

Titel:

Patientensicherheit - eine professionelle Herausforderung

Autor:

M.F. Fischmeister

Aus dem Unfallkrankenhaus Linz der Allgemeinen

Unfallversicherungsanstalt

Ärztlicher Leiter: Primarius Univ. Doz. Dr. Albert Kröpfl

Wir alle machen Fehler und korrigieren diese ständig!

Alle drei Kilometer macht ein durchschnittlicher Autofahrer 400 Beobachtungen, trifft 40 Entscheidungen und begeht einen Fehler. Einmal in etwa 800 Kilometern kommt es zu einem Beinahe - Zusammenstoß. So, wie wir Fehler machen, sind wir aber auch imstande, diese zu korrigieren. Nicht nur im Straßenverkehr und im täglichen Leben, sondern auch bei unserer Arbeit als Chirurgen machen wir Fehler. Viele, aber nicht alle, können wir korrigieren.

„Errors“ in der Medizin - wie groß ist das Problem?

Am 12.10.1997 erklärte Dr. Lucian Leape, Professor für Health Policy an der Havard School of Public Health, vor dem `House Committee on Veterans Affairs` des United States Congress: „Eine Million Patienten erleiden jährlich in Amerikanischen Krankenhäusern durch `errors` in der medizinischen Behandlung Schaden und zwischen 44000 und 98000 davon mit Todesfolge“. Die Zahl ist 3 Mal höher als jene derer, die in den USA bei Autounfällen und 1000 Mal höher als jene derer, die im Flugverkehr sterben. Dieses Statement und die zugrundeliegenden Untersuchungen haben dem Thema Patientensicherheit (patient safety) in den USA einen besonderen Stellenwert gebracht. Besonders gut ist der Bereich des Auftretens von Fehlern bei der Verabreichung von Medikamenten im Krankenhaus untersucht. Hier haben auch jüngste europäische Untersuchungen die in den USA erhobenen Ergebnisse bestätigt.

Mit den Augen der Justiz:

Betrachtet man Fehler in der Versorgung von Patienten mit den Augen der Rechtsprechung, so geht es einmal darum, daß der betroffene Patient entschädigt wird und, daß der Schuldige bestraft wird. Krankenhäuser erbringen natürlich ihre Leistungen in diesem rechtlichen Rahmen, doch kein Patient betritt ein Krankenhaus nur oder vor allem deshalb, weil dort die gesetzlichen Vorschriften eingehalten werden. Zur Erreichung der Ziele einer hohen Versorgungsqualität und Patientensicherheit in so komplexen Systemen wie Krankenhäusern bedarf es neben dem eigentlichen Fachwissen in Chirurgie oder Unfallchirurgie der Anwendung von Wissen und Ideen aus dem Change-, Risk- und Qualitätmanagement, der Systemtheorie, Kommunikation, Informatik,

dem Decision Making, der Statistik, Risikoforschung, Kognitiven und Sozialpsychologie.

Vergebene Chancen?

Professor Leape führte weiter aus: „Die größte einzelne Barriere zur Verhinderung von Behandlungsfehlern ist: we punish people for making mistakes“, und sprach von einer kranken Unternehmenskultur, die daran zu erkennen ist, dass Denken in systemtheoretischen Ansätzen unbekannt ist, Fehler - induzierende Organisationsbedingungen wie Arbeitsüberlastung, Zeitdruck, mangelhafte Teamarbeit toleriert werden und die Tatsache, dass Krankenhäuser nicht die Eigenschaften lernender Organisationen aufweisen. Die Erkenntnis, dass Behandlungsfehler in erster Linie ihre Ursache in fehlerhaften Arbeitssystemen, Abläufen oder Strukturen und nicht so sehr in verantwortungslosen Mitarbeitern haben, stellt einen der wichtigsten Paradigmenwechsel der letzten Jahre dar.

Fehlerraten und der Alltag:

Wenn ein Chirurg oder Unfallchirurg in einer überfüllten Ambulanz in 5 Stunden 80 Patienten behandelt, oder nach einem anstrengenden Nachtdienst am Vormittag im Operationssaal arbeitet, oder die Arbeitszeit 24 Stunden und länger dauert, oder das Verschreiben von Medikamenten von Hand aus erfolgt und der Chirurg sich beim Ausfüllen des Rezepts nur auf sein Gedächtnis verlassen kann, dann sind Fehler in einer Häufigkeit von 1/100 zu erwarten. Um auf eine Fehlerrate von 1/1000 oder 1/10 000 zu kommen sind Änderungen im System notwendig.

