

„Menschen machen Fehler“



Das Sicherheitsparadox

Die handelnden Personen im Gesundheitswesen:

- Sind hoch motiviert und gut ausgebildet
- Fühlen sich für Patienten verantwortlich
- Trotzdem sind Fehler häufig und kommen Patienten nicht selten zu Schaden



High-Tech trifft auf Low-Tech

Der Preis für den Erfolg?

„Medizin“ war einfach, ineffektiv und relativ sicher.
Jetzt ist die Medizin komplex, wirksam und
potentiell gefährlich



Chantler C., The role and education of doctors in the delivery of health care, The Lancet, 1999; 353: 1178-1181

Häufigkeit von Fehlern im Krankenhaus

Nosok. Infektionen:

Prävalenz D: 3,6%, Rüden 1996

Adv. Drug Events:

Metaanalyse: 2,1%, Lazarou 1998

Adv. Med. Device Events:

Inzidenz: 8,4%, Samore 2004

Dekubitus (o. Stad. 1):

Prävalenz: 4,2%, Dassen 2004

Sturzereignisse:

Prävalenz: 2,4%, Dassen 2004

Autopsie-Studien:

Metaanalyse: 10,1%, AHRQ 2002

Studien AE:

Havard: 3,7%, Brennan 1991

Utah: 2,9%, Thomas 2000

Beobachtung: 17,7%, Andrews 1997

Preventable AE:

?

