

Think Tank

Patientensicherheit Schweiz

Nr. 1



Patientensicherheit in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen

Bestandsaufnahme
und Aktionsplan – Wo
steht die Schweiz?

Dr. Anna Mascherek
Prof. Dr. David Schwappach
(Hrsg.)

INHALT

1	Vorwort	04
2	Einleitung	06
2.1	Patientensicherheit	06
2.2	Weshalb Patientensicherheit bei psychischen Erkrankungen?	08
2.3	Warum dieser Aktionsplan?	09
2.4	An wen richtet sich der Aktionsplan?	09
3	Worum geht es? Neun Handlungsfelder in fünf Bereichen	10
3.1	Themen	10
3.2	Das Patientenkollektiv	16
4	Handlungsbedarf	19
4.1	Wie können wir Themen gewichten?	21
4.2	Welche Dimensionen unterscheiden wir?	23
4.3	Prioritäten setzen	24
4.3.1	Auftretenshäufigkeit von Fehlern	24
4.3.2	Schadenspotenzial von Fehlern	25
4.3.3	Vermeidbarkeit von Fehlern	26
4.3.4	Umsetzbarkeit von Massnahmen	28
4.3.5	Zusammenfassende Bewertung	29
5	Literatur	34

VORWORT

Patientensicherheit ist wichtig. Und obwohl wir insgesamt Fortschritte verzeichnen können, gibt es nach wie vor Bereiche, in denen Vorstösse zur Verbesserung der Patientensicherheit noch am Anfang stehen. Dies ist zum Beispiel bei Patienten mit psychischen Erkrankungen der Fall. Gerade im Vergleich zu Bemühungen in der Versorgung von Patienten mit somatischen Erkrankungen steht die Patientensicherheit dieser Gruppe noch zu wenig im Fokus. Der vorliegende Aktionsplan soll deshalb einen Beitrag leisten, diese Lücke zu schliessen. Er zeigt auf, welche Themen in der Versorgung psychisch Erkrankter wichtig sind. Wo bestehen die grössten Herausforderungen? Welche Risiken sind besonders relevant? Welche Aktivitäten sind dringend nötig?

Wir haben die Vision, dass «Patientensicherheit» in fünf Jahren auch in der Versorgung psychisch Erkrankter ganz selbstverständlich zu den Themen gehört, die mit Priorität diskutiert und angegangen werden. Eine Vision, in die in fünf Jahren gemeinsames Engagement von Fachpersonen, Betroffenen und Entscheidungsträgern in viele Aktivitäten gemündet ist, die die Patientensicherheit in der Versorgung psychisch Erkrankter stetig verbessern. Dieser Aktionsplan soll einen ersten Schritt in diese Richtung tun und eine Anregung für weitere Schritte sein.

Wir möchten Sie einladen, sich mit dem Thema Patientensicherheit in der Versorgung psychisch Erkrankter auseinanderzusetzen. Wir alle – ob Fachperson, Laie, Betroffener oder Entscheidungsträger – können einen Beitrag leisten, die Patientensicherheit in der Versorgung psychisch Erkrankter zu verbessern. Wir hoffen, dass die Lektüre dieses Aktionsplans Ansatzpunkte aufzeigt, von denen aus in den nächsten Jahren die bestehenden Herausforderungen angegangen werden können.

Wir wurden bei diesem Projekt von Expertinnen und Experten mit viel Engagement unterstützt. Dafür möchten wir uns bedanken! Unterstützt haben uns:

PD Dr. phil. Jürgen Barth

Leiter Forschung, Psychotherapeut, CAS Research Management, Institut für komplementäre und integrative Medizin, UniversitätsSpital Zürich

Dr. med. Thilo Beck

Chefarzt Psychiatrie, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Arud Zentren für Suchtmedizin

Andreas Daurì

Leiter Psychosoziales, Stiftung Pro Mente Sana

Dr. phil. Anne Eschen

Psychologin, Integrierte Psychiatrie Winterthur, Zürcher Unterland, Psychotherapiestation für ältere Menschen

Christina Holzer-Pruss

Pflegewissenschaftlerin DPTS, Direktion Pflege, Therapien und Soziale Arbeit, Forschung und Entwicklung, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Dr. med. Matthias Jäger

Oberarzt, stv. Zentrumsleiter, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Zentrum für Akute Psychische Erkrankungen, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Majbritt Jensen, MScN

Leiterin Potentialentwicklung Pflege, Privatklinik Meiringen AG, Meiringen, delegiert von der Akademischen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege

Dr. med. Maria-Pia Mahler

Fachärztin für Allgemeinmedizin, delegiert von Argomed Ärzte AG

Dr. med. Thomas Maier

Chefarzt Akutpsychiatrie, Sucht- und Psychotherapie, St. Gallische Kantonale Psychiatrische Dienste – Sektor Nord, Wil SG

Rolf Müller

Psychiatrieerfahrener, Mitglied Peer+

Dr. med. Hadmut Prün

Chefärztin, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Jugendpsychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

PD Dr. med. Ursula Schreiter

FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin für Nervenheilkunde (D), Praxis für Psychiatrie Rehalp, Zürich

Dr. med. Barbara Stiffler Scherrer

Oberärztin, Kinderstation Brüschalde, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Prof. Dr. med. Armin von Gunten

Chefarzt, Klinik für Alterspsychiatrie, Departement Psychiatrie, Universitäres Zentrum der Waadt, Prilly

Prof. Dr. phil. Birgit Watzke

Lehrstuhl für Klinische Psychologie mit Schwerpunkt Psychotherapieforschung, Psychologisches Institut, Universität Zürich

Wir bedanken uns auch bei der Schweizerischen Ärztegesellschaft (FMH) für die finanzielle Unterstützung dieses Projekts.

Wir bedanken uns auch bei den Fachgesellschaften für inhaltliche Unterstützung.

Wir verwenden im Aktionsplan Begriffe, die den Patienten und nicht die versorgende Einrichtung oder die Fachperson in den Fokus rücken. Durch diesen Ansatz wollen wir vermeiden, dass durch die Wahl der Bezeichnung auch sprachlich ein systemisch selektiver Ansatz verfestigt wird, in dem Patienten in weniger zentralen Versorgungsstrukturen aus dem Blickfeld geraten. Dies ist umso mehr ein Anliegen, als der durch Stigmatisierung erschwerte Zugang zur Behandlung ein reales Problem für die Patientensicherheit ist.

2.1 PATIENTENSICHERHEIT

Was genau meinen wir, wenn wir den Begriff «Patientensicherheit» verwenden? Was bedeutet Patientensicherheit in Abgrenzung zum Qualitätsbegriff in der Medizin? Gibt es unerwünschte Ereignisse im Rahmen einer medizinischen Behandlung, die man nicht verhindern kann? Diese Fragen wollen wir klären, bevor wir uns ab Kapitel 3 konkret mit Aspekten der Patientensicherheit bei der Versorgung psychisch Erkrankter beschäftigen.

Patientensicherheit wird als distinkter Teilbereich von Qualitätsbemühungen im Gesundheitswesen betrachtet. Qualität im Gesundheitswesen wird vom Institute of Medicine als das «Ausmass, mit dem ein System zur gesundheitlichen Versorgung von Individuen oder Bevölkerungsgruppen die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die gewünschten Gesundheitsziele erreicht werden, und das dabei dem derzeitigen professionellen Stand des Wissens entspricht» (1). Qualität setzt sich aus unterschiedlichen Bereichen zusammen, von denen einer der Bereich «Patientensicherheit» ist.

Patientensicherheit bei psychischen Erkrankungen ist, wie in der somatischen Medizin, definiert als «die Vermeidung, Prävention und Verbesserung von unerwünschten Ergebnissen oder Schädigungen, die sich aus dem Behandlungsprozess ergeben» (2). Diese Definition ist heute weit verbreitet. Innerhalb dieser Definition unterscheidet man zwischen folgenden zentralen Begriffen:

Unerwünschtes Ereignis: Hier ist eine Schädigung eines Patienten gemeint, die auf die Behandlung, nicht aber auf die Grunderkrankung zurückzuführen ist. Beispielsweise die starke Hautreaktion nach Penicillin-Gabe. Es gibt auch unerwünschte Ereignisse, die sich nicht vermeiden lassen. Hier sprechen wir von Nebenwirkungen. Nebenwirkungen gibt es überall in der medizinischen Versorgung. Im Rahmen der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen kennen wir starke Nebenwirkungen oft bei der Einnahme von Psychopharmaka. Weniger bekannt und erforscht sind mögliche Nebenwirkungen, die bei nichtmedikamentösen Behandlungen, beispielsweise im Rahmen einer Psychotherapie, auftreten.

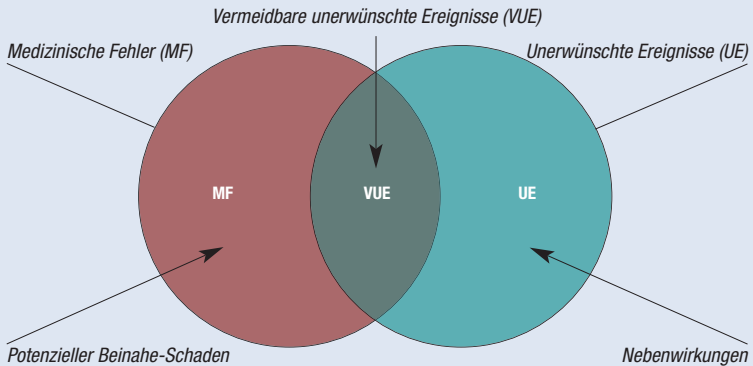
Fehler: Die Definition eines medizinischen Fehlers kommt aus der Somatik. Unter einem medizinischen Fehler («medical error») versteht man eine Handlung oder ein Unterlassen, bei dem eine Abweichung von einem vorhandenen Plan (Ausführungsfehler), ein falscher

Plan oder kein Plan vorliegt (Planungsfehler). Der Fehler kann, muss aber nicht zu einer Schädigung führen. Einem vermeidbaren unerwünschten Ereignis liegt immer ein Fehler zugrunde. Häufige Ausführungsfehler sind beispielsweise Aufmerksamkeitsfehler (z. B. Verwechslung), Gedächtnisfehler (z. B. Vergessen eines geplanten Schrittes). Typische Planungsfehler sind Fehler in der Anwendung von Regeln und wissensbasierte Fehler, z. B. die Entscheidung für eine falsche chirurgische Technik. Zudem können aktive Fehler am «scharfen Ende», also direkt in der Patientenversorgung, von latenten Bedingungen einer Organisation am «stumpfen Ende» abgegrenzt werden. Latente Bedingungen entstehen durch Entscheidungen zu Strukturen oder Prozessen und betreffen beispielsweise den Materialeinkauf, Personalressourcen oder räumliche Bedingungen (3). Wenn beispielsweise bei der Visite beim Verordnen von Penicillin die Warnhinweise zu einer bestehenden Allergie in der Patientenakte übersehen werden, liegt ein Fehler vor (3).

Vermeidbares unerwünschtes Ereignis: Hier ist die Schädigung eines Patienten gemeint, die immer auf einen Fehler zurückzuführen ist. Beispielsweise die starke Hautreaktion nach Penicillingabe, obwohl eine Penicillinallergie in der Patientenakte vermerkt war.

Beinahe-Schaden: Hier ist ein Fehler gemeint, der nicht zu einem Schaden geführt hat, weil er rechtzeitig aufgefangen werden konnte.

In Abbildung 1 ist das Zusammenwirken verschiedener unerwünschter Ereignissen und Fehlern grafisch veranschaulicht. Innerhalb dieser Definition unterscheidet man zwischen folgenden zentralen Begriffen



Aus dieser Definition lässt sich ableiten, dass in verschiedenen Bereichen entlang des gesamten Versorgungspfades Risiken für die Patientensicherheit bestehen. Zum Teil sind diese Risiken für alle Patientengruppen relevant, zum Teil ergeben sich aber auch Risiken, die für Menschen mit psychischen Erkrankungen und die daraus folgende (Nicht-) Versorgung spezifisch sind. In diesem Aktionsplan stehen Menschen mit psychischen Erkrankungen im Fokus. Fehler und Themen, die hier besprochen werden, betreffen also immer, jedoch nicht ausschliesslich, Menschen mit psychischen Erkrankungen.

