

Verbesserung von Sicherheit und Qualität in der Anästhesiepflege

Yves Glanzmann, Marion Blaser, François Marguet

Die Implementierung einer Sicherheitskultur mit Verwendung eines Critical Incident Reporting System (CIRS) zur Analyse von relevanten, unerwünschten Ereignissen ist wesentlich für das Arbeiten im Operationssaal. Die Analyse von Faktoren, welche gemeldete Ereignisse auslösen können, führen zum Aufzeigen von Verbesserungswegen. Gemeldete, Kritische Ereignisse geben der betroffenen Institution die Chance, Sicherheit und Qualität in der Pflege stetig zu entwickeln und zu optimieren. Die Autoren präsentieren die Bilanz einer Sammlung des CIRS im Hauptoperationstrakt im Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) in Lausanne ein Jahr nach dessen Implementierung.

Einleitung

Jede von Personen erbrachte Tätigkeit ist mit einhergehenden Risiken verbunden. Auch im Gesundheitswesen, bei der Anwendung von pflegerischen und therapeutischen Massnahmen sind diese nicht zu umgehen. Wollten Pflegende dieses Wagnis nicht in Kauf nehmen und auf Interventionen verzichten, würde dies paradoxerweise bedeuten Patienten nicht zu

UNERWÜNSCHTE EREIGNISSE



behandeln, was offensichtlich keine Option ist. Die bekannter weise hohe Komplexität im Gesundheitswesen mit seinen möglichen Folgen ist eine anerkannte Tatsache. In der Gesundheitsbranche beruht das Risikomanagement meistens auf der Reaktion für bereits erfolgte Ereignisse. Das reduziert die Methodik zur Untersuchung der Geschehnisse auf eine nachfolgende Analyse. Was eine erhebliche Einschränkung des Fehlermanagements für zukünftige Unternehmungen bedeutet. Die Einführung einer Sicherheitskultur mittels Analyse von kritischen Ereignissen in einem Operationstrakt ist nicht mehr wegzudenken. Die Analyse der Faktoren, die diese gemeldeten Ereignisse auslösen können, führt zum Optimieren von Sicherheit und Qualität in der Pflege. Die potentiellen Verbesserungsvorschläge sind von der Sicherheitskultur der Institution und des Meldenden abhängig.

Beschreibung

Ein kritisches und unerwünschtes Ereignis ist eine unerwartete Situation, die bei der Versorgung eines Patienten auftreten

HÄUFIGKEIT = Umstand	F5	1	1	1	1	1
	F4	2	2	1	1	1
	F3	2	2	2	1	1
	F2	3	3	2	2	1
	F1	3	3	2	2	1
		C1	C2	C3	C4	C5
WIRKSAMKEIT/KONSEQUENZEN = Relevanz						
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> 1 zu behandeln 2 Behandlung empfohlen 3 zu beobachten </div>						

Häufigkeit
 F1. Sehr selten 1x/Jahr
 F2. Selten 1x/6 Monate
 F3. Häufig 1x/Woche
 F4. Sehr häufig 1x/Tag
 F5. Kontinuierlich mehrmals/Tag

Auswirkungen / Konsequenzen
 C1. Minimal: Störung ohne Folgen, Schaden < 10 000.-CHF, mündliche Rückmeldung ohne folgen
 C2. Bezeichnend: Beeinträchtigung, Verspätung, unerwünschte Wirkung, Schaden < 0,1 Millionen CHF, Information extern verweisen
 C3. Ernsthaft: Versagen, Verschiebung, Verlängerung, vorläufige Schliessung, Reklamation, lokale Medien
 C4. Kritisch: Unterbrechung, weitere Eingriffe, Bettenstation schliessen, Schaden < 10 Millionen CHF, Klage, nationale Medien
 C5. Katastrophal: irreversible Schaden, Tod, Abteilerung schliessen, gerichtlicher Verfahren und Verurteilung, internationale Medien

