

## Umgang mit Kritischen Zwischenfällen: Erfahrungen aus dem Ostschweizer Kinderspital

Michele Losa, St. Gallen

### Das System

Das moderne Spital kann unter vielen Aspekten als hochspezialisierter Industriebetrieb angesehen werden: nicht nur die Infrastruktur (z.B. medizinisch-technische Apparate) sondern auch (Behandlungs-)Prozesse sind im Gesundheitswesen immer komplexer geworden. Es erstaunt deshalb nicht, dass auch im Gesundheitswesen wie eben in der «high-tech» Industrie, Fehler oder beinahe-Fehler zum Alltag gehören. Aus dieser Erkenntnis gilt es nun auch für das Gesundheitswesen Strategien zur Vermeidung von Zwischenfällen zu entwickeln.

Bestrebungen für eine sicherere Medizin sind nicht erst in den letzten Jahren entstanden, neu sind die Methoden mit welchen Zwischenfällen analysiert werden. Das System des «Critical Incident Monitoring» (CIM) ist eine dieser Methoden. Ziel des Critical Incident Monitoring ist es die Patientensicherheit zu erhöhen. Am Ostschweizer Kinderspital wurde im März 1998 ein Instrument zur systematischen Erfassung und Analyse von kritischen Zwischenfälle implementiert. Die Einführung erfolgte zuerst auf der Intensivstation/Neonatalogie und breitete sich danach in Etappen aus: aktuell arbeiten alle stationären Abteilungen mit dem System.

Kritische Zwischenfälle wurden an unserem Spital wie folgt definiert: «Als kritischer Zwischenfall gilt jedes, mit der Spitalbehandlung zusammenhängendes, nicht beabsichtigtes Ereignis, das direkt oder über seine Folge den Patienten negativ beeinflusst oder beeinflussen könnte».

Das System basiert auf 2 wichtige Instrumente: Das Meldewesen und die systemzentrierte Analyse. Das Meldewesen (Critical Incident Reporting) ist freiwillig, anonym und nicht-punitiv. Diese Bedingungen sind essentiell für die Akzeptanz bei den Mitarbeitern. Die systemzentrierte Analyse erfolgt interdisziplinär und auf Abteilungsebene. In einem ersten Schritt wird der Zwischenfall ins Zentrum gestellt: der Patient und selbstverständlich die verursachende Person werden anonymisiert. In zweiten Schritt werden, je

nach Beurteilung des Analyseteam, Verbesserungsmaßnahmen entwickelt: der Fokus wird auf die Bedingungen, unter denen das Individuum arbeitet, gerichtet. Die Zwischenfälle werden in gemeinsamen Sitzungen mit allen Abteilungsmitarbeitern diskutiert und wo nötig, werden die Verbesserungsmaßnahmen verabschiedet. Die Implementierung der Massnahmen obliegt der pflegerischen und medizinischen Führung der entsprechenden Abteilung. Eine Koordinationsgruppe für das ganze Spital trifft sich regelmässig: ihre Aufgabe ist das Erkennen von spitalrelevanten Zwischenfällen sowie der Information der Spitalleitung über Massnahmen die das gesamte Spital betreffen. Die Kontrolle der implementierten Verbesserungsmaßnahmen wird auf die darauf folgenden Erfassungsperioden (eine Periode wurde auf 4 Monaten fixiert) fallen (Überprüfung der Ergebnisqualität). Für bestimmte Massnahmen wird ein sog. «Controlling» durchgeführt: bereits implementierte Veränderungen werden auf ihre tatsächliche Umsetzung überprüft (Überprüfung der Struktur- und Prozessqualität). Diese Schritte lassen sich in einem sogenannten «Qualitätskreislauf» abbilden (*Abbildung 1*).

Dank der Erfassung und Analyse von gemeldeten Zwischenfällen konnten wir durch Veränderungen am System verschiedene Verbesserungen bewirken. So wurde zum Beispiel auf der Intensivstation die Rate der akzidentellen Extubationen auf die Hälfte reduziert: diese Verbesserung konnte nach der systematischen Analyse der Meldungen (welche Patienten, wann, wo) und nach der kritischen Überprüfung unseren Richtlinien stattfinden. Eine Verwirrende Ähnlichkeit der Verpackung zweier von der gleichen Firma hergestellter Medikamente mit ganz unterschiedlicher Wirkung wurde von einer Pflegenden bemerkt: dies gab uns Anlass in Zusammenarbeit mit dem damaligen Heilmittelkonzern mit der Firma Kontakt aufzunehmen. Diese hat in wenigen Wochen die Farbe der Verpackung eines der beiden Medikamente verändert, womit die Verwechslungsgefahr erheblich gesenkt wurde.