Ideen und Strategien:

Unter Verwendung eines normativen Lösungsansatzes entstehen mit dem Ziel eine Organisation mit maximaler Sicherheit zu schaffen Instrumente wie Fehlerreportsysteme und SOPs. Guidelines, Standards und Pathways prägen das Bild der getroffenen Maßnahmen.

Liegt das Hauptaugenmerk auf der praktischen Benützung durch die Anwender, dann ist schnell klar, daß die Sicherheitsvorschriften, Leitlinien, Dienstanweisungen und standardisierten Vorgangsweisen ab einem gewissen Punkt die Arbeit so behindern, daß die geforderten Leistungen nicht mehr ohne Verletzungen der vorgeschriebenen Arbeitsabläufe erbracht werden können. Kleinere Abweichungen und Verletzungen sind dann zur Aufrechterhaltung des Betriebs immer wieder notwendig und werden unter dem Aspekt einer ökonomisch erzwungenen Beschränkung toleriert. Unter diesen Aspekten kommt es an Maßnahmen zur Fehlerverhütung zum Einführen von Frühwarnsystemen, die den Mitarbeitern anzeigen, wann sie sich aus dem `Safe Space` herausbewegen. Die Arbeit erfolgt unter „illegal normal“ aber „real life“ Standards. Die Arbeitsbedingungen werden auch als „borderline tolerated conditions of use“ (BTCU) bezeichnet.

Versucht man Fragen der Sicherheit unter dem Gesichtspunkt der Komplexität von Systemen zu betrachten, dann prägen Lösungen, die die Rückkehr zu einfachem und ökologischem Design von Arbeitsabläufen und Strukturen bedeuten, die Kernprozesse des Unternehmens.

Was ist für die Patientensicherheit zu tun?

Zuerst scheint es notwendig zu sein, eine Organisationskultur zu schaffen, in der über Fehler und organisatorische Probleme gesprochen werden kann, ohne dass es zu Personalisierungen derselben und Schuldzuweisungen kommt. Information darüber und unterstützende Fortbildungsmaßnahmen darüber sollten allen Mitgliedern einer Abteilung oder eines Krankenhauses zukommen. Patientensicherheit darf nicht von ökonomischen Betrachtungen getrennt werden. Risiko muß auf niedrigem Niveau begrenzt, darf aber nicht gänzlich eliminiert werden, da sonst die Fehlerreparaturmechanismen nicht geübt werden können. BTCUs müssen sorgfältig überwacht werden. Das Besprechen von Fehlern und Beinahe- Fehlern muß regelmäßiger Bestandteil von Dienstübergaben und Staffmeetings sein. Die Ausbildung eines kollektiven Gedächtnisses innerhalb der einzelnen Arbeitsgruppen eines Krankenhauses zum Erkennen, Verhindern und Mitigieren von Fehlern sollte erstrebt werden. Vielleicht gibt es auch bei uns in Zukunft Mortality und Morbidity Konferenzen, wie sie im angelsächsischen Raum üblich sind, oder gar Quality Management Safety Clubs...

Patientensicherheit - eine professionelle Herausforderung:

Das Thema Patientensicherheit ist ein Thema der Zukunft und so wie jeder Chirurg das Problem: „Wie verschließe ich eine Wunde?“ einer dem internationalen Stand des Wissens entsprechenden Lösung zuführen können muß, so muss er auch das Problem: „Wie organisiere ich eine sichere Versorgung für die uns anvertrauten Patienten einer chirurgischen oder unfallchirurgischen Abteilung?“ als Herausforderung annehmen und bearbeiten können. Die Werkzeuge dazu stehen bereit.

Für die Durchsicht und Hilfe bei der Erstellung des Manuskriptes gilt Herrn Mag. Roland Schaffler mein herzlicher Dank.

Literatur beim Verfasser

Adresse:

Dr. M.F. Fischmeister

Unfallkrankenhaus der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt

Blumauerplatz 1

A 4020 Linz

TF ++43 732 6920 0

Email: m.fischmeister@utanet.at

Erschienen in *Qualitas* 2003