

Patientensicherheit

Dr. med. Marc-Anton Hochreutener
Geschäftsführer Stiftung für Patientensicherheit



Inhalt

- **Die Stiftung vorstellen**
- **Patientensicherheit als Problem**
- **Systemsicht versus Schuldsicht**
- **Ausgesuchte Arbeitsthemen und Aktivitäten der Stiftung**



Inhalt

- **Die Stiftung vorstellen**
- **Patientensicherheit als Problem**
- **Systemsicht versus Schuldsicht**
- **Ausgesuchte Arbeitsthemen und Aktivitäten der Stiftung**

Stiftungszweck

- Verbesserung der Patientensicherheit
- Förderung des klinischen Risikomanagements
 - Fördern der Sicherheitskultur und des konstruktiven Lernens aus Fehlern
 - Durch konkrete Projekte, Forschung, Wissensverbreitung, Vernetzung

... in Kooperation mit Leistungserbringern und weiteren Partnern im Gesundheitswesen

... keine obrigkeitliche Organisation

... keine Patientenschutzorganisation



Die Organisationen im Stiftungsrat

- **SAMW** Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
- **BAG** Schweizerische Eidgenossenschaft (Bund)
- **FMH** Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
- **SBK** Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger
- **PES** Vereinigung der Pflegeexpertinnen und -experten Schweiz
- **SSO** Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft
- **SAV – pharmasuisse** Schweizerischer Apothekerverband
- **GSASA** Gesellschaft Schweizerischer Amts- und Spitalapotheker
- **fisio** Schweizer Physiotherapie Verband
- **SPO** Schweizerische Patienten- und Versichertenorganisation
- **EOC** Kanton Tessin
- **H+** - Die Spitäler der Schweiz
- **SVS** Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektoren
- **Fmch**
- **KHM** – Kollegium Hausarztmedizin
- **GDK** - Gesundheitsdirektorenkonferenz

Stiftung für Patientensicherheit:

Was ist sie, was macht sie?

Unser Auftrag ... *Notre mission ...*

Sicherheitsprobleme erkennen und analysieren

Identifier et analyser les problèmes de sécurité

**Wissen und Handlungs-
lösungen verbreiten**

*Diffuser des connaissances et
des solutions concrètes*

Kooperationen suchen

Nouer des coopérations

Lösungen entwickeln und evaluieren

Concevoir des solutions et les évaluer

Stiftung für Patientensicherheit:

Was ist sie, was macht sie?



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

DEUTSCH Bitte wählen Sie Ihre Sprache

FRANCAIS Veuillez choisir votre langue

www.patientensicherheit.ch



Inhalt

- Die Stiftung vorstellen
- **Patientensicherheit als Problem**
- Systemsicht versus Schuldsicht
- Ausgesuchte Arbeitsthemen und Aktivitäten der Stiftung



Stefanie Bachstein

Du hättest
leben
können

Nicht der Unfall kostet Jule
das Leben, sondern die
falsche Behandlung
durch die Notärztin



After her daughter Josie died, from medical errors at Johns Hopkins Medical Center in 2001, advocate Sorrel King (left) forged an unusual relationship with Peter Pronovost, MD, director of patient safety efforts at the center. Photo by 2006 Crosskeys Media



Wie riskant ist eine Hospitalisation?



**AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT**

Agenda Patientensicherheit 2007



- Internationaler Forschungsstand zur Sterblichkeit



**AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT**

Agenda Patientensicherheit 2008



- Forschungsbericht

Patientensicherheit als Systemproblem:

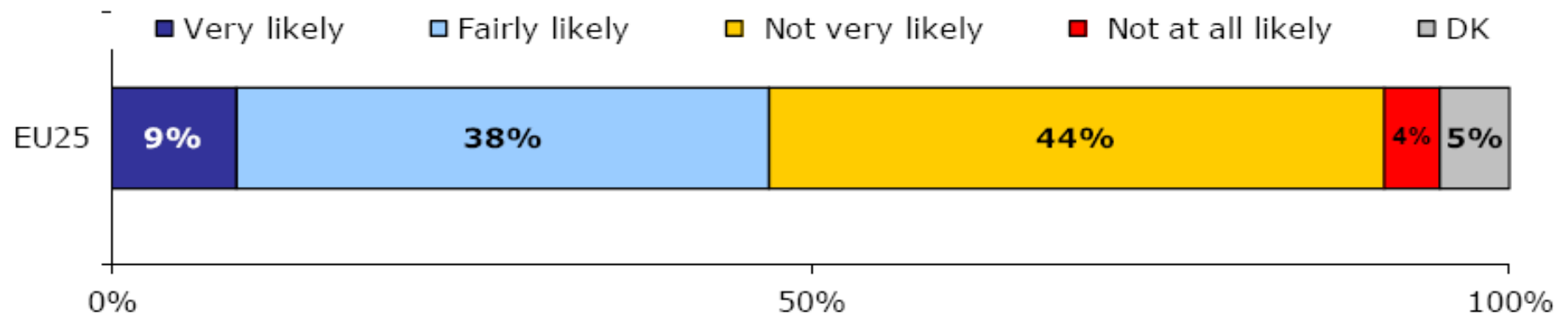
Literaturreview APS 2007/2008

- Grundlage: 241 Studien aus 230 Publikationen aus 31 Ländern
- mind. 0.1% Tote wegen Fehlern in westlichen Spitälern
(CH: = mind. 1'000 Tote in Spitälern/Jahr)
- Vermeidbare unerwünschte Ereignisse: 10% in Spitälern (10/100 Pat.)
- Keine erkennbaren Unterschiede zwischen Ländern, medizinischen Fachgebieten und Ereigniskategorien
- Deshalb Übertragbarkeit auf Deutschland (somit auch Schweiz) annehmbar
- Neuste Studie Holland: umgerechnet 700 – 1'600 fehlerbedingte Todesfälle in CH

Wie riskant ist das Gesundheitswesen ?



47% der Europäer denken, es ist wahrscheinlich, im Spital einen Behandlungsfehler zu erleiden.



23% der Europäer haben selbst oder in der Familie bereits einen Behandlungsfehler erlitten.



Inhalt

- Die Stiftung vorstellen
- Patientensicherheit als Problem
- **Systemsicht versus Schuldsicht**
- Ausgesuchte Arbeitsthemen und Aktivitäten der Stiftung

Menschen machen immer Fehler!

Wenn Menschen arbeiten, passieren immer Fehler!

Medizin betreiben heisst:

- Arbeit durch, mit und an Menschen
- in hochkomplexen Systemen, Situationen und Fragestellungen agieren, interagieren und kommunizieren
- unter Berücksichtigung des „Masses der Vernunft“, des gesicherten Wissens (Unwissens), „normalerweise zu Erwartenden“ und der Ressourcen verantwortungsvoll handeln
- in oft sehr unsicheren Situationen gravierende Dinge entscheiden müssen

In Systemen denken!

**Wir können die Kondition
(die Art des Funktionierens)
von Menschen nicht ändern,
aber die Konditionen (Bedingungen),
unter denen Menschen arbeiten!**

G. Richardson:

Alle Unfalluntersuchungen, die zu dem Schluss kommen: ‘Unfallursache: Menschliches Versagen’ sind falsch.

Menschliches Versagen ist nicht die Ursache. Die Ursache findet man in all den Umständen, die die Urteilsfähigkeit des Piloten beeinträchtigt hat.

Mit anderen Worten:
Menschliches Versagen ist das Ergebnis, nicht die Ursache.

Und die Ursache müssen wir aufdecken!

Wer ist schuld?



~~Wer ist schuld?~~

Was ermöglicht den Fehler?