2.2 WESHALB PATIENTENSICHERHEIT BEI PSYCHISCH ERKRANKTEN?

Patientensicherheit an sich ist in den letzten Jahren immer mehr zum Thema geworden. Die systematische Auseinandersetzung mit Patientensicherheit in der Versorgung psychisch Erkrankter ist jedoch heute noch weltweit und auch in der Schweiz unterentwickelt. Dabei wird diese immer wichtiger, wenn man Prävalenz und Krankheitslast berücksichtigt. In einem Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums zur psychischen Gesundheit in der Schweiz heisst es, dass pro Jahr knapp 40 % der erweiterten EU-Bevölkerung (inkl. Schweiz) an einer psychischen Störung erkranken. Obwohl die Behandlungsmöglichkeiten relativ gut sind, zeigt der Bericht auch, dass rund zwei Drittel dieser psychischen Störungen unbehandelt bleiben (4;5). Zusätzlich stellen die Folgen psychischer Erkrankungen eine ökonomische Last dar. Zwar ist die Zahl der IV-Neuberentungen seit 2003 insgesamt rückläufig, der relative Anteil aufgrund psychischer Krankheiten jedoch gestiegen. Im Jahr 2013 waren von 230 000 Berentungen in der Schweiz fast die Hälfte auf psychische Erkrankungen zurückzuführen (6). Die Unterschiede zur somatischen Medizin und die vorhandene Zunahme notwendiger Behandlungen erfordern eine systematische Auseinandersetzung mit dem Thema. Vor allem auch, weil Risiken für die Patientensicherheit, die spezifisch für die Versorgung psychisch Erkrankter sind, schwerwiegende Themenbereiche umfassen. Hierzu gehören beispielsweise Suizid, Fehldiagnosen sowie freiheitsbeschränkende Massnahmen (7). Weiterhin stellt sich auch die Frage nach strukturellen und institutionellen Patientensicherheitsrisiken. Beispielsweise sind Auswirkungen von Stigmatisierung auf die konkreten Behandlungsangebote eine wichtige Frage auf strategischer und politischer Ebene (7). In einer Untersuchung aus der Schweiz werden zentrale Risiken und Themen des klinischen Risikomanagements im Mental-Health-Bereich der Schweiz erfasst und dargestellt (8). Auch für die Schweiz gelten nach dieser Studie die internationalen Risikobereiche. Behandlungsfehler, selbst- und fremdgefährdendes Verhalten und weitere spezifische Risiken von Menschen mit psychischen Erkrankungen werden als drängende Themen benannt. Einige Aspekte der Patientensicherheit werden immer wieder aufgegriffen und diskutiert, beispielsweise im Kontext der Diskussion um freiheitsbeschränkende Massnahmen oder Patientenverfügungen. Im Schweizer Manifest für Public Mental Health wird das Thema Patientensicherheit indirekt thematisiert, indem die dramatischen Folgen von verspäteten Behandlungen benannt werden (beispielsweise Suizid und freiheitsbeschränkende Massnahmen) (9). Auch in einem Diskussionsbeitrag, der die Prioritäten der Forschung im Mental-Health-Bereich für die nächsten Jahre skizziert, werden einzelne Aspekte der Patientensicherheit genannt, wie beispielsweise die Notwendigkeit zur Reduktion von Stigmatisierung (10). Diese indirekte Thematisierung ist jedoch symptomatisch für das Themenfeld: Oft werden Einzelaspekte herausgegriffen und prominent dargestellt, während ein gesamthafter thematischer Rahmen fehlt. Zusätzlich gehen Bemühungen oft in allgemeinen Qualitätsverbesserungsprojekten auf, in denen die Sicherheit der Patienten und die Prävention von Fehlern keinen eigenständigen Schwerpunkt bilden. Die spezifische Auseinandersetzung mit der Patientensicherheit in der Versorgung psychisch Erkrankter ist also dringend erforderlich. Auch Experten in der Praxis fordern vermehrt, dass das Thema systematisch angegangen werden muss. Es zeigt sich also, dass es das Gebot der Stunde ist, sich mit dem Thema Patientensicherheit in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auseinanderzusetzen.

2.3 WARUM DIESER AKTIONSPLAN?

Die Ausführungen machen deutlich, dass Akteure im Gesundheitswesen aktiv werden müssen. Aber wie und wo fängt man an? Der Aktionsplan stellt eine gute Möglichkeit dar, wichtige und grundlegende Schritte einzuleiten. Er ist ein Dokument, das mit der Unterstützung von Fachpersonen erstellt wurde. Als praxisrelevantes Dokument kann er als Grundlage für die Entwicklung sowohl von Handlungsstrategien als auch konkreter Aktivitäten dienen und verbreitet werden. Zum jetzigen Zeitpunkt erscheint es uns wichtig, ein Dokument vorzulegen, mit dessen Hilfe das Terrain sondiert und konkrete Aktivitäten geplant werden können. Wir möchten auf das Thema aufmerksam machen, es eingrenzen und gleichzeitig das Augenmerk auf Brennpunkte lenken. Der angedachte Zeithorizont von fünf Jahren gibt auch eine zeitliche Orientierung, die den Handlungsbedarf deutlich macht. Der Aktionsplan soll ein Instrument sein, das für das Thema und dessen Dringlichkeit wirbt und (Fach-)Personen sensibilisiert. Er bietet einen Überblick über dringend anstehende Handlungsfelder mit ersten Ideen, in welche Richtung Projekte gehen könnten. Er kann und soll auch als Argumentationsgrundlage herangezogen werden, um Projekte in konkreten Settings zu planen und durchzuführen.

2.4 AN WEN RICHTET SICH DER AKTIONSPLAN?

Der Aktionsplan richtet sich in erster Linie an Fachpersonen auf unterschiedlichen Ebenen in unterschiedlichen Bereichen. Angesprochen sind Personen, die in ihrem Wirkungsfeld die Möglichkeit haben, Veränderungen anzustossen und voranzubringen. Diesen Personen soll mit dem Aktionsplan ein Dokument an die Hand gegeben werden, das sie als Argumentations- und Diskussionsgrundlage nutzen können, um eigene Ideen einzuordnen. Des Weiteren soll der Aktionsplan Fachpersonen auch direkt in ihrem Arbeitsalltag erreichen. Manche Dinge zur Verbesserung der Patientensicherheit werden ermöglicht, indem das Bewusstsein geschärft und auf «Kleinigkeiten» geachtet wird. Der Aktionsplan richtet sich deswegen auch an Personen, die mit dieser Aufmerksamkeit einen Unterschied für den einzelnen individuellen Patienten bewirken können. Nicht zuletzt richtet sich der Aktionsplan auch an die Öffentlichkeit. Je mehr auch nicht betroffene Personen sich mit der Frage der Patientensicherheit im Allgemeinen und der Patientensicherheit bei der Versorgung psychisch Erkrankter im Besonderen beschäftigen, desto stärker kann das Thema platziert werden. Es kann somit eine gesellschaftspolitische Stimmung geschaffen werden, die das Engagement für die Verbesserung der Patientensicherheit in der Versorgung psychisch Erkrankter vereinfacht.

Der Aktionsplan ist ein praxisrelevantes Dokument und dient als Grundlage für die Entwicklung von Handlungsstrategien und konkreten Aktivitäten.

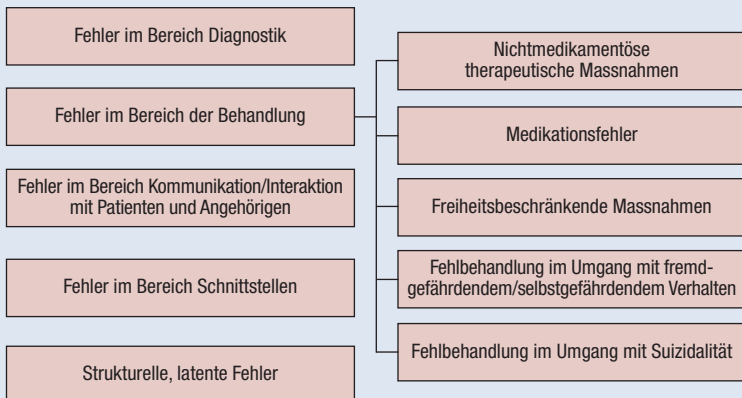
3.0

WORUM GEHT ES? NEUN HANDLUNGSFELDER IN FÜNF BEREICHEN

In diesem Kapitel gehen wir der Frage nach, wie sich Fehler in der aufgestellten Definition im Themenkreis der psychischen Erkrankungen manifestieren.

3.1 THEMEN

Fehler können entlang des gesamten Behandlungskontinuums auftreten, beginnend mit dem Zugang zur «richtigen» Behandlung über die Diagnosestellung und die eigentliche Behandlung bis hin zur adäquaten Nachsorge von Patienten. Manchmal bedingt ein Fehler den nächsten oder es kann sein, dass eine bestimmte Art von Fehlern, beispielsweise ein Fehler in der Kommunikation, sich an den Schnittstellen des Behandlungspfades erstreckt. Es ist also nicht einfach, einzelne Fehler oder deren Ursachen isoliert zu betrachten. Im Erleben des Patienten werden wahrscheinlich häufig verschiedene Dinge «schiefgelaufen sein», wenn ein Fehler auftritt. Diese Wahrnehmung wird auch dadurch verstärkt, dass Fehler sehr selten das Ergebnis der Handlungen eines Einzelnen sind, sondern vielmehr Systemfehler, die Ergebnis verschiedener unterschiedlicher Faktoren oder Missstände sein können, die sich kumulieren und dann – ohne Sicherheitsnetz – beim Patienten als Fehler zutage treten. Auch wenn es also nicht einfach ist, klare Kategorien von Fehlern zu bilden – weder auf der Basis ihres Entstehens noch auf der Basis ihres Auftretens haben wir gemeinsam mit den Experten neun Themenbereiche definiert, um die Komplexität für den Zweck des vorliegenden Dokuments zu reduzieren. Die Gliederung in die neun Themenbereiche ist als Überblick zu verstehen und nicht als exklusive, sich gegenseitig ausschliessende Kategorisierung. Die Themenbereiche sind Oberbegriffe, unter denen spezifischere Aspekte subsumiert sind. Im Folgenden werden nun die Themenbereiche näher beschrieben und mit Beispielen illustriert.



FEHLER IM BEREICH DIAGNOSTIK

Hier werden Fehler im Zusammenhang mit dem diagnostischen Prozess zusammengefasst. Dazu gehören zum Beispiel das Stellen einer falschen Diagnose, das Nicht-Abklären von differenzialdiagnostischen Fragen also das Nicht-Abklären von somatischen/psychischen Beschwerden. Ebenso gehören dazu Fehler bei der (Nicht-)Verwendung von standardisierten und etablierten Tools zur Diagnose, aber auch Fehler bei der Durchführung diagnostischer Verfahren. Schädigungen von Patienten im Prozess der Diagnostik entstehen durch falsche und verspätete Diagnosen sowie Über- oder Unterdiagnostik. Fehler in der Diagnostik können auf unterschiedlichen Ebenen vorkommen. So bleibt die Abklärung von psychischen Erkrankungen durch den Hausarzt bei Konsultationen oft unberücksichtigt. Ebenso gibt es Fehler bei der Abklärung somatischer Beschwerden im Rahmen einer psychiatrischen Konsultation. Eine weitere Fehlerquelle besteht auf der Ebene der Differenzialdiagnostik innerhalb der psychischen Erkrankungen.

Beispiel: Eine 88-jährige Frau kommt per Ambulanz ins Spital wegen extremer Rückenschmerzen. Im CT sieht man keine Wirbelkörperfraktur und deutet das Weinen der Patientin als Anpassungsstörung, da ein Altersheimeintritt bevorsteht. Sie wird dorthin mit CipraleX entlassen. Im Altersheim hat sie trotz hoher Opiatdosen unerträgliche Schmerzen. Damit erfolgt die Rückverlegung ins Spital mit der Verdachtsdiagnose Spondylodiszitis. Diese wird im MRI bestätigt, die Patientin stirbt einige Wochen später daran.

Beispiel: Eine junge Frau bekommt vom Hausarzt Medikamente gegen andauernde Erschöpfung und Appetitlosigkeit verschrieben. Die Therapie dauert an, ohne dass sich die Symptome der Patientin verbessern. Im Rahmen einer anderen Untersuchung wird die Diagnose einer Depression gestellt und die Patientin beginnt eine Psychotherapie. Nach einer adäquaten psychotherapeutischen Behandlung tritt eine Besserung der depressiven Symptomatik ein.

