

Fehlermanagement in der Praxis – Fehler erkennen und daraus lernen

2. Deutscher Arzthelferinnen-Tag

München, 08.11.2008

Barbara Hoffmann

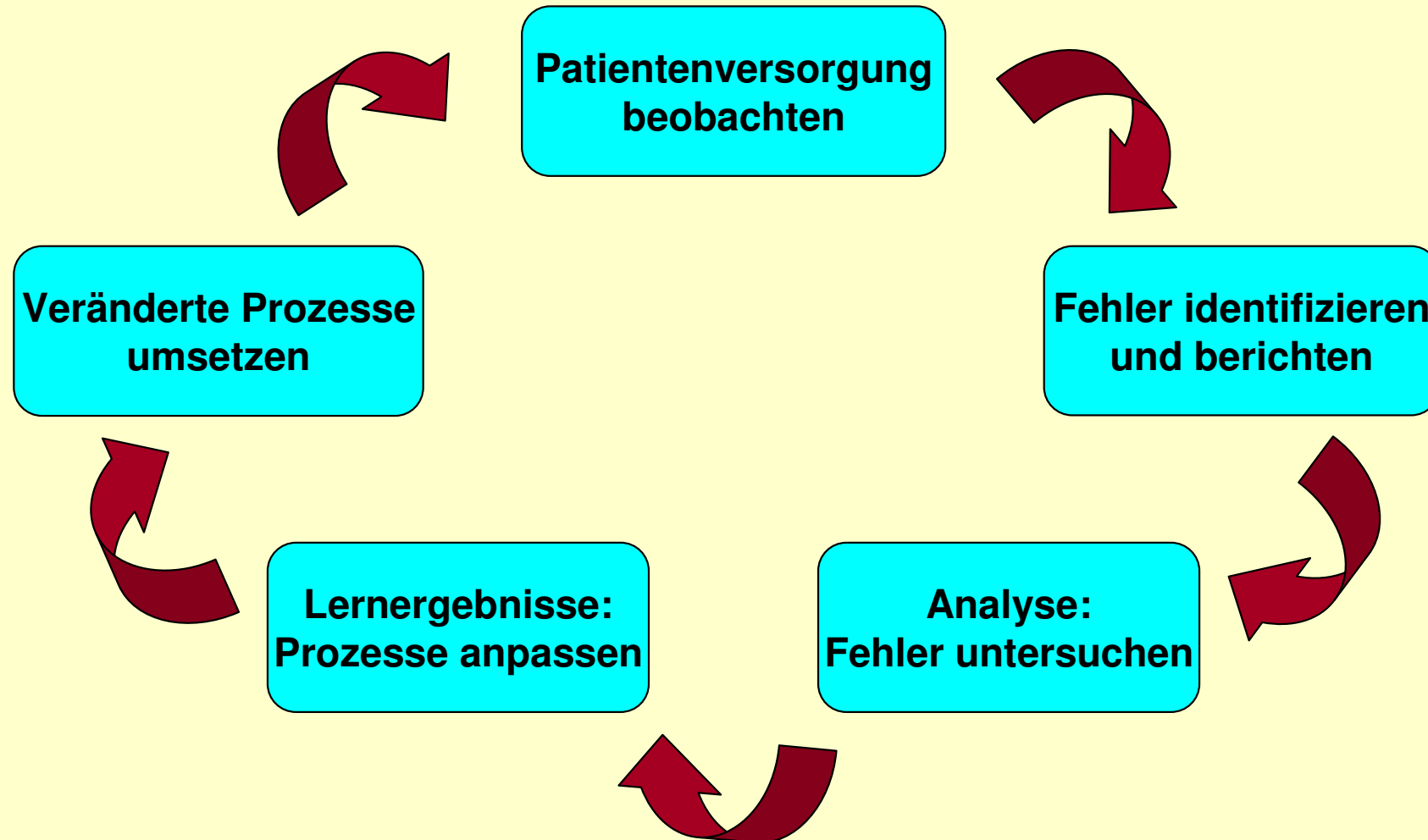
**Institut für
Allgemein-
medizin**



Was erwartet Sie?

- **Der Lernkreis**
- **Fehlermanagement**
 - **Fehler identifizieren, Fehlerfolgen vermindern**
 - **Fehler untersuchen**
 - **Fehler verhindern: Prozesse anpassen**
 - **Fehler verhindern: Prozesse umsetzen**
 - **Fehler vorhersehen**

Der Lernkreis



Worum geht's hier überhaupt?