Verbesserungs-Massnahmen

"Längsstreifen,

Real in der Medizin z.B.:
LINKS – RECHTS - PROBLEM





Inhalt

- Die Stiftung vorstellen
- Patientensicherheit als Problem
- Systemsicht versus Schuldsicht
- **Ausgesuchte Arbeitsthemen und Aktivitäten der Stiftung**

Prävention von Eingriffsverwechslungen: Kampagne der Stiftung

Empfehlungen zur Prävention von Eingriffsverwechslungen

1



Identifikation Patient

wer? – Operateur, aufklärender Arzt, voll informierter Arzt

wann? – Aufklärungsgespräch vor oder nach Aufnahme

- was?**
- **Richtiger Patient**
 - Namen und Geburtsdatum sagen lassen und prüfen
 - **Eingriffsart**
 - im Gespräch mit dem Patienten bestätigen
 - **Eingriffsort**
 - aktiv fragen und zeigen lassen
 - Angehörige einbeziehen (vor allem bei Kindern und nicht urteilsfähigen Patienten)
 - **Abgleich mit Akten und Bildern**

2



Markierung Eingriffsort

wer? – Operateur, aufklärender Arzt, voll informierter Arzt

wann? – außerhalb des OPs
– bei wachem Patienten

- was?**
- **Abgleich mit Akten**
 - richtiger Patient
 - Eingriffsart
 - Eingriffsort
 - **Patienten aktiv einbeziehen**
 - Eingriffsort zeigen lassen
 - Angehörige einbeziehen
 - **Markierung**
 - nur Eingriffsort
 - eindeutige Zeichen (Pfeil, Initialen)
 - nicht abwaschbarer Stift
 - mehrere Eingriffsorte: alle markieren

3



Zuweisung zum richtigen OP-Saal

wer? – definierte, verantwortliche Person

wann? – unmittelbar vor Anästhesie-einleitung und vor Eintritt in den Saal

- was?**
- **Patientenidentität**
 - Namen und Geburtsdatum prüfen
 - **Eingriffsart**
 - prüfen und bestätigen
 - **Eingriffsort**
 - prüfen und bestätigen
 - **Markierung prüfen**
 - mit Aktenabgleich
 - wenn möglich aktive Befragung des Patienten
 - **Saalcheck**
 - Zuweisung zum OP-Saal überprüfen

4



Team-Time-Out vor Schnitt

wer? – OP-Team
– initiiert durch definierte, verantwortliche Person

wann? – unmittelbar vor Schnitt

- was?**
- **Letztes Innehalten – letzte Richtigkeitsprüfung**
 - **Mittels Minicheckliste**
 - richtiger Patient (Namen und Geburtsdatum)
 - Eingriffsart
 - Eingriffsort (Markierung!)
 - Bilder (die richtigen, alle erforderlichen, richtig aufgehängt)
 - richtige Implantate verfügbar
 - **Alle Punkte aktiv bestätigen**
 - **Durchführung des Team-Time-Out dokumentieren**



Jede Unstimmigkeit sofort klären



Jede Unstimmigkeit sofort klären



Ohne Markierung keine Anästhesie



Bei Unstimmigkeiten kein Schnitt

Stiftung für Patientensicherheit
Fondazione per la Sicurezza dei Pazienti
Fondazione per la Sicurezza dei Pacienti
Patient Safety Foundation

ATTENZIONE
PATIENTENSICHERHEIT

fmch
Fondazione per la Sicurezza dei Pazienti
Fondazione per la Sicurezza dei Pacienti

ASSOCIAZIONE ITALIANA CHIRURGIA
ASSOCIATION OF EUROPEAN CHIRURGES
ASSOCIATION OF EUROPEAN CHIRURGES



S G C
S C

Societatea Română de Chirurgie
Societät Pärce de Chirurgie
Societät Pärce de Chirurgie

Broschüre mit Informationen und Tipps zur Umsetzung:
www.patientensicherheit.ch/Patientensicherheit_konkret/Merkblätter-Empfehlungen



Nr. 1
21.12.2007

Quick-Alert

GRRNET

Luftemboliegefahr durch Spritze als Spielzeug

Ereignis:

Im Aufwachraum wurde einem 5-jährigen Kind eine leere saubere Spritze (ohne Kanüle) zum Spielen abgegeben. Da das Kind die Injektion von Medikamenten bei anderen Patienten im Aufwachraum beobachten konnte, füllte es die Spritze mit Luft und steckte sie auf den eigenen Venflon-Ansatz. Dies wurde zufällig vom Personal beobachtet.

Was wäre wenn:

Wäre der Fall nicht beobachtet und verhindert worden, wäre die Situation lebensbedrohlich ausgefallen. Die intravenöse Injektion von 20 ml Luft ist für ein 5-jähriges Kind absolut tödlich!

