

Patientensicherheit in der Onkologie

Strategie zur Vermeidung von Medikationsfehlern

David Schwappach

Krebspatienten profitieren von modernen Therapien, sind aber durch sehr komplexe Versorgungssysteme gefährdet. Um die Patientensicherheit in der onkologischen Versorgung nachhaltig zu verbessern, sind technische Lösungen notwendig, ebenso wie die Standardisierung von Prozessen und Informationen. Regelmässige klinische Sicherheitskonferenzen könnten die Kultur fördern, aus Fehlern zu lernen.

Komplexität und Patientensicherheit

In den letzten Jahren ist bei vielen bösartigen Erkrankungen die Lebenserwartung deutlich gestiegen. So hat sich beispielsweise in England die 10-Jahres-Überlebensrate über alle Krebsarten hinweg zwischen 1971 und 2011 von 24 % auf 50 % verdoppelt (Quaresma, Coleman, & Rachet, 2015). Das ist ein enormer Erfolg, von dem viele Patienten profitieren. Mit den besseren Behandlungsmöglichkeiten ist aber auch die Komplexität der Versorgung gestiegen. Einerseits sind medizinische Therapien komplexer geworden. Die Medikamentenzahl und deren Applikationswege haben zugenommen, der zeitliche Ablauf der Therapien, ihre Schemen und Dosisberechnungen sind komplexer geworden. Mit der Vielzahl der zu berücksichtigenden Parameter werden auch Fehler wahrscheinlicher. So steigt das Risiko für Verordnungsfehler erheblich, wenn bei der Dosisberechnung Nierenfunktion und Körperoberfläche berücksichtigt werden müssen (Mattsson et al., 2015). Zum anderen ist aber auch die Organisation der Patientenversorgung deutlich komplexer geworden. Es gibt häufige inter- und intrasektorale Wechsel der Patienten (ambulant-stationär; Grundversorger-Spezialisten), neue Spezialisierungen, eine starke Fragmentierung und Arbeitsteilung und damit verbunden oft komplizierte Abläufe und Prozesse. Viele Patienten sind nur noch kurz im Spital und die Betreuung hat sich sehr verdichtet. Zu mehr Komplexität führt auch der Einsatz neuer Technologien (Digitalisierung). Einige dieser Entwicklungen bieten auch neue Chancen für mehr Patientensicherheit, wie beispielsweise elektronische Verordnungssysteme. Gleichzeitig kann sich durch die Parallelität von analoger und digitaler Welt der

Komplexitätsgrad erhöhen, wenn zum Beispiel nur gewisse Verordnungen digital vorliegen, andere wiederum nicht, oder wenn die EDV-Systeme verschiedener Abteilungen nicht miteinander kompatibel sind. Komplexität heisst auch eine Zunahme an Prozessen, an Schnittstellen, an Informationen, Koordination, (Dis-)Kompatibilitäten, Kommunikation, Interaktion, und damit einer Zunahme an Risiko für die Patientensicherheit. Diese Faktoren erhöhen die Fehleranfälligkeit des Menschen. Dabei treffen wir immer mehr Annahmen über unsere Umwelt, je unübersichtlicher diese wird. Wir setzen Vermutungen und Annahmen zu einer konsistenten Sicht zusammen und gehen oft unbewusst davon aus, dass unsere Kolleginnen die gleichen Annahmen treffen und «allen alles klar ist».

Die Arbeitsumgebung, die Arbeitsmaterialien, die Organisation von Prozessen und Abläufen sind nicht mit dem medizinischen Fortschritt und der steigenden Komplexität mitgewachsen. Zum Teil mit gefährlichen Folgen. So sind die für iv-Therapien implementierten Sicherheitsmassnahmen beispielsweise bislang oft nur unzureichend auf die oralen Therapien adaptiert worden. Griffin et al. konnten zeigen, dass für iv-Chemotherapien durchschnittlich 57 systematische, unabhängige Checks der Medikation vorgesehen sind, während es für orale Therapien nur 6 sind (Griffin, Gilbert, Broadfield, Easty, & Trbovich, 2015). Störungen und Unterbrechungen während risikoreicher Prozesse wie der Verordnung und Applikation von Chemotherapien sind ein weiteres wichtiges Beispiel dafür, wie die Organisation der Versorgung die Patientensicherheit gefährdet. Unterbrechungen während der Verifikation und Gabe von Medikamenten sind mit einer Zunahme von klinisch relevanten Fehlern assoziiert (Trbovich, Prakash, Stewart, Trip, & Savage, 2010). Auch beim Verordnen von Medikamenten werden Onkologen sehr häufig unterbrochen, in einer kanadischen Studie durchschnittlich 8-mal pro Stunde (Trbovich et al., 2013). In einer Befragung berichteten viele Pflegefachpersonen in der Schweiz von Störungen bei der Durchführung der Doppelkontrolle von onkologischen Medikamenten (Schwappach, Pfeiffer, & Taxis, 2016).