FEHLER IM BEREICH DER BEHANDLUNG

Die Behandlung macht sicher den grössten Bereich aus, in dem Fehler passieren können. Dies allein deswegen, weil die Behandlung den grössten Anteil an Intervention hat. Bei der Behandlung können Fehler auf verschiedenen Ebenen vorkommen, die wir in fünf Themen zusammengefasst haben. Wir beschreiben die fünf Unterkapitel im Folgenden separat. Im Alltag dürfte es oft schwierig sein, diese Kategorien klar voneinander zu trennen, denn manchmal werden sich die Themenbereiche überschneiden.

Nichtmedikamentöse therapeutische Massnahmen

Hier sind Fehler im direkten Zusammenhang mit der Behandlung an sich zusammengefasst. Dazu gehören beispielsweise die Verordnung einer ungeeigneten Therapiemethode oder die Einweisung in eine ungeeignete Einrichtung. Konkreter werden hier auch die falschen Interventionen oder Methoden sowie das Vorenthalten einer indizierten Massnahme eingruppiert. Schwierig einzugrenzende Fehler sind Fehler im therapeutischen Prozess, die zu Therapieabbruch, Vertrauensverlust oder Störung der therapeutischen Beziehung führen. Als schwerer Fehler in diesem Bereich ist missbräuchliches Verhalten im Rahmen einer Therapie zu nennen.

3.0

Beispiel: Ein 8-jähriges Mädchen befindet sich in psychotherapeutischer Behandlung. Die behandelnde Therapeutin versäumt es, die Mutter als nächste Bezugsperson in die Behandlung miteinzubinden. Die Unterstützung des Kindes durch die Mutter fällt so weg.

Medikationsfehler

Als Fehler bei der Medikation werden Abweichungen von dem für den Patienten optimalen Medikationsprozess zusammengefasst, die zu einer grundsätzlich vermeidbaren Schädigung des Patienten führen oder führen können. Medikationsfehler können jeden Schritt des Medikationsprozesses betreffen und von jedem am Medikationsprozess Beteiligten, insbesondere von Fachpersonen verursacht werden. Medikationsfehler sind Fehler, die auch in der Somatik sehr häufig vorkommen (11). Sie schliessen beispielsweise Dosierungsfehler, nicht berücksichtigte Interaktionen und fehlendes Monitoring mit ein. Eine zusätzliche Komplexität kommt bei älteren psychisch erkrankten Menschen hinzu, weil bei älteren Menschen Psychopharmaka häufig unerwünschte Arzneimittelereignisse verursachen und diese oft auch als potenziell ungeeignet für diese Gruppe eingeschätzt werden (12;13). Ein Fehlerbereich, der sich neu und abseits der «gängigen Fehler» auftut, sind die unberücksichtigten Wechselwirkungen zwischen somatischen Medikamenten und Psychopharmaka. Medikationsfehler dürfen nicht mit Nebenwirkungen verwechselt werden. Auch korrekt eingenommene Medikamente können Nebenwirkungen verursachen, die für die Patienten unangenehm sind, sich aber in Abwägung mit dem Nutzen der Einnahme nicht vermeiden lassen. Unangenehme Nebenwirkungen sind bei der Einnahme von Psychopharmaka zudem häufig.

Beispiel: Ein Patient entwickelt eine Bradykardie und Anorexie unter der Behandlung mit Antidementiva. Darauf erfolgt eine stationäre Einweisung, obwohl das Absetzen der Medikation genügt hätte.

Beispiel: Bei der Vergabe von Haldol wird die Flasche verwechselt: statt 5mg/ml werden der Patientin 10 mg/ml verabreicht.

Freiheitsbeschränkenden Massnahmen

Hier sind fehlerhafte Handlungen und/oder Massnahmen gemeint, die in direktem oder indirektem Zusammenhang mit der Ausführung einer freiheitsbeschränkenden Massnahme stehen. Unter freiheitsbeschränkenden Massnahmen sind rechtlich sowohl bewegungseinschränkende Massnahmen, wie Isolation oder Fixierung, als auch die Behandlung ohne Zustimmung, wie die Zwangsmedikation, zusammengefasst. Es können Fehler bei der Einschätzung der Angemessenheit einer freiheitsbeschränkenden Massnahme entstehen, Fehler bei der Durchführung und/oder Fehler bei der Aufarbeitung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Der Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen ist ein spezifisches Thema in der Versorgung psychisch Erkrankter. Der Eingriff in die persönliche Freiheit des Individuums ist besonders tiefgreifend. Freiheitsbeschränkende Massnahmen können in Ausnahmen und nach sorgfältiger Prüfung aber gerechtfertigte Interventionen sein. Sie müssen jedoch stets besonders sorgfältig hinterfragt, überwacht und aufgearbeitet werden. Fehler im Zusammenhang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen werden aus diesem Grund von den Patienten oft als substanziell erfahren. Die grosse Verantwortung gegenüber dem Individuum, die der Einsatz freiheitsbeschränkender Massnahmen mit sich bringt, macht eine besondere Aufmerksamkeit für Fehler, die in diesem Bereich passieren können, notwendig. Dies spiegelt sich beispielsweise bereits in den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften zu «Zwangsmassnahmen in der Medizin» (14).

Beispiel: Eine Patientin wird über Nacht fixiert. Da sie eine hohe Dosis Valium erhält, kann sie sich an die Fixierung nicht mehr erinnern. Abdrücke an den Handgelenken weisen am folgenden Morgen aber auf die nächtliche Fixierung hin. Es wird versäumt, die Fixierung mit der Patientin in weiterführenden Gesprächen angemessen aufzuarbeiten.

Beispiel: Auf einer geschlossenen Station wird ein Patient mit bipolarer Störung behandelt. Er befindet sich in einem emotional aufgewühlten Zustand. Nach einem Ausgang auf dem Gelände wird versäumt, mit dem Patienten ein klärendes Gespräch zu führen. Stattdessen werden ihm Sanktionen angedroht, die ihn wütend machen. Der Patient wird daraufhin isoliert. Dieser Verlauf wiederholt sich während seines Aufenthalts mehrmals.

Fehlbehandlung im Umgang mit fremdgefährdendem/selbstgefährdendem Verhalten

Hier sind fehlerhafte Handlungen oder Massnahmen gemeint, die das Management von Fehlbehandlung bei fremdgefährdendem oder selbstgefährdendem Verhalten betreffen. Dazu gehört beispielsweise der Umgang mit aggressivem Verhalten von Patienten, das sich gegen Mitpatienten, Angehörige, das Personal oder auch gegen Sachgegenstände richten kann. Wenn es trotz adäquater Behandlung vorkommt, ist es abzugrenzen. Fremdgefährdendes oder selbstgefährdendes Verhalten ist oft ein wichtiges Thema in der stationären Versorgung. Das Personal ist meist geschult, wie damit umgegangen werden kann. Wenn es trotzdem zu Fehlern kommt, kann dies Folge anderer, latenter Fehler sein, die dann erst im Umgang mit fremd- oder selbstgefährdendem Verhalten zutage treten. Beispielsweise können Platzmangel oder Probleme in der Unterbringung von Patienten dazu führen, dass Fehler im Umgang mit fremd- und selbstgefährdendem Verhalten passieren.

Beispiel: Ein psychotischer Patient attackiert in der Nacht im Mehrbettzimmer einen Mitpatienten ohne ersichtlichen Grund. Er zeigte bereits tagsüber fremdaggressive Impulse.

Beispiel: Einer Patientin werden selbstverletzungsg geeignete Gegenstände präventiv abgenommen. Dennoch verletzt sich die Patientin mit einem Handy am Oberkörper und Hals, indem sie es kaputt schlägt und sich mit den Plastikteilen die Haut aufritzt.

Fehlbehandlung im Umgang mit Suizidalität

Hier sind fehlerhafte Handlungen von Fachpersonen oder fehlerhafte Prozesse im Rahmen der Behandlung gemeint, die in ihrer Folge zu vermeidbarem Suizidversuch oder Suizid führen. Dazu gehören zum Beispiel die mangelnde Abklärung von Suizidalität bei Patienten oder die unzureichende Vorkehrung von Massnahmen zur Vermeidung eines Selbstmords. Suizidversuche und Suizide, die trotz adäquater Behandlung vorkommen, sind hiervon abzugrenzen. Weil jeder Suizidversuch für Patienten, Angehörige, Mitpatienten und Fachpersonen ausserordentlich einschneidend ist, hat die Prävention von Fehlern hohe Priorität. Dies ist bereits insofern anerkannt, als sich auch die Patientensicherheit mit dem Thema auseinandergesetzt hat. Im englischen Gesundheitssystem wird Suizid im Rahmen der Behandlung bereits als sogenannter Never Event klassifiziert (15). Never Events sind definiert als Ereignisse, die eindeutig identifizier- und messbar sind, schwerwiegend sind (bspw. zu Tod oder substanzialer Beeinträchtigung führen) und grundsätzlich vermeidbar wären (16). Das US-amerikanische National Quality Forum führt Suizid, versuchten Suizid und Selbstverletzung mit schwerer Schädigung als meldepflichtiges, schweres Patientensicherheitsereignis (17).

3.0

Beispiel: Eine depressive Patientin stranguliert sich mit dem Kabel einer Nachttischlampe. Sie war allein untergebracht und wurde nachts nicht besonders überwacht.

FEHLER IM BEREICH KOMMUNIKATION/INTERAKTION MIT PATIENTEN UND ANGEHÖRIGEN

Hier geht es um Fehler entlang des gesamten Behandlungspfades bei der Kommunikation und Interaktion mit Patienten und Angehörigen (nicht unter Mitarbeitenden). Fehler in diesem Bereich beschränken sich nicht auf bestimmte Situationen, sondern fassen als Querschnittsbereich alle Fehler in der Kommunikation/Interaktion auf allen Ebenen zusammen. Dazu gehören zum Beispiel mangelnde Aufklärung oder der fehlende Einbezug von Patienten bei der Wahl einer Behandlung oder möglichen Alternativen oder die fehlerhafte Kommunikation im Zusammenhang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Der aktive Einbezug von Patienten in die Behandlungsplanung stellt eine wichtige Ressource dar, um Compliance zu erhöhen, Therapieziele richtig zu definieren und wichtige Informationen zu erhalten. Ebenso muss das Vorhandensein psychiatrischer Patientenverfügungen berücksichtigt und in die Behandlung miteinbezogen werden. Fehler können auch bei fremdsprachigen Patienten auftreten, wenn Sprachprobleme nicht durch Dolmetschen gelöst werden. Kommunikation ist zu jeder Zeit der Behandlung ein unverzichtbarer, wesentlicher Bestandteil. Fehler, die hier passieren, können sich also wie ein Netz über den gesamten restlichen Behandlungsverlauf legen. Nicht alle Fehler in der Kommunikation haben schwerwiegende Konsequenzen. Die Bandbreite an möglichen Fehlern und ihren Auswirkungen ist grösser als bei anderen Themengebieten. Viele Fehler werden vielleicht «nur» als Unachtsamkeit wahrgenommen, andere wiederum bleiben vielleicht unbemerkt. Es gibt aber auch Fehler, die schwerwiegende Konsequenzen nach sich ziehen können, zum Beispiel falsche Informationen zur Kontaktmöglichkeit bei Krisensituationen. Fehler in der Kommunikation sind bedeutend, weil Kommunikation im Behandlungsprozess allgegenwärtig ist.

Beispiel: Eine Patientin mit erstmalig aufgetretener psychotischer Symptomatik bekommt mit, wie der behandelnde Arzt auf dem Flur zu ihrem Partner sagt: «Da können Sie sich also jetzt auf eine langwierige Sache einstellen. Das wird sicher nicht einfach.»

Beispiel: Ein Patient befindet sich nach einer stationären Behandlung in ambulanter Nachsorge. Der behandelnde Psychotherapeut versäumt es, mit dem Patienten rechtzeitig über den bevorstehenden Abschluss der Therapie zu sprechen und diese vorzubereiten. Als der Patient über das Ende der Therapie kurzfristig informiert wird, ist er überfordert und ohne Möglichkeit, damit umzugehen. Der Patient dekompenziert.