Empfehlungen:

- das Abgeben von Spritzen an Kinder gänzlich untersagen
- keine leeren Spritzen liegen lassen

Kommentar:

Dieser Fall zeigt exemplarisch die Bedeutung von Incident Reporting Systemen. Anscheinend banale Fälle, Fälle die wir „schon immer so gemacht haben“, können ein gewaltiges Risiko-Potential entwickeln. Entsprechend wichtig ist die breite Verteilung derartiger Warnungen.

Hinweis:

Dieser Fall hat eine überregionale und über die medizinischen Fachbereiche hinaus gehende Relevanz. Er ist deshalb auch in Ihrem Betrieb breit zu kommunizieren.

Die vorliegenden Empfehlungen bezwecken die Unterstützung von Gesundheitseinrichtungen und in der Gesundheitsversorgung tätigen Fachpersonen bei der Erstellung ihrer betriebsinternen Richtlinien. Die spezifische Ausgestaltung und Anwendung entsprechend den jeweils geltenden Sorgfaltspflichten (basierend auf lokalen technischen, betrieblichen, rechtlichen, individuellen und situativen Gegebenheiten) liegen in der ausschließlichen Eigenverantwortung der hierfür technisch geeigneten Leistungserbringer.



Nr. 7

19.01.2009

Quick-Alert

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

CIRNET

“Kaugummi im Atemweg“

In CIRNET gemeldetes Problem:

„5-jähriges Kind zur ambulanten Zirkumzision. Inhalative Einleitung mit Sevofluran, anschliessend i.v. Zugang und Platzierung einer Larynxmaske. Initial problemlose Ventilation. Bei Neupositionierung des Kopfs plötzlich kein CO₂-Signal mehr. Versuch der Neupositionierung der Larynxmaske ohne Erfolg. Danach Entfernung. An der Spitze findet sich ein Kaugummi. Laryngoskopische Suche nach weiteren Kaugummiresten. Danach problemlose Anästhesie mit nun freier Larynxmaske.“

Weitere Fälle aus der Literatur:

“Ein 16-jähriger Mann wurde nach einem Motorradunfall vom Rettungsdienst mit der Verdachtsdiagnose Polytrauma in die Ambulanz eineliefert.

Empfehlungen bei Fremdkörpern:

- Kontrolle der Einhaltung der präoperativen Nahrungskarenz (inkl. Kaugummikonsum). Evtl. auf den Merkblättern, die den Patienten abgegeben werden, explizit darauf hinweisen, dass Kaugummikonsum ebenfalls nicht erlaubt ist.
- Mundinspektion vor jeder Intubation / Einlage LMA (Larynxmaske)!
- Erhöhte Aufmerksamkeit vor allem bei Kindern und retardierten Patienten



Nr. 9

29.06.2009

Quick-Alert

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

CIRRNET

Gerinnungshemmende „Over-the-Counter“ – Arzneimittel mit Auswirkungen auf die Anästhesie und Operation

In CIRNET gemeldetes Problem:

„Gesunder Patient ASA 1 zur OP bei Achillessehnen-Ruptur. Die Frage nach einer Medikamenteneinnahme im Prämedikationsgespräch wird verneint. Der Patient wünscht eine Allgemeinanästhesie, die auch problemlos durchgeführt wird.“

Postoperativ ist die chirurgische Nachblutung stärker als erwartet und es stellte sich bei erneuter Nachfrage beim Patienten heraus, dass er am Vortag 2 x 500 mg Acetylsalicylsäure wegen Kopfschmerzen eingenommen hatte.“

Expertenkommentar:

Viele Patienten nehmen Arzneimittel ein, die sie rezeptfrei in Apotheken oder

Empfehlungen:

- Beim Prämedikationsgespräch gezielt nach der Einnahme von „over-the-counter“-Präparaten und Phytopharmaka fragen!
- Risiko-Nutzen-Abwägung bei der Durchführung von Regional-

Beteiligung von Patienten an der Fehler-Prävention

- **Patienten fällt sehr viel auf ...**
- **Oft kommunizieren sie dies auch ...**
- **Aber häufig leider zu spät ...**