«Bildlich gesprochen investieren wir sehr viele Ressourcen in die Sicherheit von Medikamenten, aber vergleichsweise wenig in die Sicherheit des Medikationsprozesses.»

Durch Unterbrechungen fühlen sich 76 % bei der Doppelkontrolle gestört, durch Lärm und schlechte Beleuchtung 57 % und für 53 % ist es schwierig eine Kollegin für die Doppelkontrolle zu finden. Bildlich gesprochen investieren wir sehr viele Ressourcen in die Sicherheit von Medikamenten, aber vergleichsweise wenig in die Sicherheit des Medikationsprozesses. Wir appellieren dann häufig an die Fachpersonen, sie mögen immer aufmerksam sein, um Fehler bei risikoreichen Handlungen zu vermeiden. Diese Fokussierung auf die individuelle Performance ist allerdings eine schwache und wenig effektive Massnahme zur Vermeidung von Zwischenfällen, denn die meisten Fehler sind nicht auf mangelndes Wissen oder mangelnde Fertigkeiten oder unzureichende Motivation zurückzuführen. Massnahmen aus drei Feldern sind notwendig um die Patientensicherheit in der onkologischen Versorgung systematisch und nachhaltig zu verbessern:

1. Technische und technologische Lösungen

Effektive Massnahmen zur Prävention von Zwischenfällen sind insbesondere technische oder technologische Barrieren, die verhindern, dass ein Fehler einen Schaden verursachen kann. Dazu gehört beispielsweise die Verwendung von Barcodes und entsprechenden Scannern für Patientenarmbänder, Blutprodukte und Hochrisiko-Medikamente zur Vermeidung von Verwechslungen. Der vollständige Verzicht auf Bolus-Injektionen von Vincristine zur Prävention von fatalen intrathekalen Fehl-Applikationen ist ein gutes Beispiel für eine «starke» technische Massnahme. Die konsequente Umstellung auf Kurzinfusionen (mini bags) macht eine Verwechslung von iv- und ith-Zugängen und die resultierende gefährliche Fehl-Applikation praktisch unmöglich und verlässt sich dabei nicht auf die Leistung des Individuums. Obwohl die Umstellung auf

Kurzinfusionen von vielen internationalen Expertenorganisation und auch der WHO empfohlen wird, ist leider festzustellen, dass diese Massnahme noch lange nicht überall umgesetzt wird (Hoppe-Tichy, Horscht, & Schöning, 2010; Gilbar, Chambers, & Larizza, 2015). Dafür werden häufig eher «schwache» Massnahmen implementiert, wie beispielsweise die Verwendung von Warnhinweisen oder Vorgaben, intrathekale und intravenöse Therapien zeitlich oder räumlich auseinanderzuziehen. Dabei handelt es sich

jedoch um Barrieren, die im Alltag übersehen oder umgangen werden können und abhängig sind von der Aufmerksamkeit der handelnden Personen. Die Trägheit in der Umsetzung dieser zentralen Massnahmen ist inakzeptabel und verdeutlicht den gefährlichen Irrtum, dass hochqualifizierten und engagierten Fachpersonen keine tragischen Fehler unterlaufen.

2. Standardisierung von Abläufen, Prozessen, Informationen

Unklare und uneinheitliche Prozesse sind eine wichtige Ursache für Fehler. Die Reduktion von unnötiger Variation in Prozessen und Abläufen ist ein wesentliches Merkmal von Hochzuverlässigkeits-Organisationen (High Reliability Organizations). Da viele Situationen und Entwicklungen dynamisch und nicht genau vorhersehbar sind, wird es in der Gesundheitsversorgung immer ein hohes Mass an Flexibilität geben. Umso wichtiger ist es, immer wiederkehrende Abläufe robust zu gestalten und klar zu regeln. Eine typische Konstellation, die immer wieder zu riskanten Situationen führt, ist die kurzfristige Anpassung von Verordnungen. Gerade in Ambulatorien mit hoher Patientenfrequenz kommt es häufig zu Situationen, in denen nicht alle involvierten Personen gleichermassen über Therapieanpassungen informiert sind («last minute Änderungen»). So kann es vorkommen, dass die Pflegefachperson von der ursprünglichen Medikation ausgeht, während der Arzt bereits mit dem Patienten eine aktuelle Anpassung besprochen hat – es existieren verschiedene «mentale Modelle», welche Therapie der Patient nun erhält. Analysen von Zwischenfällen zeigen, dass solche Situationen, typischerweise verbunden mit unterschiedlichen Prozessgeschwindigkeiten (Abschluss der Konsultation mit Dosisanpassung und Übernahme des Patienten durch

