



Die Stiftung für Patientensicherheit und die medizinische Qualität in den Spitälern

*H+ Fachseminar für Journalisten
21. November 2008, Bern*

Paula Bezzola, MPH
stv. Geschäftsführerin der Stiftung für
Patientensicherheit

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
verbreiten**

*Diffuser les
connaissances*

**Kooperationen
suchen**

*Nouer des
coopérations*



Lösungen entwickeln

Concevoir des solutions

Stiftung für Patientensicherheit: Was ist sie, was macht sie?

Ein Gemeinschafts- und Netzwerk...

Un réseau pour une cause commune...



Logo
Schweizerische Eidgenossenschaft
Ein Schweizer Unternehmen

Logo
Schweizerische Eidgenossenschaft
Ein Schweizer Unternehmen

Logo
Schweizerische Eidgenossenschaft
Ein Schweizer Unternehmen



Richtige Frage?

„Was versteht man unter medizinischer Qualität in den Spitälern und wie grenzt man sie ab vom Begriff der Patientensicherheit?“

These 1

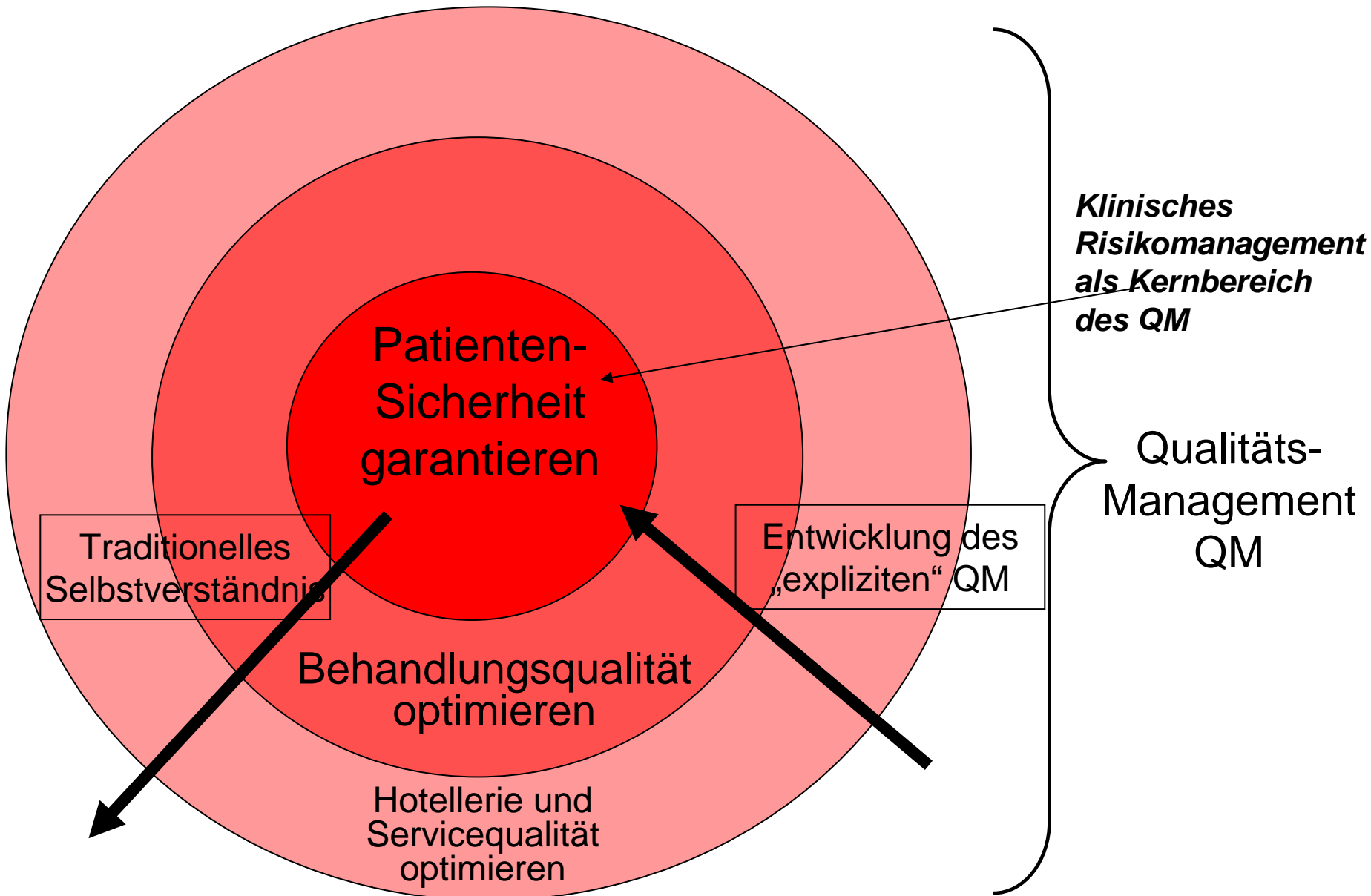
Patientensicherheit und Qualität

Patientensicherheit

(=Gewährleistung von Nicht-Schädigung)

ist der **zentralste und elementarste Teil** der
medizinischen Qualität!