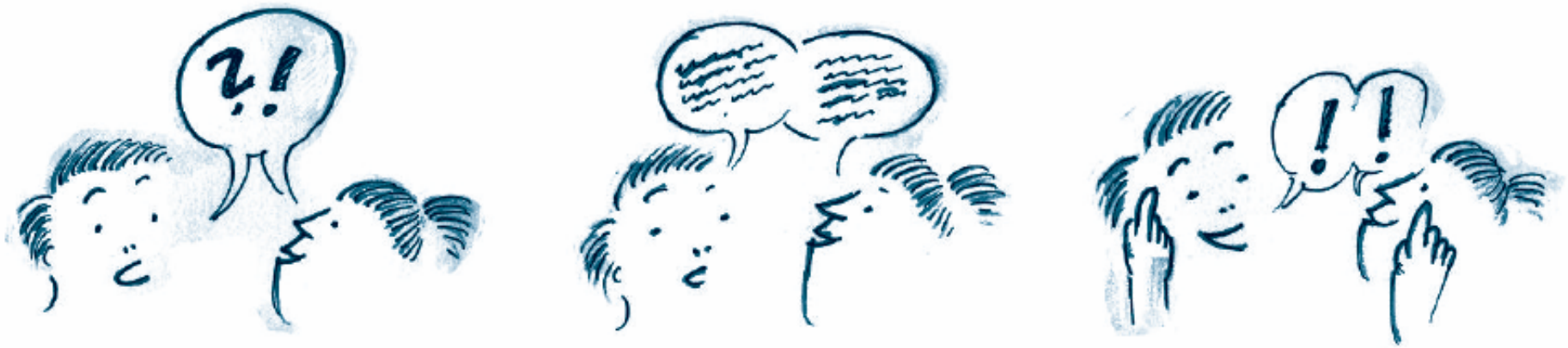
Ein typischer Dialog ...

- **Patientin:** Heute früh waren es ja zwei Tablettli.
- **Pflegende:** Wie bitte?
- **Patientin:** Zwei blaue Tablettli.
- **Pflegende:** Was?
- **Patientin:** Gestern und vorgestern hatte ich nur ein blaues Tablettli am Morgen. Heute waren es zwei.
- **Pflegende:** Heute?
- **Patientin:** Ja. Heute. Zwei blaue Tablettli.
- **Pflegende:** Sie hatten heute zwei blaue Tablettli?
- **Patientin:** Ja.
- **Pflegende:** Die haben Sie schon genommen?
- **Patientin:** Ja.
- **Pflegende:** Hm.... Das hätte nicht passieren sollen.

***Patienten als aktive letzte Hürde
bei der Fehlerprävention***

Fehler vermeiden – Helfen Sie mit!

Ihre Sicherheit im Spital



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

Vermeidung von Verwechslungen



■ Das Richtige am richtigen Patienten tun.

Im Spital halten sich sehr viele Menschen auf, manchmal nur für kurze Zeit. In der modernen Medizin werden oft komplizierte und vielfältige Aufgaben gleichzeitig erledigt. Dabei kann es trotz aller Sorgfalt vorkommen, dass Dinge, Informationen oder Menschen verwechselt werden. Wir tun alles, dass dies nicht geschieht. **Trotzdem ist es hilfreich, wenn Sie dazu beitragen, dass keine Verwechslungen passieren.**