- Medizinischer Fehler => vermeidbares unerwünschtes Ereignis oder Beinahe-Schaden
- **Fehler:** Eine **geplante Handlung erreicht** das erwünschte **Ziel nicht.**
- **Vermeidbares unerwünschtes Ereignis:** Patient erleidet Schaden aufgrund eines Fehlers
- **Beinahe-Schaden:** ein Schaden ist nicht aufgetreten oder das Ereignis konnte rechtzeitig verhindert werden

Fehlern identifizieren / erkennen / berichten

- „Irgendetwas stimmt nicht“
- **Patienten:** Beschwerde, Kummerkasten o. ä.
- Anlass für einen **Konflikt im Team**
- Information aus Apotheke oder von anderen Behandlern
- **Fehlerbuch:** handschriftlich, auf Papier
- „**Meckerpatient**“ als fiktiver Patient in der Praxisdatenbank (das „wachsame Auge“)
- **Teamsitzung**
- **Fehlerberichtssystem** (z. B. www.jeder-fehlerzaehlt.de) intern oder extern

Dazu ein Beispiel

Was ist passiert?

- Patient erhielt statt Methotrexat i.v. eine i.v.-Injektion mit Vitamin-B-Komplex und Novocain 2%.

(www.jeder-fehler-zaehlt.de)

Fehler berichten

- Wann und wo?
 - Kaffeepause
 - Übergaben
 - **Teambesprechungen**
- Was soll berichtet werden?
 - **Was ist eigentlich genau passiert?**
 - **Welche Folgen** hatte das Ereignis?
 - **Was hat zu dem Ereignis geführt bzw. beigetragen?**

Unser Beispiel

- Bei einem Patienten soll die wöchentliche i.v.-Gabe von MTX (Methotrexat) erfolgen.
- Eine Spritze liegt im Labor schon parat und wird dem Patienten i.v. verabreicht.
- Es handelte sich aber nicht um MTX, sondern um eine für die i.m.-Gabe vorbereitete Spritze mit Vitamin B-Komplex 2 ml + Novocain 2% 2 ml.
- Patient wurde eine Stunde in Praxis behalten, EKG-Kontrolle. Nichts passiert.

Fehler untersuchen

- Sitzung des gesamten **Praxisteam**s
- Ereignis genau beschreiben: was ist wann wo passiert?
- **Fehlerbegünstigende Faktoren systematisch** suchen und finden: Fragen-Checkliste !

Fehlerbegünstigende Faktoren

- **Patienten**faktoren

Gesundheitszustand, Alter, Sprache, Persönlichkeit

- Faktoren der **Tätigkeit** (z. B. medikamentöse Therapie, EKG, Impfung)

Aufgabengestaltung, Vorhandensein/Anwendung von Standards

- **Individuelle** Faktoren des **Mitarbeiters**

Wissen, Erfahrung, Fertigkeiten, Gesundheitszustand

- **Team**faktoren

Teamstruktur, Hierarchie, Supervision, Kommunikation

Fehlerbegünstigende Faktoren (Forts.)

- **Arbeitsbedingungen**

Qualifikation und Bestand des Personals, Ausstattung
Praxis, Arbeitsbelastung, technische Ausstattung,
Umgebung

- **Organisations-** und **Management**faktoren

Praxisstruktur, Ressourcen, Sicherheitskultur,
Grundsätze, Ziele

- Kontext der **Institution** (ambulante Versorgung)
gesetzliche Regelungen, QM, Gesundheitspolitik

- **Sicherheitsbarrieren**

Vorhandensein und Zuverlässigkeit

Checkliste zur Fallanalyse

Checkliste zur Fall-Analyse	
Fehlerbegünstigender Faktor	Erläuterung
Patientenfaktoren	Krankheitszustand soziale, körperliche oder psychische Bedingungen Beziehung zwischen Patient und Praxis Sprache, Ausdrucksfähigkeit Persönlichkeit
Faktoren der Tätigkeit (Art der Aufgabe)	Gestaltung des Prozesses/Ablaufes Protokolle/Standards vorhanden?
Individuelle Faktoren des Mitarbeiters	Wissen, Fähigkeiten Ausbildung Stress, Gesundheit Motivation
Teamfaktoren	verbale, geschriebene Kommunikation Teamstruktur Supervision, Hilfesuchen
Arbeitsbedingungen	Personalausstattung Qualifikation des Personals Arbeitsbelastung Design, Vorhandensein und Wartung der Ausrüstung/Geräte Umgebungsbedingungen, Lärm, Ablenkungen
Organisations- und Managementfaktoren	Ressourcen, Beschränkungen Praxisstruktur (Einzel-, Gemeinschaftspraxis) Vorhandensein und Umgang mit Regeln, Vorschriften Sicherheitskultur und Prioritäten
Kontext der Institution	Wirtschaftliche Situation/Bedingung der Praxis Vorgaben durch Haftpflichtversicherungen Vorgaben durch Gesetzgeber (Qualitätsmanagement)
Sicherheitsbarrieren	Vorhanden, zuverlässig und bekannt? Hätten die Sicherheitsbarrieren das Ereignis verhindern können?