FEHLER IM BEREICH SCHNITTSTELLEN

Hier sind Fehler und/oder fehlerhafte Massnahmen bei Übergaben bzw. an Schnittstellen jeglicher Art zwischen Fachpersonen oder Institutionen an allen Stellen des Behandlungspfades zusammengefasst. Fehler in diesem Bereich beschränken sich nicht auf bestimmte Situationen, sondern fassen als Querschnittsbereich alle Fehler an Schnittstellen auf allen Ebenen zusammen. Dazu gehören beispielsweise Fehler bei internen Übergaben wie die ungenaue Dokumentation oder die ungenügende Weitergabe von Informationen. Auch (mangelnde) Kommunikation der Berufsgruppen untereinander bedingt Fehler an Schnittstellen. Ebenso zählen dazu Fehler an Schnittstellen zwischen Institutionen, beispielsweise bei der Übergabe in eine ambulante Behandlung oder zwischen verschiedenen ambulanten Leistungserbringern. Fehler an Schnittstellen sind auch in der Somatik eine grosse und bekannte Fehlerquelle. Patienten durchlaufen im

Rahmen einer Behandlung zumeist verschiedene Institutionen, treffen auf verschiedene Fachpersonen und befinden sich oft sogar an unterschiedlichen Orten während der Behandlung und der Nachsorge. Immer dann, wenn Behandlungen, Settings oder Fachpersonen wechseln, eröffnet sich eine Schnittstelle und hiermit der Raum für Fehler. Fehler sind hier zumeist die unzureichende/mangelhafte Weitergabe von wichtigen Informationen, die für die weiterführende Behandlung zentral wären. So definiert, wird deutlich, dass sich im Laufe einer Behandlung, die vom Aufsuchen einer Fachperson bis zum Abschluss der Nachsorge geht, eine Vielzahl grosser und kleiner Schnittstellen ergeben. Weil allein durch die Häufigkeit von Schnittstellen die Wahrscheinlichkeit steigt, einen Fehler zu erleben, ist die Thematik bei der Verbesserung der Patientensicherheit relevant.

Beispiel: Eine Patientin wird auf einer onkologischen Station behandelt. Während ihres stationären Aufenthaltes werden auch depressive Symptome mitbehandelt. Die Depression wird jedoch in der Krankenakte und dem Austrittsbericht nicht erwähnt. In der anschliessenden Reha bleibt die Depression unbehandelt. Die Patientin dekompenziert.

Beispiel: Ein Patient befindet sich in einer stationären Behandlung. Nach Besserung soll er entlassen und ambulant weiterbehandelt werden. Es wird versäumt, eine ambulante Behandlung noch aus dem stationären Setting in die Wege zu leiten. Der Patient ist allein nicht in der Lage, dies zu organisieren, und bleibt im weiteren Verlauf ohne die notwendige ambulante Weiterversorgung.

STRUKTURELLE, LATENTE FEHLER

Hierunter fallen vor allem Fehler und fehlerbegünstigende Faktoren auf Systemebene. Als Fehler kann beispielsweise das Unterbringen von Kindern oder Jugendlichen auf Erwachsenenstationen aufgrund von Platzmangel genannt werden. Ebenso kann hier die Unterbringung von Patienten mit unterschiedlichsten Erkrankungen auf einer Station genannt werden. Die gemeinsame Unterbringung rein aus Platzgründen kann kontraproduktiv sein. Bei Überbelegung steigt beispielsweise die Wahrscheinlichkeit aggressiven Verhaltens der Patienten (18). Ausserhalb der stationären Behandlung können Fehler beispielsweise durch das Nicht-Vorhandensein von Anschlusstherapieplätzen entstehen. Ebenso gehört eine geringe Personaldichte, aus deren Folge Fehler im Alltag auftreten können, zu den latenten Fehlern, die im Themenbereich «Strukturelle Fehler» zusammengefasst werden. Folgen von geringer Personaldichte können sehr lange Wartezeiten für Patienten sein, ein mangelndes Angebot zur Behandlung in der Nähe der Patienten oder aber auch die Anstellung von unterqualifiziertem Personal. Die gesellschaftliche Stigmatisierung von psychisch Erkrankten und psychischen Erkrankungen stellt einen Faktor dar, der das Aufrechterhalten und Neuauftreten von strukturellen Fehlern begünstigt. Strukturelle Fehler haben eine besondere Dimension: Im klinischen Alltag ist es zumeist schwierig bis unmöglich, latente, strukturelle Fehler zu vermeiden. So ist beispielsweise die Verlegung von Kindern oder Jugendlichen auf die Erwachsenenstation im Rahmen einer stationären Behandlung oftmals aus Platzgründen unumgänglich, auch wenn dies nicht einer adäquaten Behandlung entspricht. Auch wenn dies Fachpersonen bewusst ist, werden sie zu dieser Art Fehler gezwungen, weil ihr Einflussraum begrenzt ist. Am «scharfen Ende», im klinischen Alltag, sind diese Fehler also oft nicht zu vermeiden, obwohl Fachpersonen es besser wissen. Daraus ergibt sich für strukturelle Fehler eine weitere Besonderheit: Hier werden Fehler von Personen im klinischen Alltag begangen, die die Risiken als solches erkennen, sie aber in der konkreten Situation nicht verhindern können. Sie können allenfalls versuchen, Patientenschädigungen abzuwenden. Diese Fehler können nur auf latenter Ebene, also lange bevor sie am Patienten ankom-

3.0

men, verhindert werden: durch das Schaffen von genügend Plätzen, einer ausreichenden Personaldichte und einer gut funktionierenden Vor- und Nachsorge.

In diesem Themenbereich finden sich also vor allem Aspekte, die eine politische und gesellschaftliche Komponente beinhalten und so das «enge Umfeld» des klinischen Alltags sprengen. Für die Fehler, die im strukturellen Bereich eingruppiert sind, gibt es meist Lösungsvorschläge. Deren Umsetzung – beispielsweise die Schaffung einer ausreichenden Anzahl von Therapieplätzen – gestaltet sich allerdings oft schwierig, da sie mit finanziellem Aufwand, Lobbyarbeit und mittel- und langfristigen politischen Entscheiden verbunden ist. Die Beschäftigung mit Fehlern aus diesem Bereich wird so offensichtlich zu einer gesellschaftlichen Aufgabe, die jenseits der alleinigen Verantwortung von Fachpersonen liegt.

Beispiel: Eine 15-jährige Patientin wird aus Platzmangel zur Krisenintervention in die Erwachsenenpsychiatrie eingewiesen.

Beispiel: Ein alkoholabhängiger Patient macht in einer stationären Behandlung einen Entzug. Nach dreimonatigem stationärem Aufenthalt wird er weitere vier Monate erfolgreich in einer Tagesklinik zur Stabilisierung behandelt. Als zum Zeitpunkt der Entlassung eine ambulante Nachsorgebehandlung angestrebt wird, kann der Patient erst nach mehrmonatiger Wartezeit eine Anschlussbehandlung erhalten. In dieser Zeit wird er rückfällig und beginnt wieder zu trinken.

3.2 DAS PATIENTENKOLLEKTIV

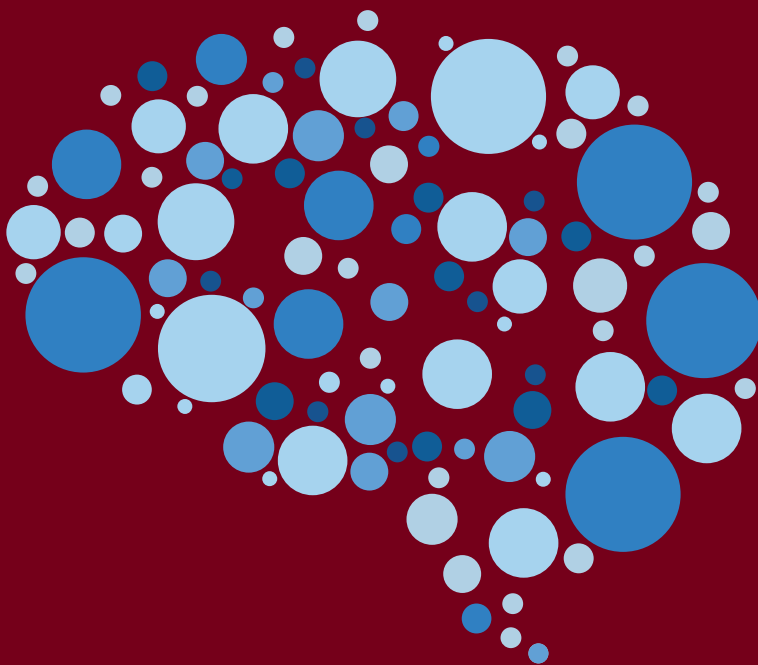
Jeder kann, ähnlich wie von einer somatischen Erkrankung, im Laufe seines Lebens auch von einer psychischen Erkrankung betroffen sein. Es gibt bestimmte Faktoren sowohl bei einem Individuum als auch in seiner Umwelt und seiner Lebensgeschichte, die eine Erkrankung begünstigen können. Niemand ist dagegen gefeit. Psychische Erkrankungen kommen in allen Lebensphasen, Gesellschaftsschichten, Bildungs- und Berufsgruppen, in allen familiären Konstellationen, sozialen Gruppen und in allen Ethnien vor. Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in diesem Sinne keine besondere Gruppe – sondern wie wir. Auch wenn es für einige psychische Erkrankungen genetische Risikofaktoren gibt, die dafür prädisponieren, sind vor allem Risikofaktoren aus der Umwelt entscheidend. Dazu gehören Probleme aufgrund von Traumatisierungen, bereits in der Kindheit bestehenden familiären Schwierigkeiten oder soziale Schwierigkeiten wie beispielsweise fehlende Bindungen oder fehlendes Einkommen, aber auch eine mangelnde Einbindung in ein reguläres Leben durch Arbeitslosigkeit. Kommen mehrere dieser Faktoren zusammen, steigt das Risiko für eine psychische Erkrankung dramatisch. Auch ohne psychische Erkrankung stellen die genannten Faktoren eine Belastung dar.

In dem Moment, in dem Menschen psychisch erkranken, stellen sie als Patientengruppe per Definition aber eine besonders vulnerable Gruppe dar. Die psychische Erkrankung beeinträchtigt den Patienten unter Umständen in seiner Person als Ganzes. Die Fragen nach Autonomie oder nach Selbst- und Fremdgefährdung sind untrennbar mit der Person und der Krankheit verbunden. Zuweilen sind Themen besonders heikel, wenn es beispielsweise um die Frage der Behandlung versus Nichtbehandlung, das Einleiten von freiheitsbeschränkenden Massnahmen oder die Diagnosestellung geht. Unter Umständen können solche Punkte aber mit dem Patienten selbst nicht diskutiert werden, da er durch die Erkrankung in der Urteilsfähigkeit beeinträchtigt ist. Dass die Beurteilung einer

Person als Ganzes, ihrer Integrität, ihres Verhaltens, Empfindens und Erlebens Teil der Behandlung ist, eröffnet also einen sensiblen Bereich der Patientensicherheit.