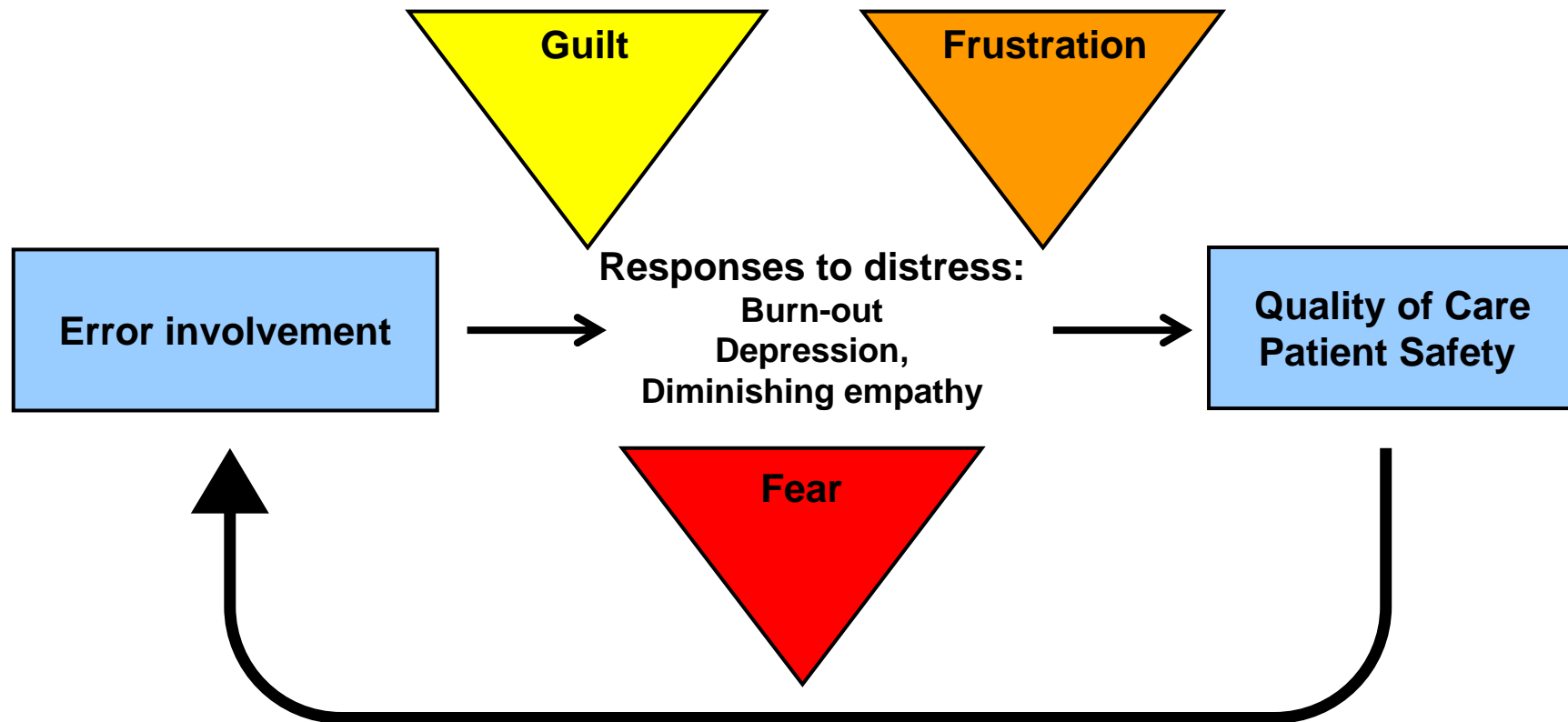
Folgen des **SCHWEIGENS** nach einem schweren Behandlungszwischenfall

- Ausgeliefertsein
- Hilflosigkeit
- Verzweiflung
- Repetitives Wiedererleben, Hinterfragen, nicht Loskommen
- Vermeidungsverhalten
- Erregungszustände
- Depression
- Chronische Schmerzen, Chronifizierungen generell
- Schlafstörungen
- Angst, Wut, Misstrauen, Resignation, Ohnmacht
- Selbstbeschuldigung

Siehe z.B.:

- Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. JAMA. 2003; 289:1001–7.
- Vincent C. Understanding and responding to adverse events. New England Journal of Medicine. 2003; 348:1051–6.

Fehler – Belastung – Fehler: Ein reziproker Zyklus?



**Fehlende Ehrlichkeit, Offenheit und
Verantwortungsübernahme machen
einen Fehler erst (recht) inakzeptabel!**

**Betroffene wollen offene Information,
Entschuldigung und Unterstützung.**

WAS

Entwicklung



Erklären, was passiert ist. Nur Fakten, keine Vermutungen.



Anbieten eines alternativen Behandlungsteams.