Tabelle 1: Risikotabelle RECI-CHUV, um die Wichtigkeit zu evaluieren

kann. Dieses muss gemeldet werden. Ein kritisches und unerwünschtes Ereignis kann als Einzelfall oder wiederholt auftreten und kann von mehreren Faktoren ausgelöst werden. Ein kritisches und unerwünschtes Ereignis kann auch als Beinahe-Schaden auftreten. In diesen Fällen führt der oder die Fehler nicht zu Schaden. Eine interdisziplinäre Gruppe analysiert regelmäßig die kritischen und unerwünschten Ereignisse, die in unserem Operationstrakt auftreten. Diese Gruppe besteht aus 5 Personen: eine leitende TOA, eine Koordinatorin im Operationsbereich, eine Kardiotechnikerin, ein Ingenieur in Biochemie und ein Leitender in Anästhesiepflege. Weitere Experten (Ärzte, Anästhesisten, Chirurgen, Logistiker, usw.) können die Gruppe bei Bedarf ergänzen. Die Gruppe trifft sich monatlich, um die kritischen Ereignisse zu analysieren. Sie erarbeitet Lösungsvorschläge für die Direktion und informiert die Berichtenden. Die Meldungen werden auf die entsprechenden Fachkompetenzen der Mitglieder aufgeteilt.

Interdisziplinäre Sitzungen finden regelmässig statt und sind der Präsentation von kritischen und unerwünschten Ereignissen gewidmet.

Für die Analyse von kritischen und unerwünschten Ereignissen wurde die «Fehler-Ursache-Methode» gewählt. Mit dieser Methode werden nicht nur bereits geschehene Vorkommnisse analysiert, sondern auch latente Fehler, die primär nicht sichtbar sind. Die zahlreichen Faktoren, die zu einem kritischen Ereignis direkt oder indirekt geführt haben, werden mit dieser Methode systematisch, rückwirkend erfasst.

Die Betroffenen erleben die Suche nach Lösungen weniger bedrohlich, als die Suche nach einem Schuldigen. Die Vorkommnisse werden systemisch betrachtet und nicht auf einzelne Verantwortliche reduziert. Wir befinden uns noch im Anfangsstadium dieser Kultur in unserer Abteilung.

FAKTORENART	AUSLÖSENDE FAKTOREN (Beispiele)
Patientenbezogene Faktoren	Gesundheitszustand (Komplexität und Grad der Einschränkung) Persönlichkeit und soziale Faktoren Kommunikation: ängstlicher oder fremdsprachiger Patient
Prozessbezogene Faktoren	Arbeitsorganisation und klare Prozesse Zugang zu den Richtlinien und Umsetzung derselben Zugang zu den Prüfungsergebnissen und Richtigkeit derselben Hilfe zur Entscheidungsfindung Aufgabenentwicklung und klare Strukturen Prüfungsergebnisse unzugänglich und Protokolle benutzen
Individuelle Faktoren (persönlich)	Fachwissen und Fähigkeiten Kompetenzen Psychische und physische Zustand Ungenügendes Fachwissen oder Erfahrung Qualifikation von spezifischen Fachpersonen
Teambezogene Faktoren	Mündliche Kommunikation Schriftliche Kommunikation Supervision und Hilfestellung (suche) Teamstruktur (Zusammenhalt, Stabilität, Führung, usw.) Schlechte Kommunikation innerhalb des Teams
Faktoren auf der Arbeitsumgebung bezogen	Arbeitsbelastung und Arbeitszeiten Gestaltung, Verfügbarkeit und Zustand der technischen Infrastruktur Unterstützung der Administration und der Führung Arbeitsumgebung Zusammenspiel Kompetenz und Ressourcen Hohe Arbeitsbelastung und ungeeignete/ungenügende Ressourcen
Faktoren auf der Organisation und Führung bezogen	Finanzielle Ressourcen und eingeschränkte Budgetierung Organisationsstrukturen Prinzipien, Normen und Ziele Sicherheitskultur und Prioritäten Ungenügende Prozesse für die Direktion Vorhandene Organisationsstrukturen, um die Risiken zu senken Standards und strategische Ziele
Faktoren auf dem institutionellen Kontext bezogen	Wirtschaftskontext und Vorschriften Gesundheitspolitik Beziehungen zu externen Institutionen Widersprüchliche Strategien und finanzielle Probleme