Fokussierung: Trends vom Kern weg - zum Kern hin?



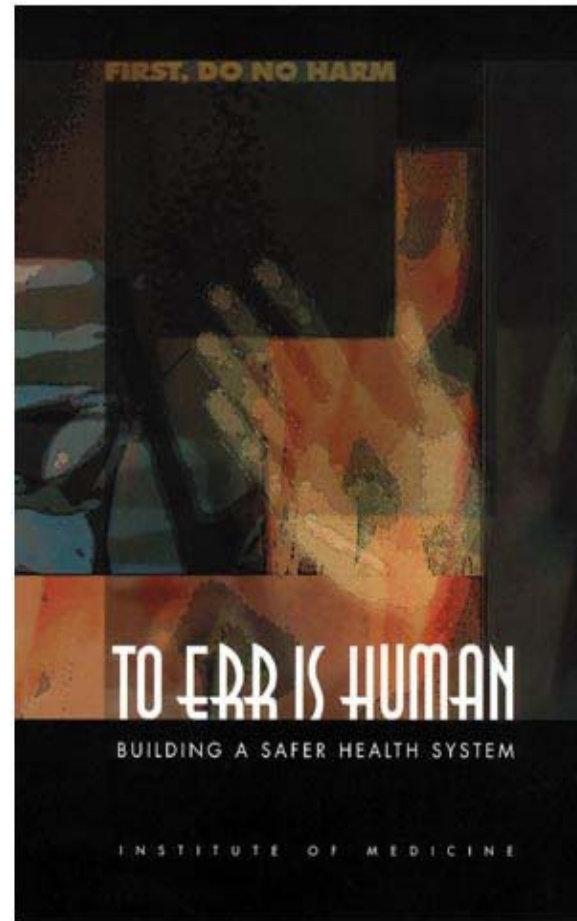
These 2

Patientensicherheit und Qualität

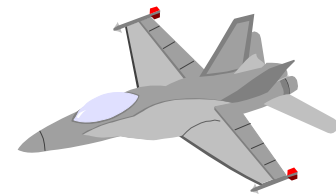
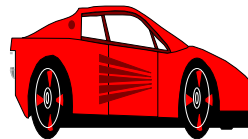
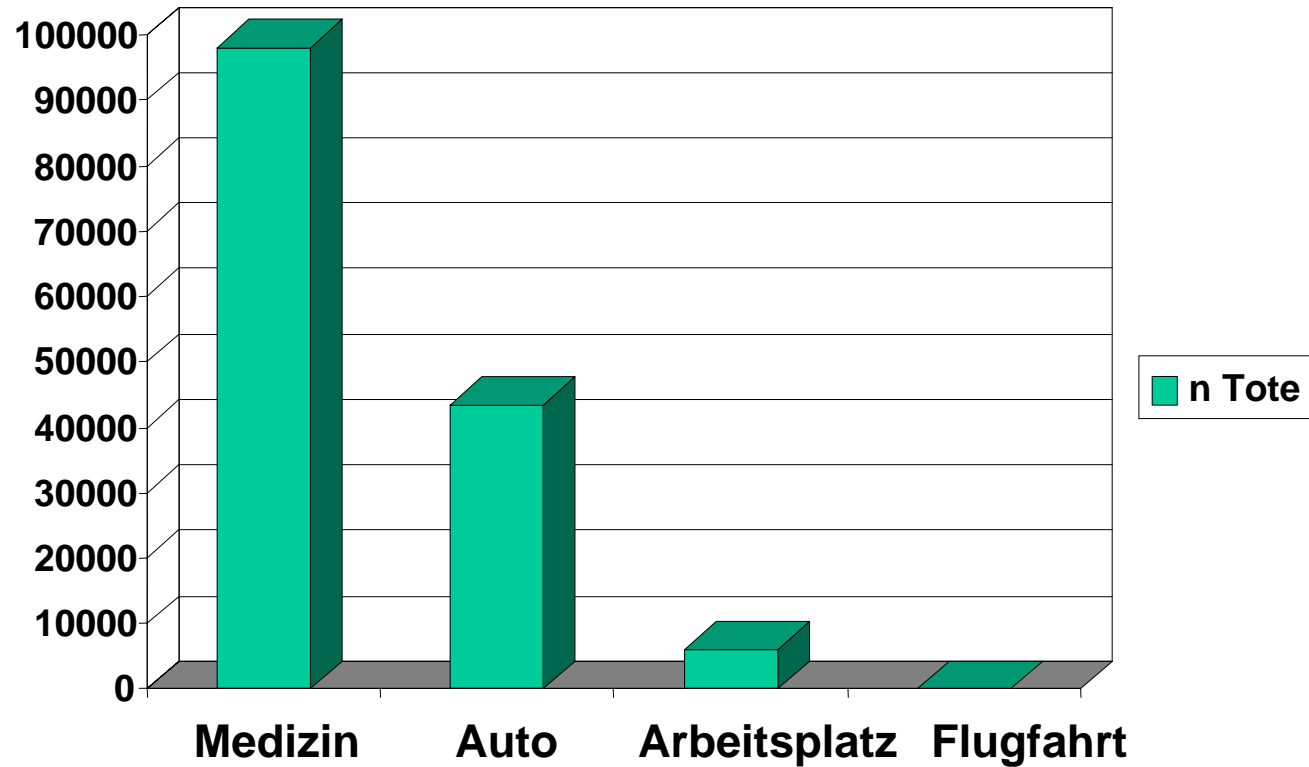
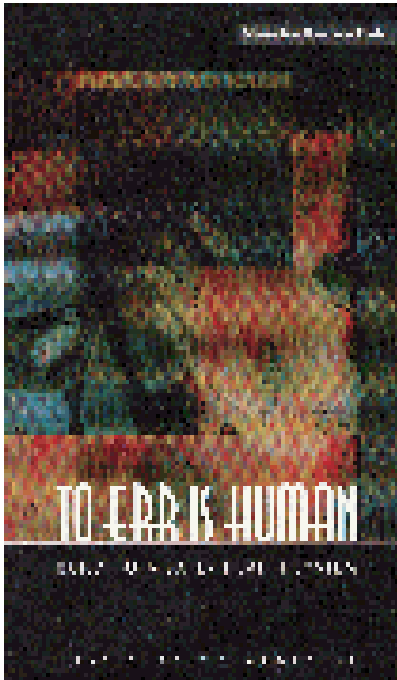
Die Behandlung im Spital birgt viele Risiken.
Es besteht grosser Handlungsbedarf in der
Patientensicherheit -
dem Kernbereich der medizinischen Qualität!

Ausgangspunkt

Lucian Leape und der berühmte Report des Institut of Medicine ...



Jährliche Todesfälle durch Fehler/Unfälle in USA



Die mutmasslichen Dimensionen in der Schweiz...

- **Unerwünschte Ereignisse (Adverse Events = AE's) in Spitälern: 32'000 – 116'000 p.a.**
- **Vermeidbare AE's in Spitälern: 10'000 – 80'000 p.a.**
- **Vermeidbare (!) Todesfälle in Spitälern: 800 – 6600 p.a.**

- **Kosten: 6000 – 12000 CHF oder 6 – 8 Liegetage pro Fall, d.h.: 0.2 – 1.2 Milliarden p.a.**
- **Zusätzlich Versicherungskosten: ca. 75'000 CHF pro Fall**
 - **Nicht eingerechnet: volkswirtschaftlich Folgekosten und Folgekosten der Sozialversicherungen**

