich die Forschungsabteilung der Kalaidos Fachhochschule für den Bereich Gesundheit bereits heute schon auf dem Careum Campus befindet, können sich Lehre und Forschung noch stärker verbinden.

Der Standort Careum Campus verfügt mitten in Zürich über eine attraktive Infrastruktur wie z.B. Skillsbasierte Lernumgebungen, die Medizinische Universitätsbibliothek oder einfach eine gute Verkehrsanbindung. Die Änderung der Bezeichnung der WE'G Hochschule Gesundheit, die neu als Departement Gesundheit der Kalaidos Fachhochschule auftritt, unterstreicht die Zugehörigkeit zur eidgenössisch genehmigten und beaufsichtigten Kalaidos Fachhochschule mit ihren drei Departementen Wirtschaft, Musik und Gesundheit.

- Stufe 2 Professionelle Pflege II: Diplomierte Pflegefachperson, Erfahrung im Pflegeprozess
- Stufe 1 Professionelle Pflege I: Diplomierte Pflegefachperson, keine bis wenig Erfahrung im Pflegeprozess

Es ergab sich folgendes Fazit: Es sind nicht mehr alle Pflegenden gleich, aber alle sind gleich wichtig!

Für eine wirksame Qualitäts- und Sicherheitskultur in der Pflege braucht es orchestrierte Systemveränderungen, fordernde und fördernde Führung, strukturierte Zusammenarbeit in der Pflege und mit anderen Professionellen, klare Kompetenz- und Verantwortungsprofile auf allen Ebenen, eine Entwicklungsagenda mit Zielsetzungen und einem

Aktionsprogramm sowie kontinuierliche Entwicklung, Reflexion und Weiterbildung.

Mit einer anregenden und kritischen Diskussion zur Gestaltung der Zukunft der akademischen Pflege ging dieser multiprofessionelle und internationale Kongress des ENNA-Netzwerks zum Thema Patientensicherheit zu Ende. Im Sommer 2014 findet der nächste ENNA-Kongress in Utrecht, Niederlande, statt.

Autorinnen:
Ursina Baumgartner und Anke Jähnke

Die Zusammenfassungen der Workshops wurden mit der Unterstützung folgender Personen erstellt: Eng, T., Gasser, A. L., Liebert-Keller, Y., Procić, S., Schwarz, P., Steudter, E.

AUS WE'G HOCHSCHULE WIRD KALAIIDOS FACHHOCHSCHULE GESUNDHEIT

praxisnah berufsbegleitend flexibel

Ab sofort hat die WE'G Hochschule Gesundheit einen neuen Namen: Kalaidos Fachhochschule Gesundheit. Und ab Januar hat sie auch ein neues Domizil – den Careum Campus in Zürich. Die beste Adresse, um berufsbegleitend und praxisorientiert zu studieren, zum Beispiel MAS in Managing Healthcare Institutions, MAS in Care Management oder DAS in ICT in Healthcare Institutions. www.kalaidos-gesundheit.ch