Wenn hinzukommt, dass eine Person aufgrund der Schwere ihrer Beeinträchtigung nicht für sich selbst Verantwortung übernehmen kann, und möglicherweise auch die Kommunikation mit dem Behandlungsteam nicht oder nur schwer möglich ist, ist das Risiko für Fehler und Fehleinschätzungen zum Schaden des Patienten besonders gross. Diese Besonderheit ist eine grosse Herausforderung für die Patientensicherheit in der Versorgung psychisch Erkrankter. In Abgrenzung zur somatischen Medizin ist die direkte Wechselwirkung, in der Patienten mit psychischen Erkrankungen mit ihrer Umgebung oder dem Kontext, in dem sie sich befinden, eine weitere Besonderheit. Symptome einer Erkrankung sind nicht immer absolut, sondern stellen sich zum Teil abhängig von der sozialen und restlichen Umgebung der betroffenen Person individuell dar. Diese gewisse Variabilität gilt es zu erkennen und in die Behandlung miteinzubeziehen. Dies ist zum Beispiel bei der Diagnosestellung herausfordernd. Obwohl es selbstverständlich auch bei psychischen Erkrankungen klare Definitionen für Diagnosestellungen und Behandlungen gibt, so ist doch der Spielraum, in dessen Rahmen Fehler passieren können, grösser. Die Bandbreite, in der sich Symptome und Beschwerden manifestieren, ist bei psychischen Erkrankungen zum Teil grösser und schwieriger zu erkennen als bei somatischen. Dennoch – und darin besteht eine weitere Herausforderung – die durch die Eigenschaften des Patientenkollektivs entsteht – darf über der Beachtung der Variabilität und der Vulnerabilität der Patienten das standardisierte Vorgehen und das Einhalten von Leitlinien nicht vergessen werden. Weil Patienten und ihre Symptome zum Teil individuell sind, müssen die Diagnose und die Behandlung besonders sorgfältig gewählt werden. Kriterien von Leitlinien müssen genau beachtet werden. Die Beschreibung der Patientengruppe als «Risikofaktor per se» darf keine Sonderbehandlung nach sich ziehen. Die Beschreibung soll sensibilisieren und das Bewusstsein dafür schärfen, dass die Patientengruppe besonders ist und besondere Herausforderungen an die Definition und die Verbesserung der Patientensicherheit stellt. Gleichwohl wollen wir hier deutlich machen, dass Fehler genauso eindeutig definiert und vermieden werden können wie bei somatischen Patienten. Vor diesem Hintergrund bilden sie eine eigene Risikogruppe mit spezifischen Herausforderungen, die es gilt, im Blick zu behalten. Die Minimierung oder Vermeidbarkeit von Fehlern und unerwünschten Ereignissen wird dadurch jedoch in ihrer Struktur nicht verändert und ist ein Anliegen, das systematisch angegangen werden soll. Trotz oder gerade wegen der Besonderheit des Patientenkollektivs müssen Bestrebungen, die Patientensicherheit in der Versorgung psychisch Erkrankter zu verbessern, systematisch umgesetzt werden. Gleichzeitig müssen Massnahmen flexibel bleiben, um diese Besonderheiten berücksichtigen zu können.

Jeder kann im Laufe seines Lebens von einer psychischen Erkrankung betroffen sein – bestimmte Faktoren, sowohl in der Person eines Individuums als auch in seiner Umwelt und seiner Lebensgeschichte, können eine Erkrankung begünstigen.



4.0

HANDLUNGSBEDARF

Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat im Jahr 2015 das zum grössten Teil von der FMH finanzierte Projekt «Patientensicherheit in der Versorgung psychisch Erkrankter» lanciert und durchgeführt. Das Ergebnis ist der Aktionsplan. Das Projekt bestand aus drei Modulen. In den einzelnen Projektabschnitten ging es immer darum, von Experten aus unterschiedlichen Bereichen möglichst viele Informationen über Aspekte der Patientensicherheit in der Versorgung psychisch Erkrankter zu erhalten. Die Module beinhalten folgende Elemente.

- 1: Definition
- 2: Erfassung
- 3: Konzeption

Modul 1: Definition und Eingrenzung von «Patientensicherheit in der Versorgung psychisch Erkrankter»

In zwei interprofessionell zusammengesetzten Round-Table-Diskussionen wurde mit einem breit gefächerten Erfahrungsspektrum aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen und den verschiedenen Landesteilen der Schweiz eine Definition von «Patientensicherheit in der Versorgung psychisch Erkrankter» erarbeitet. 20 Experten aus der Wissenschaft und der Praxis waren eingeladen, um ein möglichst umfassendes Bild zu erhalten. Ziel war es, das Thema breit und vor einem gemeinsamen Verständnishintergrund zu erfassen. Mediziner, Patientenvertreter, Pflegende, Psychologen, ambulant und stationär arbeitende Fachpersonen waren in der Expertenrunde vertreten. Durch die breite Auswahl der Experten haben wir sichergestellt, dass die unterschiedlichsten Bereiche und (Berufs-)Gruppen, die in die Versorgung psychisch Erkrankter involviert sind, in das Projekt einbezogen wurden. Nur wenn die «Bestandsaufnahme» breit abgestützt ist, kann sie die unterschiedlichsten Aspekte der Versorgung realistisch und vollständig abbilden. Zentrale Diskussionspunkte waren:

- Was bedeutet Patientensicherheit spezifisch für die Versorgung psychisch Erkrankter?
- Wo besteht der grösste Handlungsbedarf und warum?
- Gibt es bereichsübergreifende Risikokonzentrationen?

Modul 2: Systematische Erfassung bereits vorhandener Projekte und Aktivitäten in der Schweiz

In einem zweiten Schritt wollten wir Projekte zur Verbesserung der Patientensicherheit erfassen, die bereits vorhanden sind. Den Experten des Round-Table wurde ein Fragebogen zugestellt, den sie wiederum an einige Experten weitergeleitet haben. Die so ausgewählten Personen wurden zu laufenden Projekten und dringlichem Handlungsbedarf befragt. Das Ziel war es, möglichst systematisch und umfassend in der gesamten Schweiz Projekte zu erfassen, die zum Thema Patientensicherheit in der Versorgung psychisch Erkrankter bestehen.

Modul 3: Konzeption und Verfassen eines Handlungsplans

Die Informationen aus den ersten beiden Modulen bildeten die Grundlage für die Erstellung des vorliegenden Aktionsplans. In einer Delphi-Befragung (einer Methode, um einen Konsens zwischen Experten zu erzielen) wurden die in Modul 1 und 2 definierten Themenbereiche von den Expertinnen und Experten auf unterschiedlichen Dimensionen nach Wichtigkeit eingeschätzt.

4.1 WIE KÖNNEN WIR THEMEN GEWICHTEN?

Die Frage der Wichtigkeit oder Dringlichkeit der einzelnen Themen ist nicht eindeutig zu beantworten. Je nachdem in welchem Setting man sich befindet, werden einzelne Themen und Probleme dringlicher als andere. Die Aktualität der Themen wechselt in Abhängigkeit des Settings. Auch aus der Sicht der verschiedenen Akteure (Ärzte, Pflege, Wissenschaft, Patienten) können Themen als unterschiedlich wichtig erachtet werden. Beispielsweise treten manche Probleme und Risiken in manchen Settings vermehrt oder gar nicht auf. Zum anderen kann es aber auch daran liegen, dass die Themen implizit oder explizit nach verschiedenen Kriterien bewertet werden. Je nach Situation, in der sich der Beurteilende befindet, gewichtet er bestimmte Dimensionen eines Themas stärker als andere. Natürlich gibt es auch Übereinstimmungen. Manche Themenaspekte können über alle Fachbereiche und alle Personen hinweg als von grösster Wichtigkeit eingeschätzt werden. In diesem Spannungsfeld bewegen sich die Einschätzungen, die in diesem Aktionsplan vorgelegt werden. Bis heute gibt es aber erst wenig gebündelte Aktivitäten und Bemühungen zur Verbesserung der Patientensicherheit in der Versorgung psychisch Erkrankter. Vielmehr schlagen sich Bemühungen in kleinen, lokalen Aktivitäten nieder. Eine erste Anstrengung im vorliegenden Projekt galt deswegen der Abstimmung mit Expertinnen und Experten über die Prioritätensetzung, um einen gemeinsamen Ausgangspunkt für Aktivitäten definieren zu können. Keine der Bewertungen ist dabei absolut. Es ist durchaus möglich, dass manche Aspekte der Bewertung wichtiger sind als andere. Wir haben in Abstimmung mit den Experten die Themen mit möglichst grosser Übereinstimmung gewichtet. Hierzu haben wir eine Delphi-Befragung durchgeführt, um zu einem Konsens zu gelangen. Wir haben ausserdem jedes Thema auf vier Dimensionen bewertet, um den unterschiedlichen Perspektiven, die man für eine Priorisierung anführen kann, gerecht zu werden.

Was bedeutet Patientensicherheit spezifisch für die Versorgung psychisch Erkrankter und wo liegt der grösste Handlungsbedarf?

Delphi-Befragung

Als Delphi-Befragung bezeichnet man ein qualitatives Verfahren, bei dem Meinungen zu einem bestimmten Thema von Experten gesammelt werden. Auch wenn eine Vielfalt an Definitionen besteht, kann man die ihnen zugrunde liegende Idee zusammenfassen. Kennzeichnend für eine Delphi-Befragung sind mehrere Runden der Datenerhebung, denen jeweils ein anonymes Feedback vorausgeht. Das Feedback dient dazu, die Meinungen der Experten zu einem konkreten Problem über die Runden hinweg zu präzisieren. Es bestehen unterschiedliche Arten der Delphi-Befragung, die je nach Fokus ausgewählt werden können. In unserem Projekt haben wir uns für ein sogenanntes Konsens-Delphi entschieden. Das Ziel der Befragung war es, einen möglichst breiten Konsens der Experten im Hinblick auf die Priorisierung der Themenbereiche zu erreichen. Bei diesem Typ der Delphi-Befragung wird ein bereits stark operationalisiertes Thema einer spezifischen Auswahl an Experten zur ausschliesslich standardisierten Bewertung vorgelegt. Das Ziel ist hier ein hohes Mass an Übereinstimmung zwischen den Teilnehmenden. Anonymes Feedback zu den Antworten der Teilnehmenden wird vom Monitoringteam gegeben. In unserem Projekt haben wir den Experten die neun Themenbereiche zur Bewertung anhand der vier Dimensionen und einer globalen Einschätzung in einem Onlineformular vorgelegt. Wir haben insgesamt zwei Runden durchgeführt. An der ersten Runde haben 11 und an der zweiten Runde 14 Experten teilgenommen. In der ersten Runde haben wir als «hohe Übereinstimmung» gewertet, wenn 7 oder mehr Teilnehmende die identische Einschätzung abgaben. Als «mittlere Übereinstimmung» haben wir bewertet, wenn sich die Einschätzungen gleichmässig auf zwei nebeneinanderliegende Kategorien verteilten oder 6 von 11 Teilnehmenden eine identische Einschätzung abgaben. Alles andere haben wir als «geringe Übereinstimmung» gewertet.

In der zweiten Runde haben wir den Experten das Bild, das sich aus der ersten Runde ergab, nochmals zur Beurteilung vorgelegt. Sie sollten das vorgelegte Ergebnis anhand der Kategorien «Dieser Rangfolge kann ich voll zustimmen, mich anschliessen trotz eventueller Abweichungen im Detail oder mich nicht anschliessen» bewerten. In der Auswertung der zweiten Runde sind die Einschätzungen der Experten und die Anmerkungen bei Uneinigkeit berücksichtigt. Aufgrund der Kommentare wurde die Rangliste vom Projektteam an einigen Stellen korrigiert. Die Abbildungen und die Einschätzungen der Themen und der Dimensionen und auch die globale Priorisierung der Themenbereiche in diesem Aktionsplan bilden den erzielten Konsens unter den Experten ab.

4.2 WELCHE DIMENSIONEN UNTERSCHIEDEN WIR?

Wir haben vier Dimensionen definiert, anhand derer die Themen in diesem Aktionsplan eingeschätzt wurden.

Dimension 1: Auftretenshäufigkeit eines Fehlers

In dieser Dimension wird abgebildet, wie häufig Patienten von einem Fehler aus einem der Themenbereiche betroffen sind.

Dimension 2: Schadenspotenzial eines Fehlers

In dieser Dimension wird abgebildet, inwieweit Fehler in diesem Bereich das Potenzial haben, für betroffene Personen folgenschwer zu sein. Es ist denkbar, dass Fehler in manchen Bereichen grössere Auswirkungen auf den betroffenen Patienten haben als in anderen.

Dimension 3: Vermeidbarkeit eines Fehlers

In dieser Dimension wird abgebildet, inwieweit Möglichkeiten bekannt sind, mit denen durch fachlich adäquates Verhalten («state of the art») Fehler zu vermeiden wären (beispielsweise das Verwenden von Leitlinien oder Tools).

Dimension 4: Umsetzbarkeit von Massnahmen

In dieser Dimension wird abgebildet, inwiefern bereits ein Problembewusstsein bei den relevanten Personen vorhanden ist und inwiefern Massnahmen zur Fehlerreduktion auf Interesse stossen würden. Manche Themenbereiche sind bereits relativ stark präsent, hier besteht eine Sensibilität dafür, dass Massnahmen getroffen werden müssten. Die Umsetzbarkeit von Massnahmen in diesem Bereich kann als relativ gross beschrieben werden. In anderen Bereichen braucht es hingegen vor der konkreten Umsetzung von Massnahmen zunächst vorgelagerte Bemühungen wie beispielsweise das Schaffen eines Problembewusstseins, aber auch die Bereitstellung von Ressourcen oder die Überprüfung der Kompatibilität mit anderen Massnahmen oder Anforderungen.