Zusätzliche Fragen, die Sie immer beantworten sollten:

- ⇒ Wichen die handelnden Personen **von bestehenden Protokollen/Standards** ab?
- ⇒ Würde eine **andere Person** (mit gleicher Ausbildung etc.) **auf die gleiche Art gehandelt** haben?
- ⇒ Gab es **Lücken in der Ausbildung**?

Unser Beispiel

- Bei einem Patienten soll die wöchentliche i.v.-Gabe von MTX (Methotrexat) erfolgen.
- Eine Spritze liegt im Labor schon parat und wird dem Patienten i.v. verabreicht.
- Es handelte sich aber nicht um MTX, sondern um eine für die i.m.-Gabe vorbereitete Spritze mit Vitamin B-Komplex 2 ml + Novocain 2% 2 ml.
- Patient wurde eine Stunde in Praxis behalten, EKG-Kontrolle. Nichts passiert.

Unser Beispiel

- Bekannter Patient (Routine)
- Eine Spritze (ohne Label und ohne beiliegende Ampulle) liegt in der Hand des Mitarbeiters.
- MTX-Spritze sieht aus wie eine Saline.
- Hektischer Tag
- 2 von 3 Helferinnen sind krank bzw. in Urlaub.
- Arzt kommt rein und gibt Injektion in Filiale.
- keine Kontrolle der Spritze.
- Keine Kontrolle, ob Patient zusammenpassen (Im Labor sitzt Herr X)

Patient

Aufgabe

Aufgabe

Arbeitsbedingungen

Arbeitsbedingungen

Mitarbeiter

Aufgabe

Sicherheitsbarrieren

Sicherheitsbarrieren

Prozesse anpassen

Vermeidungsstrategien gemeinsam entwickeln

- Welche **beitragenden Faktoren können** in der Praxis **verändert** werden?
- Einrichten von **Praxisroutinen**: möglichst wenige und einfache Schritten
- **Standardisieren**: ähnliche Tätigkeiten sollten gleich durchgeführt werden (z. B. Verfolgen von Befunden und Benachrichtigung des Patienten für Labor und Röntgen identisch)

Prozesse anpassen (Forts.)

- Tätigkeiten sollten **nicht abhängig** sein **von** großer **Aufmerksamkeit** und/oder **Gedächtnis** („Wie war die Dosierung noch mal???“)
- übersichtliche Zahl von **Checklisten**
- **Sicherheitsbarrieren** nutzen

Was sind Sicherheitsbarrieren?

- Verhindern, dass es zu Fehlern kommt.

Physische Hindernisse (Anschlüsse passen nicht zusammen)

Räumliche Distanz (ähnliche aussehende Medikamente stehen im Schrank *nicht* nebeneinander)

Warnhinweise, -töne (besondere Etiketten)

Organisatorische Maßnahmen (Prozessablauf)

Kontrolle durch Person (Vier-Augen-Prinzip, double check)

Wissen (Checkliste für die Impfung, Ausbildung)

Administration (Standards, Supervision)

Unser Beispiel

- (i.v.-)Injektionen: **Ablauf standardisieren und Regeln aufstellen**
- **Sicherheitsbarrieren:**
 - Keine Injektion durchführen, die man nicht selbst vorbereitet hat
 - Jede Spritze ohne Beschriftung oder Ampulle in den Müll
 - Bei jeder i.v.-Gabe doppelte Kontrolle von Medikament und Patient
- **Kritisches Hinterfragen, STOPP!** (Sicherheitskultur)

Sicherheitsbarriere - Beispiel

- Look-alike-Medikamente: Gefahr der Verwechslung



- In der Praxis: Räumliche Distanz (nicht direkt neben einander in Medikamentenschrank/Hausbesuchstasche)
- Beim Hersteller (noch besser): deutlicher Unterschied (Größe, Färbung der Flüssigkeit, Volumen...)
- NaCl 5,85 % oder Kaliumchlorid 7,45 % i. v.?