Bedeutung richtiger Kommunikation

Erstes Gebot nach einem Zwischenfall

Kommunikation WANN / WER / WO

Kommunikation WAS

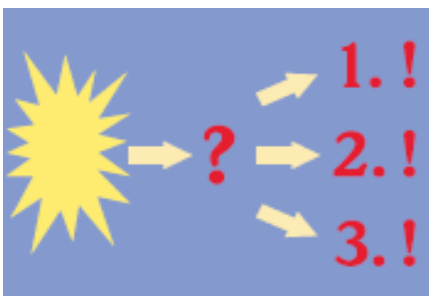


Bedauern ausdrücken.



Aufzeigen, dass und wie die Institution aus dem Fehler lernen wird.

Weitere wichtige Aspekte



Erklären der med. Folgen und Vorlegen der mögl. Behandlungsstrategien zur Bewältigung.



Über neue Erkenntnisse regelmässig informieren und so die Beziehung zum Patienten und den Angehörigen aufrecht erhalten.

Verbreitung



Jewgeni Sitochin als Juri Balkajew im Spielfilm «Das Unglück von Überlingen».

Ohne Entschuldigung keine Erlösung

SF zeigt einen Spielfilm über das Flugzeugunglück von Überlingen

Sieben Jahre nach dem Zusammenstoss zweier Flugzeuge bei Überlingen hat SF mit dem SWR einen Spielfilm zu den Hintergründen produziert. Im Mittelpunkt stehen der zuständige Fluglotse und sein späterer Mörder, der beim Unglück seine Familie verloren hat. Der realitätsnahe Ansatz der Produktion birgt auch Gefahren.

ark. Als sie sich zum ersten Mal von Angesicht zu Angesicht begegneten, war es schon zu spät. Am 24. Februar 2004 erstach Witali Kalojew den dänischen Fluglotsen, der in der Nacht vom 1. Juli 2002 in Zürich den Verkehr im Alleingang überwacht hatte. Beim Zusammenstoss einer Frachtmaschine und einer russischen Passagier-

sicherung» der Geschichte. Im Mittelpunkt von «Flug in die Nacht - Das Unglück von Überlingen» stehen die Schicksale des ermordeten Fluglotsen - er heisst im Film Johann Lenders - und von Juri Balkajew, dem Alter Ego von Witali Kalojew. Das auf den Fakten basierende Drama zeichnet die Wege der Protagonisten nach, von der Unglücks- bis zur Mordnacht, wo sie sich im Garten von Lenders' Haus in Kloten zum ersten Mal begegnen.

Beide Männer sind auf ihre Weise gebrochen. Lenders fühlt sich mitschuldig am Tod der Passagiere und wird vom Unternehmen daran gehindert, bei den Hinterbliebenen seine Reue zu bekunden. Balkajew seinerseits ist völlig niedergeschmettert durch den Tod seiner Angehörigen und wartet vergeblich auf genau dieses Schuldbekenntnis, das er weder vom Flugsicherungsunternehmen noch vom verantwortlichen Verkehrsleiter in Erfahrung wird.

Beide Männer sind auf ihre Weise gebrochen. Lenders fühlt sich mitschuldig am Tod der Passagiere und wird vom Unternehmen daran gehindert, bei den Hinterbliebenen seine Reue zu bekunden. Balkajew seinerseits ist völlig niedergeschmettert durch den Tod seiner Angehörigen und wartet vergeblich auf genau dieses Schuldbekennnis, das er weder vom Flugsicherungsunternehmen noch vom verantwortlichen Verkehrsleiter in erhalten wird.

Bedürfnisse von Mitarbeitern nach einem Fehler

- 1) Möglichkeit des Gesprächs mit Kollegen !!!
- 2) Bestätigung der fachlichen Kompetenz / Rückversicherung
- 3) Analyse des (klinischen) Entscheidungsprozesses
- 4) Bekräftigung des Selbstwertgefühls

Konstruktiver Umgang
mit Fehlern im Betrieb

Verhalten

Unterstützende Strukturen

Wissen und Sensibilisierung

Commitment und Leadership
der Führung

Entwicklung und Übung

**Interventionen
Instruktionen
Massnahmen**

Anforderungen und Bedürfnisse

Vielen Dank!



Aus dem Fehlermeldesystem von QANTAS, der unfallfreien Airline:

Pilot: Maus im Cockpit.

Mechaniker: Katze installiert!