Die Dimensionen sind unabhängig voneinander und gleichwertig. So kann es beispielsweise sein, dass Fehler in einem Themenbereich als sehr häufig vorkommend eingeschätzt werden. Gleichzeitig kann das eingeschätzte Schadenspotenzial gering sein. Wie diese Unterschiede in die zusammenfassende Einordnung der Wichtigkeit einfließen, hängt immer auch von der Perspektive des Beurteilenden und dessen Zielsetzung ab. Wir haben im vorliegenden Aktionsplan versucht, einen möglichst breiten Konsens zu erzielen und die globale Einschätzung der Themenbereiche mit grösstmöglicher Übereinstimmung der ExpertInnen zu erstellen. Die Dimensionen können auch herangezogen werden, um ausgehend von der allgemeinen Einschätzung in diesem Aktionsplan die Themen für das eigene Handlungsfeld zu gewichten und einzuschätzen. So können Sie in einem ersten Schritt für Ihren eigenen Arbeitsbereich überlegen, welche Themen aus welchem Grund für Sie die grösste Wichtigkeit haben. Um für sich zu einer Einschätzung zu gelangen, können Sie die vorgestellten Themenbereiche anhand der Dimensionen im Hinblick auf die Gegebenheiten in Ihrem Setting prüfen und gewichten.

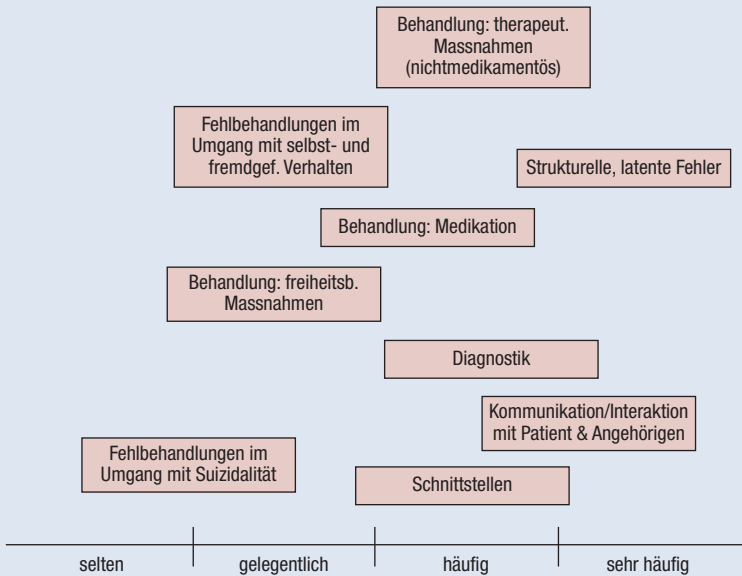
4.0

4.3 PRIORITÄTEN SETZEN

Wie kann man nun in einem Gebiet, das sich als derart komplex und vielschichtig erweist, zu einer sinnvollen Prioritätensetzung kommen, die über eine individuelle Einschätzung hinausgeht und somit einen allgemeinen Mehrwert aufweist? Wir haben uns entschieden, die Ergebnisse der Delphi-Befragung in diesem Aktionsplan sehr transparent darzustellen und erst in einem zweiten Schritt zu diskutieren. So kann der Leser die Diskussion nachvollziehen und hat Zugang zu einer Fülle an Informationen, die es unserer Meinung nach braucht, um sich eine Meinung bilden zu können. Gleichwohl sind die hier dargestellten Ergebnisse und Überlegungen Ergebnis eines intensiven Prozesses, einer Auseinandersetzung mit dem Thema und der «geballten Expertise» von Fachpersonen. Die transparente Darstellung der Ergebnisse soll möglichst viele Informationen zur Verfügung stellen, ohne die Fundiertheit der Einschätzung.

4.3.1 Auftretenshäufigkeit von Fehlern

Abbildung 2. Einschätzung der Auftretenshäufigkeit von Fehlern in den neun Themenbereichen.

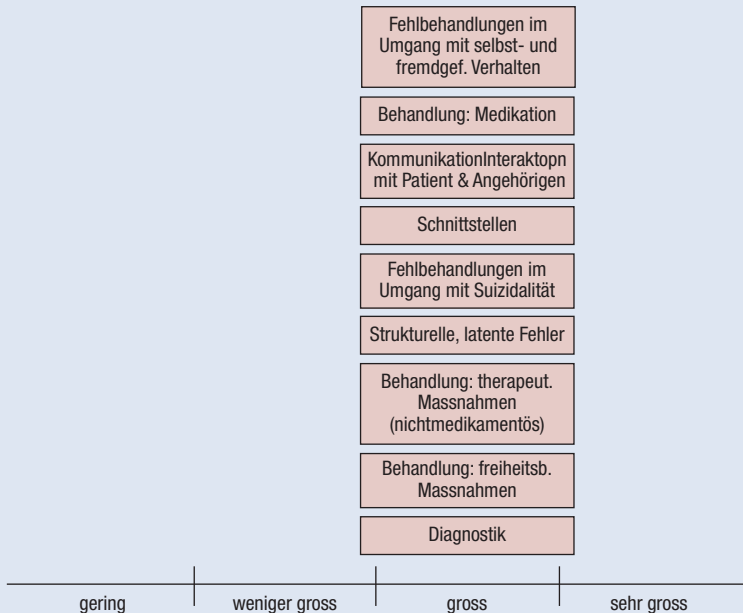


In der Abbildung ist die finale Bewertung der neun Themenbereiche auf der Dimension «Auftretenshäufigkeit» zu sehen. Die Bewertung spiegelt sich in den vier Kategorien wider. Die vertikale Anordnung der Themenbereiche hat keine inhaltliche Bedeutung.

Die Darstellung zeigt eine grosse Variabilität bei der Einschätzung der Auftretenshäufigkeit der Fehler. Je nach Thema ist die Wahrscheinlichkeit, von einem Fehler in diesem Bereich betroffen zu sein, grösser oder geringer. Die Beurteilung der Wahrscheinlichkeit ist jedoch nicht nur relativ, weswegen sie allein nicht als Priorisierungsmerkmal verwendet werden kann. Die Beurteilung bezieht sich auch auf absolute Häufigkeiten. In einem Bereich, in dem absolut betrachtet die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Fehlers niedrig ist (Umgang mit Suizidalität), in dem aber auch die absolute Anzahl von Ereignissen niedrig ist (Suizid), kann ein Fehler relativ betrachtet bereits recht häufig sein. Hinzu kommt, dass diese Einschätzung mit dem Schadenspotenzial zusammen gewichtet werden muss. Einzelne Fehler, die im Zusammenhang mit dem Umgang mit Suizidalität stehen, können potenziell schwerwiegender sein als Fehler aus anderen Themenbereichen. Die Auftretenshäufigkeit allein reicht nicht aus, um die Priorität eines Themas zu definieren. Es ist denkbar, dass Fehler, die sehr häufig sind, nur sehr selten das Potenzial haben, ernsthaft zu schaden. Hier müsste dann die Häufigkeit ins Verhältnis zum Schadenspotenzial gesetzt werden, um eine Gewichtung vornehmen zu können.

4.3.2 Schadenspotenzial von Fehlern

Abbildung 3. Einschätzung des Schadenspotenzials von Fehlern in den neun Themenbereichen.



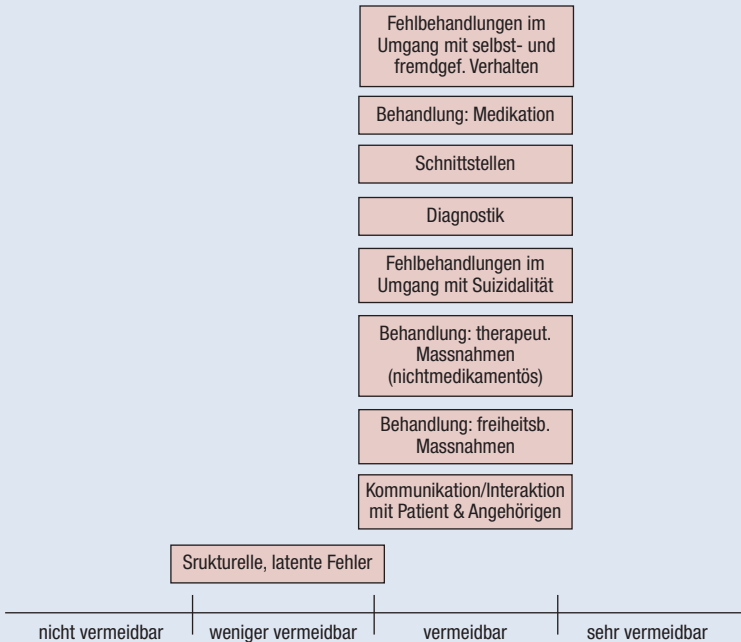
In der Abbildung ist die finale Bewertung der neun Themenbereiche auf der Dimension «Schadenspotenzial» zu sehen. Die Bewertung spiegelt sich in den vier Kategorien wider. Die vertikale Anordnung der Themenbereiche hat keine inhaltliche Bedeutung.

4.0

Fehler wurden in allen Themenbereichen mit potenziell schwerwiegenden Konsequenzen für den Patienten eingeschätzt. Das Schadenspotenzial von Fehlern wird in allen Bereichen als «gross» bezeichnet. Diese Dimension ist also nicht gut geeignet, um die Themenbereiche zu differenzieren. Allerdings unterstreicht diese Einschätzung deutlich, wie wichtig Massnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit in der Versorgung psychisch Erkrankter sind: Die Experten sind sich einig, dass die Fehler, die in den Bereichen passieren können, alle das Potenzial haben, dem Patienten ernsthaft zu schaden.

4.3.3 Vermeidbarkeit von Fehlern

Abbildung 4. Einschätzung der Vermeidbarkeit von Fehlern in den neun Themenbereichen.



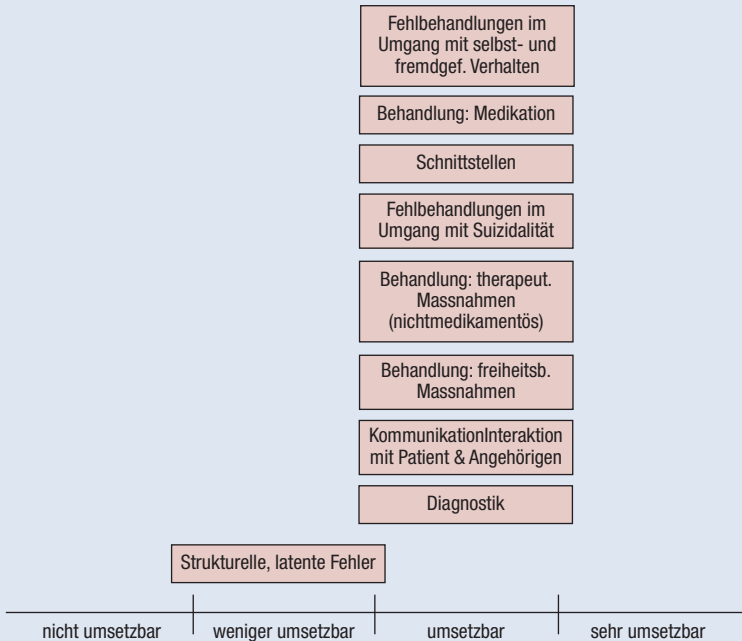
In der Abbildung ist die finale Bewertung der neun Themenbereiche auf der Dimension «Vermeidbarkeit» zu sehen. Die Bewertung spiegelt sich in den vier Kategorien wider. Die vertikale Anordnung der Themenbereiche hat keine inhaltliche Bedeutung.