Tabelle 2: recherchierte Zusatzfaktoren

(Quelle: Patientensicherheit Schweiz, Ch. Vincent & S. Adams)

Aufnahmeprozess für kritische und unerwünschte Ereignisse :

- Ereignis beschreiben
- Problem identifizieren
- Die Wichtigkeit evaluieren – Risikotabelle (Tabelle Nr. 2)
- Analyse–Suche nach auslösenden Faktoren
- Getroffenen Massnahmen – Lösungsvorschläge – Betreuung

- Kommunikation an die Betroffenen und die Meldepersonen – Archivierung
- Melden / Dispatcher / Analysieren / Behandeln / Betreuen / Kommunizieren

Die Bilanz einer Sammlung des CIRS im Hauptoperationstrakt im CHUV in Lausanne nach einem Jahr Implementierung wird im Anschluss an den Artikel präsentiert. Die Analyse hat vom 01.04.2014 bis 31.03.2015 retrospektiv stattgefunden. Die Autoren haben die Anzahl, die Art, Relevanz des Ereignisses und die Funktion der Berichtersteller erhoben.



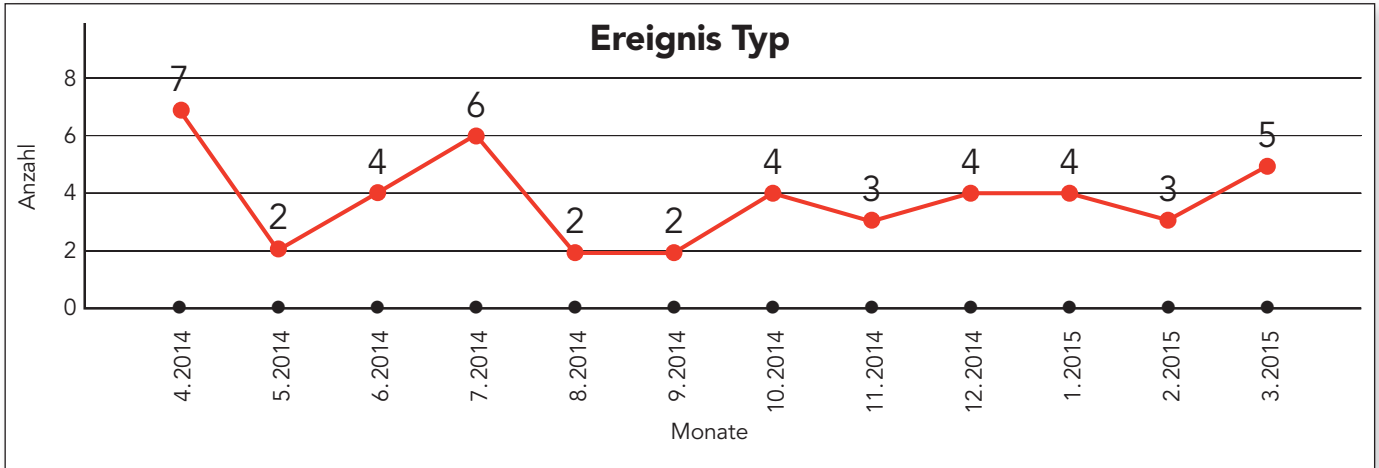


Tabelle 3: Anzahl monatlich gemeldeter Ereignisse aus dem Bloc opératoire principal CHUV