In zwei gemeldeten Fällen wurde ein Medikament über einen falschen Applikationsweg verabreicht: dieser Zwischenfall kann potentiell schwerwiegende Folgen für den Patienten haben. Diese Meldungen veranlassten die Einführung einer Farbmarkierung für alle Katheter und Sonden mit bestimmten Farben für jede Art Zugangsweg im ganzen Spital. Weitere mehr oder weniger tiefgreifende Systemmassnahmen wurde in den 6 Jahren seit der Einführung implementiert. Ziel der Spitalleitung ist es, das Critical Incident Monitoring im ganzen Spital zu implementieren, d.h. nach den stationären Abteilungen auch auf alle weiteren Bereiche und Dienste, die für die Sicherheit in der Patientenbetreuung direkte Bedeutung haben. Dazu sind bereits einige konkrete Schritte gemacht worden. Die Meldung von kritischen Zwischenfällen sollte vereinfacht werden und um an dieses Ziel zu gelangen streben wir nach einem elektronischen Meldesystem. Die Einführung und Weiterentwicklung des «Critical Incident Monitoring» hat für das Ostschweizer Kinderspital einen hohen Stellenwert und wird von der Spitalleitung im Rahmen des Qualitäts- und Riskmanagement weiterhin unterstützt.

### Fehlerkultur und Teamarbeit

Die Einführung eines «Critical Incident Monitoring» (CIM) hängt von mehreren Voraussetzungen ab. Fehlerkultur und Teamarbeit spielen, neben anderen Voraussetzungen, eine zentrale Rolle.

Die Entwicklung einer «gesunden» Fehlerkultur in einer Organisation erfordert sehr viel Arbeit und ist nur in kleinen Schritten zu erreichen. Als erster Schritt muss den Mitarbeitern aller Hierarchiestufen bewusst werden, dass trotz unserer Bemühungen und insbesondere in einer komplexen Organisation wie das Spital, Fehler zum Alltag gehören. Also, wir müssen gegenüber uns selber aber auch gegenüber unseren Patienten und Angehörigen zugestehen, dass wir Fehler machen können. Dieser erster Schritt ist zentral für die Entwicklung einer Fehlerkultur muss aber nicht als erster und letzter angesehen werden: wir müssen uns auf die Fehlersuche und auf deren Beseitigung konzentrieren. In unserer Kultur, werden Fehler immer wieder als Versagen einer einzelnen Person interpretiert: diese Person wird dann auch mit entsprechenden Massnahmen bestraft. Die Ursachensuche ist in diesem Fall «personenzentriert». Anders wird mit dem «systemzentrierten Modell» vor-

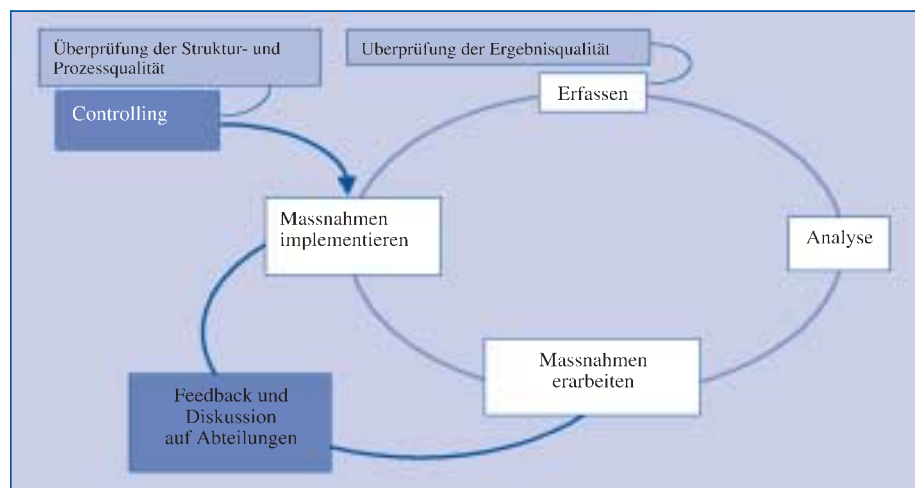


Abbildung 1: Qualitätskreislauf für das CIM.

gegangen: bei der Analyse eines Zwischenfalles wird der Fokus auf die Bedingungen, unter denen das Individuum arbeitet, gerichtet. Also im systemzentrierten Ansatz lautet die Frage nicht «wer» hat den Zwischenfall verursacht sondern «Wie» und «Warum» hat ein Zwischenfall stattgefunden.

Das CIM könnte auch als Instrument der Personalführung oder für «Mobbingzwecken» missbraucht werden: die Verantwortlichen müssen an diese Missbrauchsmöglichkeiten immer denken und bei Verdacht sofort und von höchster Stelle eingreifen.

Die Spitalleitung muss ihre Unterstützung und ihr Einverständnis für die oben erwähnte Voraussetzung offen deklarieren.

Die Arbeit im Spital erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Diensten: Ärzte, Pflegende, medizinisch-technische Mitarbeiter oder Therapeuten haben ein gemeinsames Ziel. Diese enge Zusammenarbeit wird bei der Meldung, Analyse und Implementierung im Rahmen des CIM's noch verstärkt. Es ist nicht die Ausnahme, dass eine Pflegende einen rein ärztlichen Zwischenfall meldet und auch Verbesserungsmassnahmen vorschlägt. Diese Tatsache erfordert eine sehr grosse Akzeptanz und Respekt für die Arbeit der Anderen.