30-50% der AE

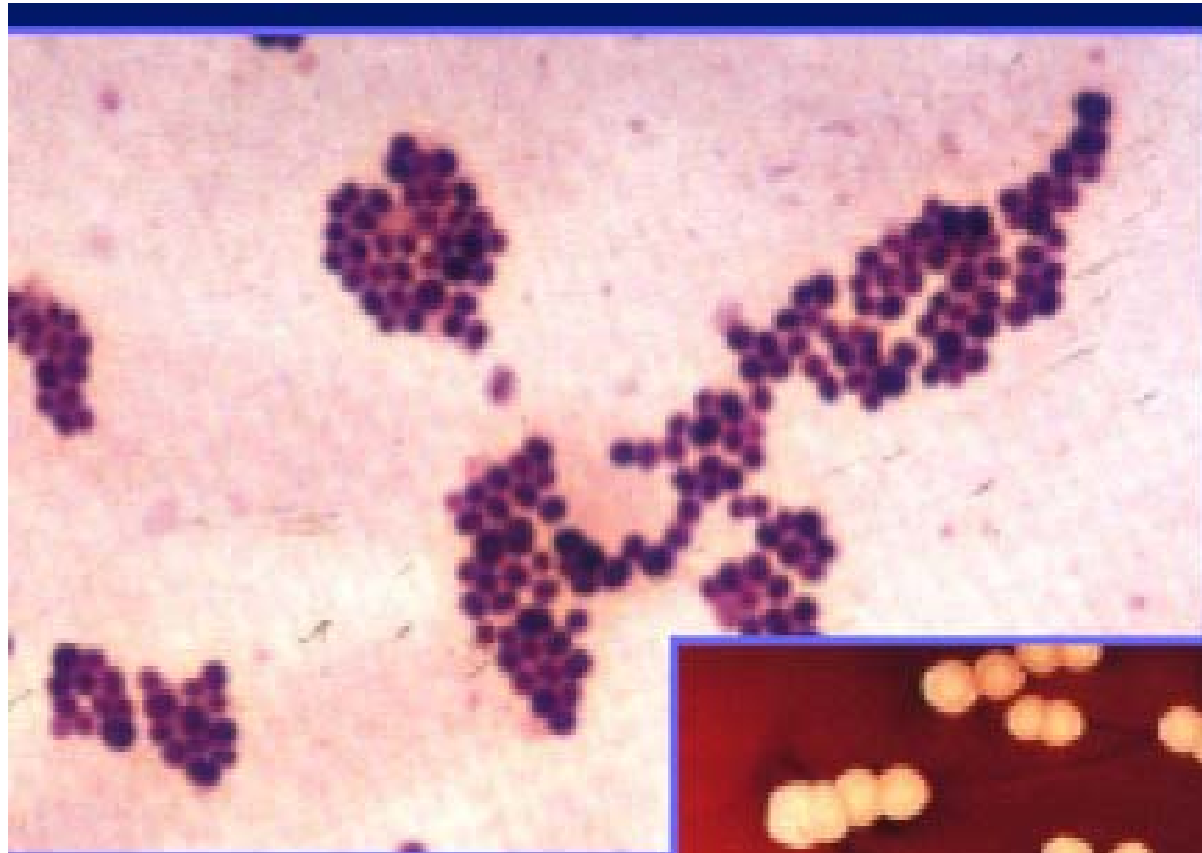
Begriffserklärung

Unerwünschtes Ereignis

... ist nicht „Fehler“

... ist nicht „Schaden“

Unerwünschte Ereignisse (UE)