Resultate

Im ersten Jahr der Einführung des CIRS wurde mit 3-4 Meldungen (Tabelle 3) pro Monat eine konstante Anzahl an Meldungen festgestellt. Die gemeldeten Ereignisse waren in der Art sehr vielfältig (Tabelle 4). Die Meisten wurden der Relevanz entsprechend schnell eingestuft (Tabelle 5), der betroffenen Abteilung weitergeleitet (dispatch), analysiert und schliesslich nach einer, von der Institution festgelegten Priorität behandelt (Tabelle 1). Die grösste Anzahl an Meldungen werden durch das Pflegepersonal gemeldet (Tabelle 6). Einerseits bilden die Pflegefachpersonen die grösste Berufsgruppe, die im Operationstrakt tätig ist und andererseits scheint die Fehlerkultur bei dieser Berufsgruppe am besten ausgebildet. Dieses Ergebnis freut uns sehr.

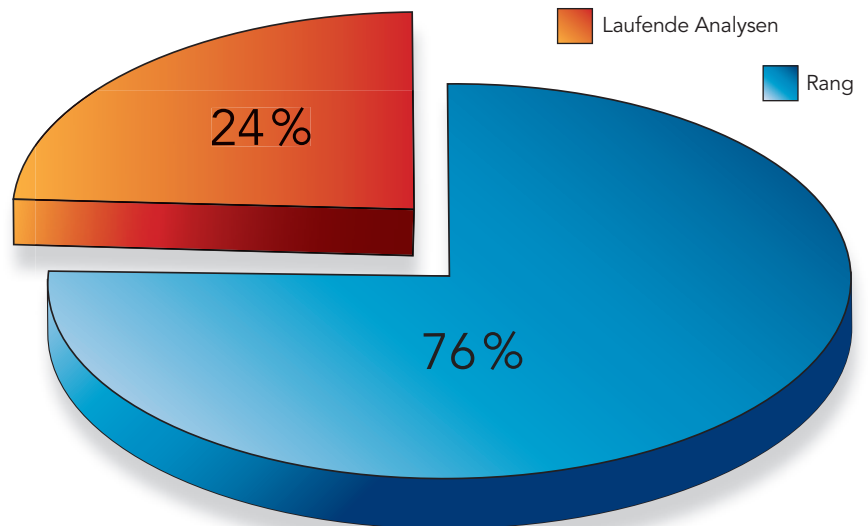


Tabelle 5: Relevanz der gemeldeten Ereignisse des Bloc opératoire principal CHUV

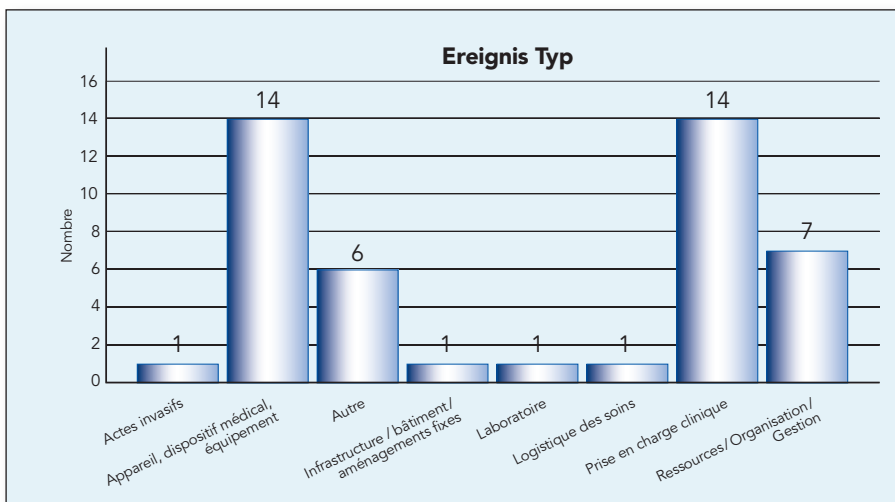


Tabelle 4: Art der gemeldeten Ereignisse aus dem Bloc opératoire principal CHUV vom 01.04.2014 bis 31.03.2015