Die Analysen werden an unserem Spital immer interdisziplinär durchgeführt. Mindestens eine Pflegende/ein Pfleger und eine Ärztin/ein Arzt sind Mitglieder des Abteilungs-Analysenteams. Somit wird gewährleistet, dass die Zwischenfälle unter den verschiedenen Aspekten analysiert werden. Dazu haben die interdisziplinär erarbeiteten Verbesserungsmassnahmen eine viel höhere Akzeptanz und somit eine viel höhere Chance wirklich umgesetzt zu werden.

Mit der Zeit und mit der Ausbreitung des Systems auf die verschiedenen Abteilungen muss eine Koordinationsgruppe eingeschaltet werden: diese, neben rein organisatorischen Aufgaben, muss spitalrelevante Zwischenfälle erkennen und geeignete Massnahmen vorschlagen. Eine weitere wichtige Aufgabe dieser Gruppe ist es, die Spitalleitung regelmässig zu informieren: nur mit den entsprechenden Informationen kann die Spitalleitung Entscheidungen treffen aber auch Ressourcen zur Verfügung stellen. Auch in diesem Fall ist eine interdisziplinäre Zusammensetzung der Gruppe sehr wichtig: bei uns ist mindestens ein Vertreter der Abteilungen und Dienste die mit dem System arbeiten vertreten. Dazu ist unsere Spitalapothekerin Mitglied der Gruppe. Die Arbeit der Koordinationsgruppe wird durch einen sog. Standardverantwortlichen geleitet.

## Qualitätsmanagement

Seit Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes von 1994 hat die Spitalleitung des Ostschweizer Kinderspitals die darin enthaltene Forderung nach aktiver Sicherung und Förderung der Qualität erbrachter Leistungen sehr ernst genommen. Für den Nachweis dieser Anstrengungen hat sie den Weg der Überprüfung durch externe Gutachter, d.h. durch Peers der Vereinigung für Qualität im Gesundheitswesen (VQG) gewählt. Nach zwei Vordaudits in den Jahren 1998 und 2001 hat diese jahrelange Arbeit anlässlich eines Zertifizierungsaudits am 25./26. November 2003 ihren Höhepunkt gefunden. Ein Gutachterteam der SanaCERT Suisse, bestehend aus einer Pflegedienstleiterin, einem Chefarzt und einem Verwaltungsdirektor hat eine aus-

föhrliche Dokumentation des Qualitätsmanagements studiert, Interviews mit den für die verschiedenen bearbeiteten Standards Verantwortlichen durchgeführt und schliesslich auf einer Begehung des ganzen Spitals die praktische Umsetzung der Qualitätsarbeit überprüft. Die Qualitätsarbeit an acht Standards (Hygiene, Erhebung von Elternurteilen, Schmerzbekämpfung, Diabetes mellitus, Chirurgie, Pflege, Umgang mit kritischen Zwischenfällen und Organisation des Qualitätsmanagements) wurde sechsmal mit der höchsten, zweimal mit der zweithöchsten Note bewertet. Der Bericht der Gutachter hebt die gut verankerte Qualitätskultur, den hohen Bekanntheits- und Durchdringungsgrad der Standards bei allen Mitarbeitenden, die grosse Motivation und das persönliche Engagement der Mitglieder der Qualitätszirkel, die geleistete Pionierarbeit bei der Anpassung an die Bedürfnisse eines Kinderspitals und die sehr ausgeprägte interdisziplinäre Zusammenarbeit hervor.

Im Rahmen des Zertifizierungsprozesses wurde der Umgang mit kritischen Zwischenfällen anfangs als frei gewählter und selbst definierter Standard bearbeitet. Zusammen mit den Organen der VQG wurde dann aufgrund dieser Arbeiten ein offizieller Standard erarbeitet, der nun zur Liste der von der SanaCERT für die Zertifizierung empfohlenen Standards gehört. Mitarbeitende des Ostschweizer Kinderspitals haben sich auch aktiv am Aufbau und den Aktivitäten einer Erfahrungsgruppe der VQG zum Thema Umgang mit kritischen Zwischenfällen beteiligt. Ausserdem wurden an vielen Spitälern der Schweiz sowie an nationalen und internationalen Kongressen Referate zu diesem Thema gehalten und verschiedene Artikel in Fachzeitschriften publiziert.

Der Standard Umgang mit kritischen Zwischenfällen ist eine tragende Säule des Qualitätsmanagements am Ostschweizer Kinderspital. Die kontinuierliche Analyse von kritischen Zwischenfällen gewährleistet, dass Anstrengungen zur Qualitätsverbesserung nicht nur auf Grund von Patientenbedürfnissen und -wünschen, wie sie aus regelmässigen Elternbefragungen resultieren, sondern auch im Hinblick auf höhere Patientensicherheit unternommen werden.

PS: diese Arbeit wurde mit dem Anna Seiler Gesundheitspreis 2004 prämiert.

## Korrespondenzadresse:

Siehe französischer Text.