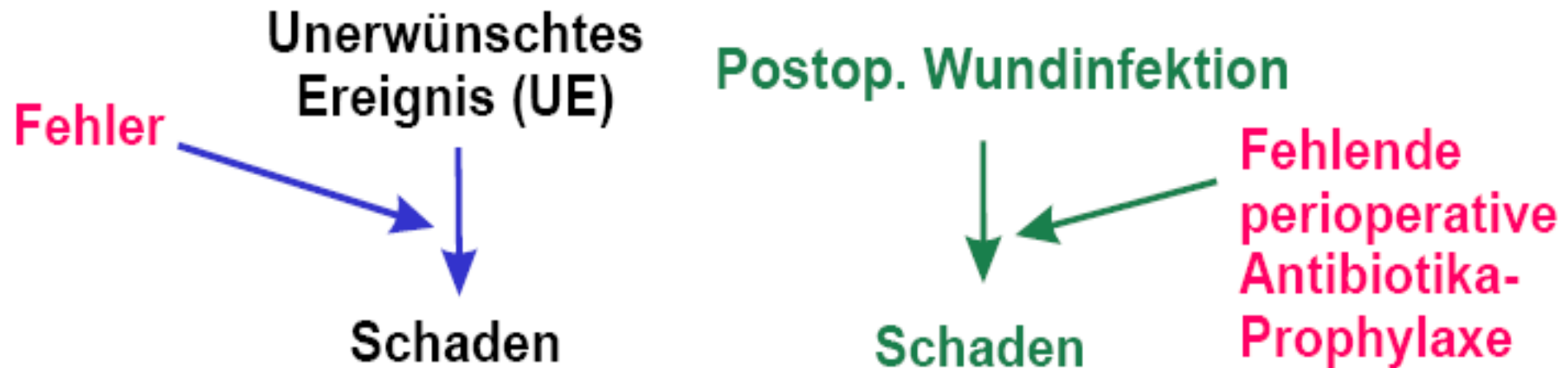


Postoperative
Wundinfektion

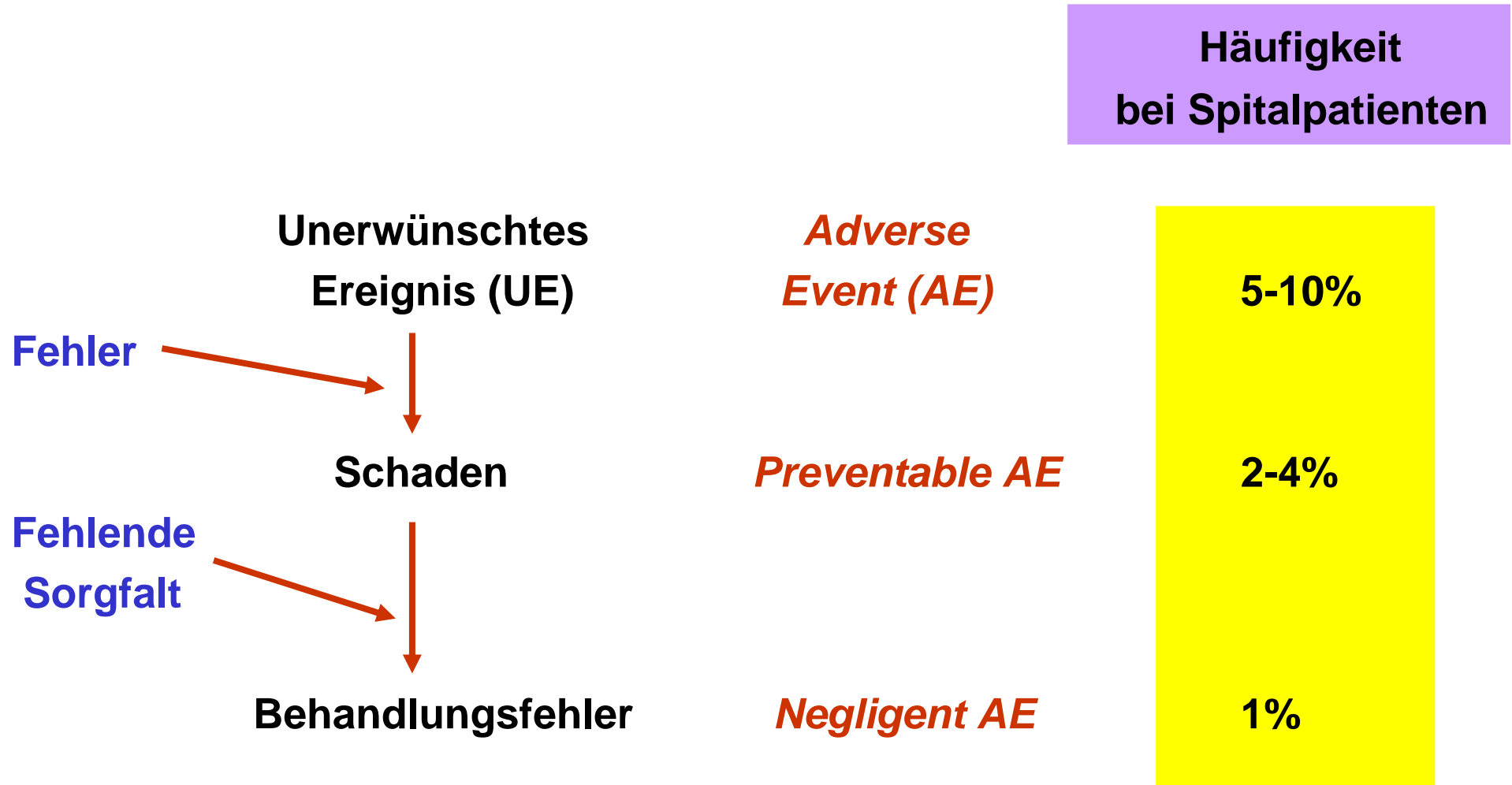
ca. 2% aller
operierten
Patienten



Begriffe



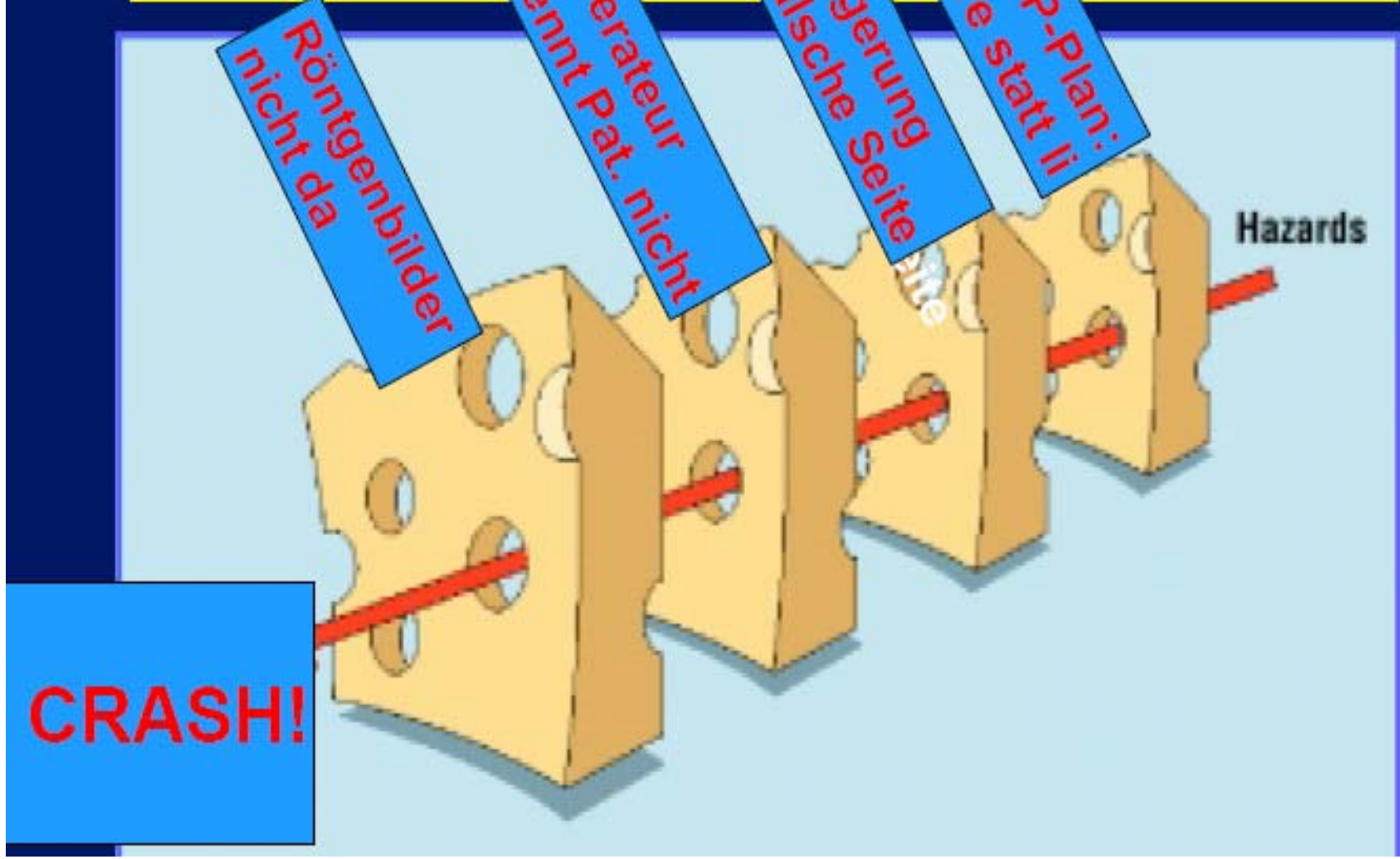
Begriffe



Am Ende steht die Katastrophe



Verkettung ungünstiger Umstände



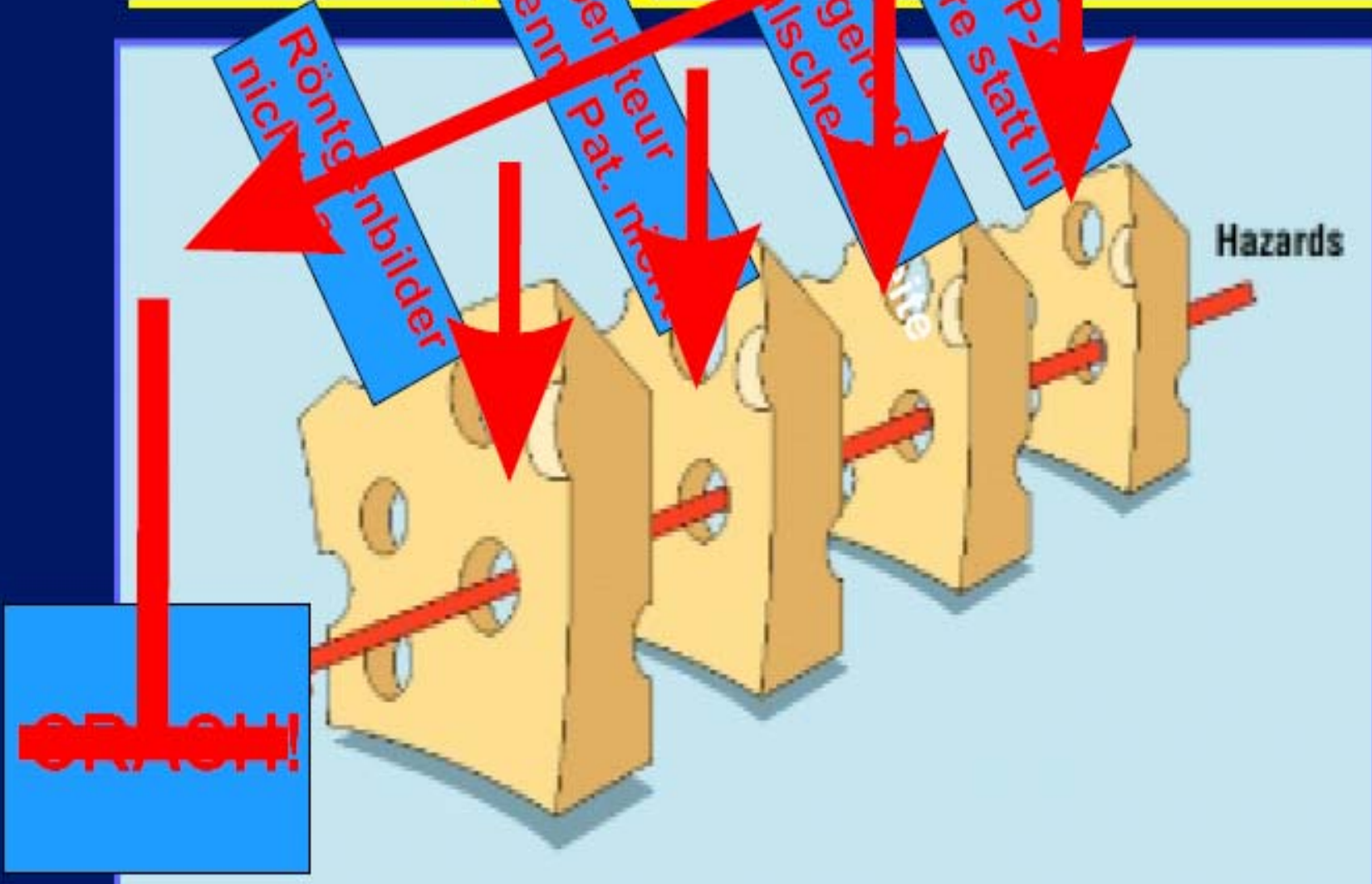
Verständnis

Ein Unglück kommt selten allein

oder

die Verkettung unglücklicher Umstände

Verkettung von Unglücken unter Umständen



„Just“ - Kultur:

**Aus Fehler können wir lernen:
Keine Bestrafung des
Individuums!**

Aus Fehlern lernen

... ist leichter gesagt

als getan

Kultur der Medizin

- **Theorie der „bad apples“**
- **Fehler ist ein Charakterfehler**
- **Kult der personellen Verantwortlichkeit**