Auch hier zeigt sich, dass die Expertinnen und Experten, wenn die Meinungen aus allen Bereichen und aus allen (Berufs-)Gruppen zusammengenommen werden, eigentlich alle Themen als vermeidbar einschätzen. Man kann dies als positive Nachrichten werten, bedeutet es doch, dass durchaus Möglichkeiten bestehen und bekannt sind, wie diese Fehler zu vermeiden wären. Der Themenbereich «Strukturelle Fehler» wird als einziger als weniger vermeidbar eingeschätzt. Die Einschätzungen der Experten bilden die Sicht auf die Möglichkeiten des Einzelnen ab. Bei strukturellen Fehlern benötigen wir jedoch eine zweite Perspektive, um dem Thema gerecht zu werden. Strukturelle Fehler beschreiben vor allem Aspekte wie zu wenig oder falsche Unterbringungsmöglichkeiten für Patienten, wie beispielsweise zu wenige Plätze für die stationäre Aufnahme von Kindern und Jugendlichen. Ebenso sind geringe Personaldichte oder ein Mangel an Nachsorge unter strukturellen Fehlern zu subsumieren. Diese Fehler, die auf latenter, d.h. auf Systemebene, relativ weit weg vom Patienten entstehen, führen im klinischen Alltag, am «scharfen Ende», dazu, dass Personen keine andere Möglichkeit haben, als einen Fehler zu machen. So sind die Auswirkungen, die strukturelle Fehler im klinischen Alltag haben, oft nur sehr schwierig oder gar nicht vermeidbar. Die Einschätzung der Vermeidbarkeit struktureller Fehler hat allerdings eine weitere, abstraktere Ebene. Auf dieser Ebene geht es um die Einschätzung von theoretisch vorhandenen Massnahmen. Aus dieser Perspektive betrachtet, erscheint die Vermeidung struktureller Fehler als realisierbar: Die Fehler würden nicht passieren, wenn es genügend Plätze für Kinder und Jugendliche zur stationären Unterbringung gäbe. Ebenso vermeidbar wären Konsequenzen, die aus Personalmangel entstehen, wenn genügend Personal eingestellt würde. Gerade strukturelle Fehler sind – und das wird spätestens in dieser Dimension deutlich – kein «Fachproblem», sondern vor allem ein gesellschaftspolitisches Problem. Zu den strukturellen Fehlern kann auch die Stigmatisierung zugeordnet werden, die ein gesellschaftspolitisches Problem darstellt. Stigmatisierung von psychisch Erkrankten begünstigt strukturelle Fehler, weil dies es schwieriger macht, gesellschaftspolitische Veränderungen durchzusetzen. Eine entsprechende Infrastruktur zu schaffen, um strukturelle Fehler zu vermeiden, ist so umso schwieriger, selbst wenn in der Theorie Lösungsmöglichkeiten vorhanden sind.

4.0

4.3.4 Umsetzbarkeit von Massnahmen

Abbildung 5. Einschätzung der Umsetzbarkeit von Massnahmen in den neun Themenbereichen.



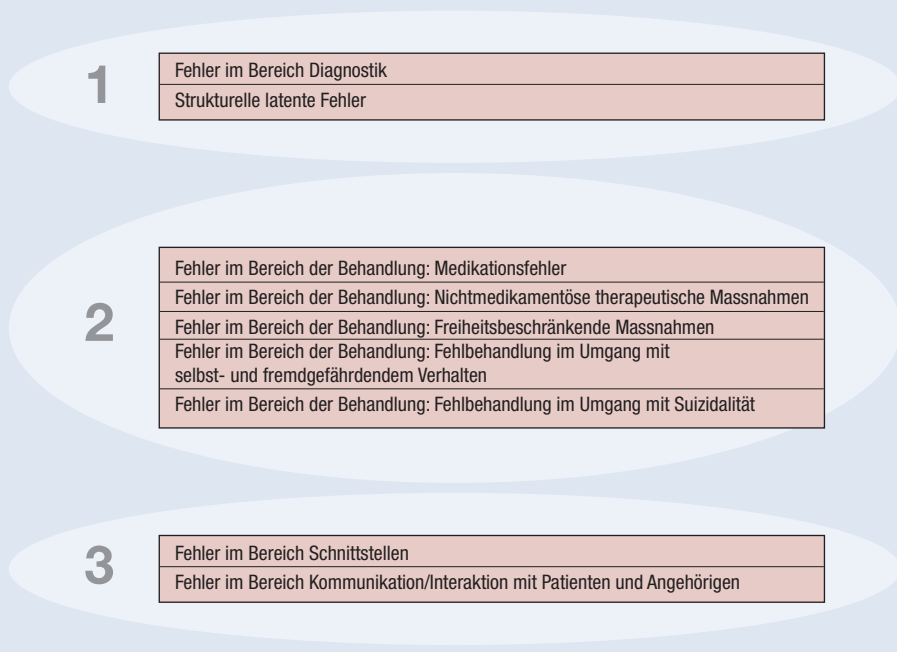
In der Abbildung ist die finale Bewertung der neun Themenbereiche auf der Dimension «Umsetzbarkeit» zu sehen. Die Bewertung spiegelt sich in den vier Kategorien wider. Die vertikale Anordnung der Themenbereiche hat keine inhaltliche Bedeutung.

Die Einschätzung der Experten zur Umsetzbarkeit von Massnahmen zeigt deutlich, dass Massnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit in fast allen Bereichen als umsetzbar eingeschätzt werden. Hier sind nun vor allem Fachpersonen, Betroffene und Personen, die im nahen Umfeld der Versorgung psychisch Erkrankter arbeiten, gefordert, Massnahmen zu ergreifen und aktiv zu werden. Wie auch auf der Dimension «Vermeidbarkeit» sehen die Experten strukturelle Fehler als weniger umsetzbar an. Diese Einschätzung unterstreicht, wie wichtig es ist, sich gesellschaftspolitisch für das Thema zu engagieren, damit Massnahmen zur Vermeidbarkeit struktureller Fehler umsetzbar werden und ein Klima entsteht, in dem das Ergreifen von Massnahmen auf politischer Ebene als dringend erkannt wird. Diese gesellschaftliche Stimmung sehen die Experten zum heutigen Zeitpunkt als noch nicht gegeben an, weswegen sie Massnahmen im Bereich struktureller Fehler als weniger umsetzbar einschätzen.

4.3.5 Zusammenfassende Bewertung

Wie lassen sich nun die sehr unterschiedlichen Dimensionen, auf denen die Themen eingeschätzt worden sind, so zusammenbringen und gewichten, dass sich eine globale Bewertung und Gewichtung der neun Themenbereiche erstellen lässt? Dies kann nur gelingen, wenn man in einem Gesamtschaubild die einzelnen Dimensionen und Themen zueinander in Beziehung setzt und miteinander abwägt. Hier hat der individuelle Standpunkt immer einen Einfluss auf die Einordnung und Gewichtung. Dies ist richtig und wichtig, denn der Kontext, in dem es um die Verbesserung der Patientensicherheit in der Versorgung psychisch Erkrankter geht, ist sehr divers. Wer ist betroffen? Geht es um Kinder und Jugendliche oder um Erwachsene? Befinde ich mich in einem stationären oder ambulanten Setting? Mit welchen Erkrankungen des Spektrums beschäftige ich mich? Welcher Berufs- oder Patientengruppe gehöre ich an? Diese Fragen haben Einfluss darauf, wie die einzelnen Themenbereiche priorisiert werden. Die Einschätzung, die wir hier diskutieren, ist der Konsens, zu dem die Experten in der Delphi-Befragung gelangt sind.

Abbildung 6. Einschätzung der globalen Gewichtung der neun Themenbereiche.



Die Abbildung spiegelt die globale Einschätzung der Priorität der neun Themenbereiche wider. Themenbereiche innerhalb einer Ellipse werden als gleich wichtig erachtet. Die Nummerierung von 1 bis 3 zeigt die unterschiedliche Wichtigkeit der drei Gruppen.

4.0

Der dringlichste Handlungsbedarf wird bei den Themen «Strukturelle Fehler» und «Fehler im Bereich der Diagnostik» gesehen. Strukturelle Fehler werden vor allem deswegen als besonders wichtig erachtet, weil durch die Fehlerentstehung auf latenter Ebene einzelne Individuen wenig Spielraum haben, um Konsequenzen, die aus diesen Fehlern entstehen, abzuwenden. Auch dann nicht, wenn sie einen Fehler erkennen. So entsteht ein System, in dem Fachpersonen am «scharfen Ende» gezwungen sind, Behandlungen, Unterbringungen oder Leistungen falsch oder gar nicht durchzuführen, obwohl sie das Schadenspotenzial, das für die Patienten entsteht, kennen und erkennen. Es besteht eine Distanz zwischen den Personen und den Institutionen, die handlungsfähig wären, um die Fehler zu vermeiden, und zwischen Fachpersonen, die zum «Überbringer» der Fehler werden. Das Bewusstsein dafür, dass Fehler vorkommen und zum Teil schwerwiegende Konsequenzen haben, ist jedoch vor allen bei den Personen vorhanden, die Risiken wissentlich eingehen müssen, und weniger bei den Personen, die auf latenter Ebene den Fehler verhindern könnten. Diese Diskrepanz macht den Handlungsbedarf gross und verleiht dem Themenbereich hohe Priorität. Zudem sind von strukturellen Fehlentscheidungen häufig ganze Patientengruppen betroffen.

Die Wichtigkeit des Bereichs «Fehler in der Diagnostik» beruht auf einer anderen Ausgangslage. Fehler im Bereich der Diagnostik wiegen dadurch schwer, dass sie häufig sind. Aber auch weil sie, als Grundlage der weiterführenden Behandlung, wegweisend sind und sich in ihrer Problematik vor allem auf die Interaktion bei der Abklärung von somatischen und psychischen Erkrankungen beziehen. Häufige Fehldiagnosen bestehen nämlich vor allem im Nichtdiagnostizieren von Erkrankungen. Patienten mit psychischen Problemen wenden sich häufig zunächst an ihren Hausarzt. Unterlassene oder nicht erkannte Diagnosen aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen treten aber gerade beim Hausarzt häufig auf. So bleibt ein gewisser Prozentsatz der Patienten falsch oder nicht behandelt, weil eine falsche Diagnose gestellt wird beziehungsweise eine psychische Erkrankung gar nicht berücksichtigt wird. Ebenso kommen unterlassene oder falsche somatische Diagnosen bei psychisch erkrankten Menschen vor. Es besteht die Gefahr, dass psychisch Erkrankte mit somatischen Beschwerden zu wenig ernst genommen werden und die adäquate Abklärung dieser Beschwerden nicht stattfindet. So bleiben psychisch Erkrankte bisweilen somatisch unbehandelt, obwohl eine Behandlung eindeutig indiziert wäre. Diese Notwendigkeit der disziplinübergreifenden Aufmerksamkeit und Sensibilität beim Stellen von Diagnosen stellt einen Risikofaktor dar. Wenn die Fachpersonen sich dieser möglichen Fehlerquelle nicht bewusst sind, sind Fehler hier wahrscheinlich. Die Notwendigkeit, interdisziplinär und abseits der eigenen Expertise zu denken, stellt eine besondere Herausforderung dar. Natürlich kommen auch Fehler bei der Diagnostik innerhalb des Fachgebiets vor. Hier ist es vor allem die Schwierigkeit der differenzialdiagnostischen Abklärung mancher Erkrankungen, die das Risiko für Fehler erhöht. Die Diagnostik psychischer Erkrankungen basiert aber viel stärker auf subjektiver Einschätzung als in der Somatik, da meistens keine objektive Parameter, wie z.B. Blutwerte, zur Diagnose vorhanden sind. Die Diagnostik von psychischen Erkrankungen beruht auf dem Erkennen von Zuständen. Auch wenn hier keineswegs behauptet werden soll, dass die Diagnostik somatischer Beschwerden einfach ist und die Diagnose psychischer Erkrankungen komplexer, so erhöht dies das Risiko differenzialdiagnostischer Fehler. Eine weitere Möglichkeit dafür, dass zur Vermeidung von Fehlern im Bereich der Diagnostik eine hohe Priorität beigemessen wird, kann darin bestehen, dass die Diagnose sozusagen die Pforte für alle weiteren Behandlungsschritte und daraus folgend auch für alle weiteren potenziellen Fehler ist.

Wenn bereits hier Fehler geschehen und eine falsche oder keine Diagnose gestellt wird, zieht sich dieser Fehler durch die gesamte Behandlung durch. Dass die Vermeidung von Fehlern im Bereich der Diagnostik Priorität haben muss, wird durch Resultate aus Studien bestätigt, die gezeigt haben, dass Menschen mit Komorbiditäten (einer Kombination von psychischen und somatischen Erkrankungen) Opfer von Fehlern werden (19). Fehler im Bereich der Diagnostik haben zudem ein anderes «emotionales» Gewicht. Während beispielsweise ein Medikationsfehler als klarer Fehler erkannt (und entschuldigt) werden könnte, können diagnostische Fehler zusätzlich das Gefühl von Unsicherheit auslösen. So, wie eine klare Diagnose in manchen Fällen erleichternd wirken kann, weil Patienten wissen, um was es geht, kann eine falsche oder fehlende Diagnose umgekehrt Verunsicherung Stress auslösen.