Schlussteil

Die Implementierung einer Sicherheitskultur mit dem Schwerpunkt auf der Analyse von kritischen Ereignissen ist für die Tätigkeit im Operationstrakt notwendig. Die Analyse der Faktoren, die diese gemeldeten Ereignisse auslösen können, führt zum Optimieren der Sicherheit und Qualität in der Versorgung. Das Risikomanagement hat zum Ziel, Gefahren besser zu erkennen und unerwünschte Situationen zu antizipieren. Ein Gleichgewicht zwischen Nutzen und einzugehende Risiken ist anzustreben. Die Analyse eines Ereignisses hat grösste Priorität und ist

meistens von längerer Dauer als das Erarbeiten einer Lösung. Die Analyse muss stets kritisch hinterfragt und evaluiert sein, um so laufend an die Entwicklung von Behandlungsmassnahmen und deren begleitenden Risiken angepasst zu werden.

Durch die Meldung von kritischen und/oder unerwünschten Ereignissen, wird die Chance für Pflegende und die Institution, Sicherheit und Qualität der Pflege zu erhöhen, gesteigert.

Dies benötigt einen angemessenen Rahmen, regelmässige Kommunikation und systematische Rückmeldungen, um die Beteiligten zu ermutigen.

Das Pflegepersonal des Operationstraktes scheint grossen Wert darauf zu legen, wie unerwünschte Ereignisse entstehen und zu vermeiden sind. Das ist durch die Anzahl der Meldungen bzw. Beschreibungen von unerwünschten Ereignissen durch Pflegefachpersonen zu erkennen.

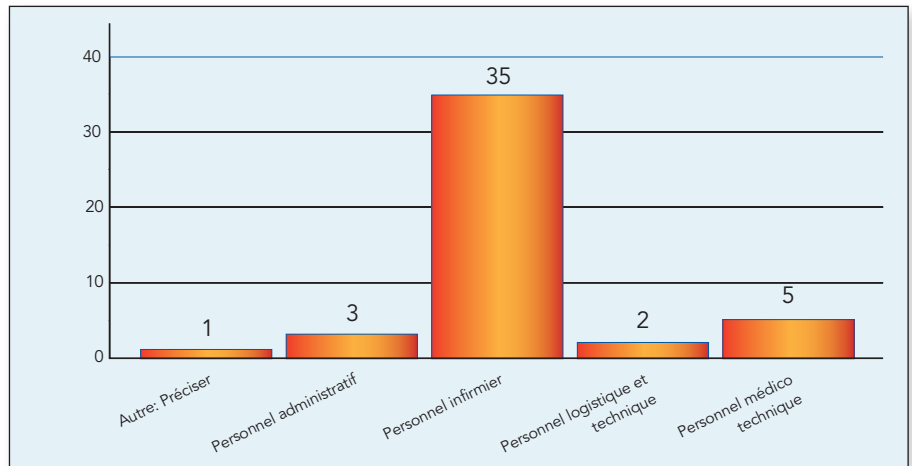


Tabelle 6: Berufliche Funktion des Berichtenden/Meldenden

Kontakte:

Yves Glanzmann
 Coordinateur M&D, Département des services de chirurgie et d'anesthésiologie
 Service d'anesthésiologie, CHUV
 yves.glanzmann@chuv.ch

Marion Blaser
 Secrétaire médicale gestionnaire du bloc opératoire, Département des centres in-

terdisciplinaires et logistique médicale,
 Direction du bloc opératoire, CHUV
 marion.blaser@chuv.ch

François Marguet
 Chef du bloc opératoire, Département des centres interdisciplinaires et logistique médicale,
 Direction du bloc opératoire, CHUV
 francois.marguet@chuv.ch