die Pflegefachperson für die Therapie) häufig zu Fehlern führen beziehungsweise vorhandene Sicherheitsbarrieren aushebeln. In einem klar definierten Prozess müssen aktuelle Medikationsänderungen neben der schriftlichen Verordnung auch explizit als Änderungen kommuniziert und das Wissen über die nächsten Schritte wieder abgeglichen werden, bevor der Behandlungsprozess weitergeht. Um dies zu gewährleisten kann als Sicherheitsbarriere beispielsweise festgelegt werden, dass diese Kommunikation noch stattfinden muss, bevor der betreffende Patient das Sprechzimmer verlässt. Dies beugt der Alltagssituation vor, dass der behandelnde Arzt auf dem Weg zu einem neuen Patienten durch Unterbrechungen und Ablenkungen vergisst, die Änderung der Verordnung freizugeben oder zu kommunizieren (Bunnell et al., 2013).

3. Kulturwandel

Auch wenn technische Lösung und die Standardisierung von Abläufen einen enormen Beitrag zur Reduktion von Zwischenfällen leisten, so bleiben die Fachpersonen die zentrale Sicherheitsressource. Für das Erkennen von Risiken, für das Lernen aus Fehlern und für das Implementieren von Lösungen sind die Mitarbeitenden unverzichtbar und leisten wichtige Beiträge. Dafür sind die offene Kommunikation und das Ansprechen von Problemen erforderlich. In der Praxis behindern starke Autoritätsgradienten allerdings leider noch allzu häufig einen offenen Austausch. Wir konnten in einer Untersuchung in der Schweiz zeigen, dass viele Fachpersonen in der Onkologie durchaus Gefahren und Risiken für die Patientensicherheit in ihrer Umgebung erkennen, diese aber oft nicht in ihrem Team ansprechen (Schwappach & Gehring, 2014; Schwappach & Gehring, 2015). Um ein solches «speaking up» zu fördern sind das Verhalten und die Unterstützung der Führungspersonen wichtig. Sie sollten den offenen Austausch über Fehler und Risiken fördern und fordern und gemeinsam mit dem Team überlegen, welche Hürden es im Alltag gibt. Auch der Einbezug von Patienten kann zur Verbesserung der Patientensicherheit beitragen. Viele onkologische Patienten sind besorgt um ihre Sicherheit und bereit, sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten und Kompetenzen zu engagieren (Schwappach & Wernli, 2010). Insbesondere ist es wichtig, dass Patienten ermutigt werden, Unklarheiten oder mögliche Fehler (z. B. eine Patientenverwechslung) direkt anzusprechen.

Fazit

Für eine effektive Strategie zur Vermeidung von Medikationsfehlern in der Onkologie müssen technische Lösungen, die Anpassung von Prozessen sowie die Entwicklung einer starken Sicherheitskultur zusammenwirken. Dazu gehört auch, dass wir uns nicht nur an den Fehlern der Vergangenheit orientieren, sondern durch prospektive Risikoanalysen zukünftige Gefahren erkennen (z. B. die Veränderungen von iv zu oralen Therapien) und rechtzeitig Gegenmassnahmen ergreifen. Fehler werden auch in der onkologischen Versorgung nicht vollständig vermeidbar sein. Aber wir können das System, in dem die Versorgung stattfindet, möglichst widerstandsfähig gestalten, so dass das Schadenspotential für die Patienten erheblich reduziert wird.

> Prof. Dr. David Schwappach, MPH

Wissenschaftlicher Leiter

Stiftung Patientensicherheit Schweiz

Asylstrasse 77, 8032 Zürich

T +41 (0)43 244 14 80, F +41 (0)43 244 14 81

schwappach@patientensicherheit.ch

www.patientensicherheit.ch

> **Literatur:** www.onkologiepflege.ch

KEYNOTES

Sécurité des patients en oncologie

Sujet La sécurité des patients en oncologie nécessite une plus grande attention. Trop peu est investi, en particulier, dans la sécurité des processus de médication.

Apport de connaissances L'environnement de travail, le matériel de travail, l'organisation des processus et procédures n'ont pas évolué avec le progrès de la médecine et la complexité croissante. Par exemple, lors de la prescription et le contrôle des médicaments, les professionnels sont trop souvent interrompus, ce qui peut conduire à des erreurs fatales.

Dans la pratique Des obstacles techniques et la standardisation de procédures, de processus, d'informations sont des mesures efficaces pour la prévention des incidents ; ils empêchent qu'une erreur puisse causer des dommages. Les employés sont indispensables pour la détection des risques, l'apprentissage à partir des erreurs et la mise en œuvre de solutions.