Einen zweiten Themenblock machen Fehler aus, die sich im Zusammenhang mit der direkten Behandlung ergeben. Hierunter fallen Aktivitäten zur Prävention von Fehlern im Zusammenhang mit der Medikation, mit nichtmedikamentösen und therapeutischen Massnahmen, mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen, mit selbst- und fremdgefährdendem Verhalten und mit Suizidalität. Fehler in diesem Bereich haben schwere, direkte Konsequenzen für das betroffene Individuum. Es ist deswegen unabdingbar, Bestrebungen, die Fehler in diesen Bereichen vermeiden können, voranzutreiben. Der Bereich «Medikation» weist die grössten Überschneidungen mit Somatik auf. Lösungsvorschläge, Aktivitäten und Massnahmen zur Reduktion von Fehlern bei der Medikation sind ein zentrales, viel diskutiertes und beforschtes Thema in der Patientensicherheit. Umso ernüchternder ist die Erkenntnis, dass dieses Thema nach wie vor auf der Prioritätenliste so weit oben steht. Es wird einmal mehr deutlich, dass die Verordnung von Medikamenten und alle damit zusammenhängenden Prozesse fehleranfällig sind. Es benötigt Anstrengungen, um Prozesse so umzugestalten, dass Fehler reduziert oder vermieden werden können. Die Vermeidung von Fehlern im Bereich der Medikation bleibt also auch für die Patientensicherheit in der Versorgung psychisch Erkrankter eine zentrale Herausforderung. Die gleiche – wenn auch nicht auf den somatischen Bereich übertragbare – Erklärung ergibt sich für die Themen «Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen», «selbst- und fremdgefährdendes Verhalten» und «Suizidalität». Auch in diesen Bereichen hat es in den letzten Jahren grosse Anstrengungen und Fortschritte gegeben, um Fehler zu reduzieren oder zu vermeiden. Zum Teil lokal, aber vielmals auch an zentraler Stelle gebündelt, gibt es Verbände, Aktivitäten, Weiterbildungen und Forschung, die sich mit der Frage beschäftigen, wie Fehler in diesen Bereichen vermieden werden können. Wenn Fehler in diesen Bereichen passieren, haben sie aber zumeist katastrophale Auswirkungen auf den Betroffenen. Fehler im Umgang mit Suizid können im schlimmsten Fall in einem unumkehrbaren, vollzogenen Suizid enden, Fehler im Zusammenhang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen können in der physischen oder psychischen Schädigung der Betroffenen enden. Da freiheitsbeschränkende Massnahmen in die persönliche Freiheit und Integrität des Betroffenen eingreifen, wiegen Fehler, die in diesem Bereich geschehen, besonders schwer und nachhaltig. So ist es erklärbar, warum diesen Themen nach wie vor grosse Wichtigkeit beigemessen wird.

Fehler, die im Bereich nichtmedikamentöser therapeutischer Massnahmen vorkommen, müssen aus einem anderen Grund als wichtig erachtet werden. Vor allem im Bereich der Psychotherapie ist es heute noch schwierig, Fehler genau zu definieren. Auf Fragen wie «Was sind Fehler in der Psychotherapie? Wie kann man Fehler in der Psychotherapie messen? Muss ein Fehler immer «sichtbar» sein? Was sind zum Beispiel Nebenwirkun-

4.0

gen von und Schädigungen durch Therapien?» gibt es im Bereich der Versorgung psychisch Erkrankter noch viel weniger systematische Antworten als in der Somatik. Auch wenn in der Somatik ebenfalls nach wie vor Forschungsbedarf besteht, beispielsweise beim systematischen Monitoring von Nebenwirkungen bei Medikamenten, besteht hier Forschungsbedarf auf einer anderen Ebene. So müssen diffusere Ereignisse, wie beispielsweise die Scheidung eines Patienten während einer Psychotherapie, im Hinblick auf Erfolg oder Schaden bewertet werden. In so einer Situation sind Fehler schwieriger zu benennen als in eindeutigeren Situationen, beispielsweise wenn ein Abhängigkeitsverhältnis zum Therapeuten etabliert wird. Klar ist: Auch in der Psychotherapie geschehen Fehler. Doch in welchem Ausmass diese Fehler Konsequenzen nach sich ziehen und ab wann man von einem Fehler oder von einer Schädigung sprechen mag, ist heute noch sehr schwierig zu beantworten. Die Wichtigkeit der Beschäftigung mit diesem Themenbereich besteht vor allem darin, Informationen zu sammeln. Um Fehler vermeiden zu können, muss man wissen, wie Fehler entstehen und welche Fehler auftreten können. Auch wenn diese Fragen im Bereich der nichtmedikamentösen therapeutischen Massnahmen heute thematisiert werden, befinden wir uns im Hinblick auf die Beantwortung mit unserem Wissen noch am Anfang.

Eine letzte Gruppe umfasst die Themen «Fehler im Bereich von Schnittstellen» und «Fehler im Bereich der Kommunikation und Interaktion mit Patienten und Angehörigen». Beide Themen sind auch wichtige Anliegen der Patientensicherheit in der somatischen Medizin. Fehler in diesen Bereichen sind relativ häufig. Schnittstellen finden sich im Laufe einer Behandlung in einer grossen Zahl immer dann, wenn relevante Informationen von einem zu nächsten Person weitergegeben werden müssen. Noch häufiger ist die Kommunikation und Interaktion mit Patienten und Angehörigen. Der Patient steht im Mittelpunkt aller Bemühungen, gleichzeitig ist er der Einzige, der die gesamte Behandlung durchläuft, und auch derjenige, der am besten Auskunft über sich selbst geben kann. In der Versorgung psychisch Erkrankter nimmt die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen einen zentralen Stellenwert ein, da sich die Diagnostik und die Behandlung zu einem Grossteil in einem sozialen, kommunikativen Raum abspielen. Warum also werden beide Themenbereiche als weniger wichtig erachtet als die anderen Bereiche? Fehler in beiden Themenbereichen geschehen häufig und regelmässig. Viele Patienten werden unzureichend informiert, vielen Fachpersonen gehen Informationen an Schnittstellen verloren, die im Nachhinein wieder beschafft werden müssen. Die Erklärung, warum sie dennoch auf der Prioritätenliste nicht ganz oben stehen, mag darin liegen, dass viele Fehler dieser Art zunächst ohne Konsequenzen bleiben. Fokussiert man die Fehler in diesem Bereich, die schwerwiegende Konsequenzen nach sich ziehen, so reduziert sich ihre Auftretenshäufigkeit beträchtlich. Die direkte Verbindung zwischen Fehlern in diesem Bereich und konkretem Schaden ist ferner oft viel diffuser als bei Fehlern in den anderen Bereichen. Eine direkte Verbindung herzustellen, ist oft nicht einfach. Jedoch sind die Möglichkeiten, Fehler in diesem Bereich aufzufangen und auszugleichen, in der Regel vielfältiger.

Es gibt einen grossen Bedarf, das Thema Patientensicherheit in der Versorgung psychisch Erkrankter anzugehen und strukturierte Massnahmen zu ergreifen, um Fehler zu minimieren und zu vermeiden. Je nach Setting, Perspektive und Standpunkt, den man einnimmt, ergeben sich spezifische Prioritätenlisten. Insgesamt zeigen Experteneinschätzungen aber, dass alle Themen ein grosses Schadenspotenzial und schwerwiegende Konsequenzen für den Patienten haben können.

Dies zusammen mit der Einschätzung, dass die Fehler vermeidbar und die Massnahmen umsetzbar wären, zeigt, dass es notwendig ist, Patientensicherheit in der Versorgung psychisch Erkrankter anzugehen und auf die Agenda zu nehmen. Wir wollen einen ersten Schritt in diese Richtung tun und skizzieren in einem Aktionsplan den Handlungsbedarf für Forschung, Praxis sowie Aus- und Weiterbildung mit konkreten Ideen zur Verbesserung der Patientensicherheit in der Versorgung psychisch Erkrankter in der Schweiz.

Es gibt einen grossen Bedarf, das Thema Patientensicherheit in der Versorgung psychisch Erkrankter anzugehen und strukturierte Massnahmen zu ergreifen, um Fehler zu minimieren und zu vermeiden.

LITERATUR

- (1)** Wachter R. Fokus Patientensicherheit. Fehler vermeiden, Risiken managen. Koppenberg J, Gausmann P, Henninger M, editors. 2010. Berlin, ABW Wissenschaftsverlag GmbH.
- (2)** Vincent C. Das ABC der Patientensicherheit. Zürich: Stiftung für Patientensicherheit; 2012.
- (3)** Schwappach D, Widmer MK. Patientensicherheit in der Shuntchirurgie. *Gefässchirurgie* 2015;20(8):548-53.
- (4)** Schuler D, Burla L. Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012 (Obsan Bericht 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2012.
- (5)** Weltgesundheitsorganisation. Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Dänemark: Weltgesundheitsorganisation; 2006.
- (6)** Bundesamt für Sozialversicherungen. Statistiken zur sozialen Sicherheit. IV-Statistik 2013. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen; 2014.
- (7)** Brickell TA, McLean C. Emerging issues and challenges for improving patient safety in mental health: A qualitative analysis of expert perspectives. *Journal of Patient Safety* 2011;7(1):39-44.
- (8)** Briner M, Manser T. Clinical risk management in mental health: a qualitative study of main risks and related organizational management practices. *BMC Health Serv Res* 2013;13(1):44.
- (9)** Public Health Schweiz. Schweizer Manifest für Public Mental Health. Merenschwand: Edubook; 2014.
- (10)** Wykes T, Haro JM, Belli SR, Obradors-Tarrago C, Arango C, Ayuso-Mateos JL, et al. Mental health research priorities for Europe. *Lancet Psychiatry* 2015;2(11):1036-42.
- (11)** Gehring K, Schwappach D, Battaglia M, Buff R, Huber F, Sauter P, et al. Frequency of and Harm Associated With Primary Care Safety Incidents. *Am J Manag Care* 2012;18(9):e323-e337.
- (12)** Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. *Dtsch Arztebl International* 2010 Aug 9;107(31-32):543-51.
- (13)** Dormann H, Sonst A, Müller F, Vogler R, Patapovas A, Pfistermeister B, et al. Adverse drug events in older patients admitted as an emergency - the role of potentially inappropriate medication in elderly people (PRISCUS). *Dtsch Arztebl Int* 2015;110(13):213-9.
- (14)** Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Zwangsmassnahmen in der Medizin. Basel: Gremper; 2015.
- (15)** NHS England. The never events list; 2013/14 update. 2013. [cited 2015 Jun 4]. Available from: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/12/nev-ev-list-1314-clar.pdf>
- (16)** Austin JM, Pronovost PJ. «Never Events» and the Quest to Reduce Preventable Harm. *Jt Comm J Quality Safety* 2015 Jun 1;41(6):279-88.
- (17)** The National Quality Forum. List of SREs. 2015. [cited 2015 Jun 4]. Available from: http://www.qualityforum.org/Topics/SREs/List_of_SREs.aspx#sre3
- (18)** Teitelbaum A, Lahad A, Calton N, Gun-Usishkin M, Lubin G, Tsur A. Overcrowding in Psychiatric Wards is Associated With Increased Risk of Adverse Incidents. *Med Care* 2016 Mar;54(3):296-302.
- (19)** Panagioti M, Stokes J, Esmail A, Coventry P, Cheraghi-Sohi S, Alam R, et al. Multimorbidity and Patient Safety Incidents in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 2015;10(8):e0135947. doi:10.1371/journal.pone.0135947.

Think Tank Patientensicherheit Schweiz



Stiftung für Patientensicherheit
Geschäftsstelle und Kontakt
Asylstrasse 77, CH-8032 Zürich
Telefon +41 (0)43 244 14 80
Fax +41 (0)43 244 14 81
www.patientensicherheit.ch
info@patientensicherheit.ch

Stiftungssitz
c/o Schweizerische Akademie
der Medizinischen Wissenschaften
Petersplatz 13, CH-4051 Basel



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera
patient safety switzerland