???



???



Blaue Färbung !

Prozesse umsetzen

Allgemeine Regeln:

- **Beziehen** Sie **alle Beteiligte/Betroffene** in die Fallanalyse und die Entscheidungen über Veränderungen **ein**.
- Praxisroutinen in **wenigen einfachen Schritten**
- „**Mehr Sorgfalt!**“ oder „Aufmerksamer sein!“ **hilft nicht!**
- Die **erstbeste Lösung** ist **nicht immer** die **beste**.
- **Information** (und damit Adhärenz) **der Patienten** ist **wichtiger** als in der Klinik.
- Gleichzeitig **überlegen, was Sie daran hindern könnte**, die Veränderungen umzusetzen.

Prozesse umsetzen (Forts.)

- Überprüfen, ob die **Maßnahme erfolgreich** war
- **Reflektion über das eigene Handeln** und die eigene Leistung
- **Feedback** geben und einfordern
- **Bereitschaft zu Lernen und Veränderung**

Übungsbeispiel 1

- Herzkranker Patient kommt zum **Belastungs-EKG**.
- Dabei tritt eine gefährliche **Herzrhythmusstörung** auf.
- Patient soll **kardiovertiert** werden (bestimmte Therapie, bei dem Defibrillator eingesetzt wird)
- **Defibrillator** (Notfall-Gerät) ist **nicht einsatzbereit**:
Batterie (Akkus) leer
- Glücklicherweise hört die Herzrhythmusstörung von selbst wieder auf.

Ergebnis

- Stark gefährdeter **Patient**
- **Tätigkeit:** Kontrolle der Notfallgeräte und –medikamente
- **Arbeitsbedingungen:** wenig Platz, mit Geräten vollgestellter Raum
- **Arbeitsbedingungen:** Kontrolldisplay des Geräts schlecht einsehbar
- **Arbeitsbedingungen:** Netzstecker des Geräts löst sich leicht, Akkus hatten sich entladen (Wartung des Geräts?)
- **Arbeitsbedingungen:** Beim Staubwischen Netzstecker gelöst (Reinigungskraft)

Übungsbeispiel 2

- Bei einer **älteren Dame** (85 Jahre) wird über einige Wochen ein **Hämoglobin-Wert von 8 g/dl übersehen.**

Ergebnis

- 24.07.2007 Patientin wegen Schulterschmerzen in der Praxis; Therapie: Krankengymnastik
- Blässe fällt auf => Blutabnahme am nächsten Tag
- **Tätigkeit:** Blut abgenommen: Keine Terminvereinbarung, keine Information der Patientin wann und wie Ergebnis (**Patient**)
- **Tätigkeit:** Hämoglobinwert 8,5 g/dl von zwei Ärzten und MFA gesehen. Wird dokumentiert.
- **Tätigkeit:** Patientin nicht benachrichtigt.
- Tochter fragt am 10.08.2007 nach Blutergebnissen.

Übungsbeispiel 3

- Ein **Säugling** erhält **statt** der geplanten Doppelimpfung mit 6-fach-Impfstoff und kontralateral **Pneumokokken**-Impfstoff wurde 6-fach und **Meningokokken**impfung verabreicht.
- Injektion muss wiederholt werden.

Ergebnis

- **Tätigkeit:** zwei Impfungen gleichzeitig, zwei Spritzen, zwei Injektionsstellen
- **Tätigkeit:** Kontrolle bei Vorbereitung und bei Gabe der Impfung fehlt
- **Tätigkeit:** Dokumentation der Impfung nach erfolgter Injektion
- **Arbeitsbedingungen:** Unübersichtlichkeit im Ablauf
- **Arbeitsbedingungen:** viele Patienten auf einmal zu behandeln, viele Dinge parallel bearbeitet, Ablenkung, Tätigkeit nicht zu Ende ausgeführt

Fazit

- **Nur wer über Fehler spricht, kann aus ihnen auch lernen.**
- **Fehleranalyse: systematisch alle in Frage kommenden Faktoren untersuchen.**
- **Gemeinsam lernen – die lernende Praxis ist die Praxis der Zukunft.**
- **Besuchen Sie www.jeder-fehler-zaehlt.de**