- **Fokus auf den Unfall, das Ereignis und das Individuum**
- **Bestrafung und Verhinderung**

Eine andere Herangehensweise an Fehler

- **Der Kontext des Fehlerereignisses ist wichtiger als der Täter**
- **Unterstelle: Fähigkeit, Motivation und Wissen sind optimiert**
- **Menschen sind menschlich und werden sich irren trotz grösster Anstrengung, besten Wissens und grösster Motivation**
- **Gestalte die Arbeit um diese Annahmen herum**

Ergonomie: Technische Abläufe sicher gestalten



Nolan TM, System changes to improve patient safety:BMJ,2000, 32, 771

Risikokultur

- **In der Risikokultur gibt es**
 - einen Erwartungswert für die Fehlerrate
- **In einer Risikokultur wird aus Fehlern gelernt**
 - Fehler sind unbeabsichtigt und sollen nicht bestraft werden
 - Missachtung von Regeln sind keine Fehler! Regelverstösse werden geahndet...
 - Regeln sind aber nicht absolut: um grösseren Schaden abzuwenden darf im Bedarfsfall auch mal eine Regel durchbrochen werden

Imperative: Aufbau eines besseren und gerechteren Gesundheitssystems



- Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century

- Sicher
- Wirksam (effektiv)
- Patientenzentriert
- Rechtzeitig
- Effizient
- Gerecht



STIFTUNG FÜR PATIENTENSICHERHEIT
FONDATION POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS
FONDAZIONE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI
PATIENT SAFETY FOUNDATION

DEUTSCH Bitte wählen Sie Ihre Sprache

ENGLISH Please choose your language

Gründung 2003

www.patientensicherheit.ch