**Je komplexer
die Aufgabe
desto grösser ist die
Gefahr eines Fehlers**



Systeme die sich darauf verlassen, dass der Mensch perfekte Arbeit leistet, werden mit Sicherheit immer wieder versagen!

Quelle: Folie Dr. Beat Kehrer

These 3

Patientensicherheit und Qualität

Die Patientensicherheit kann verbessert werden.

Es braucht aber einen Kulturwandel, neue Modelle, neue Ansätze und entsprechende konkrete Massnahmen.

Nicht die Fehler sind das Problem,

**sondern wie wir mit
ihnen umgehen!**



Quelle: Folie Dr. Beat Kehrer

Beispiel



Faktoren, die Fehler begünstigen können

- **Arbeitsumgebung**
- **Team**
- **Individuum**
- **Patient**
- **Aufgaben**
- **Management**
- **Institutioneller Kontext**

Gute Teamarbeit – bessere Operationsergebnisse



Kommunikation unter erschwerten Bedingungen.

GAETAN BALLY / KEYSTONE

ni. Nicht immer hat schlechte Teamarbeit in der Medizin so gravierende Folgen wie im April 2004 am Universitätsspital Zürich. Damals führte eine «interne Kommunikationspanne» dazu, dass der renommierte Chirurg Marko Turina einer Frau ein falsches Herz einsetzte – mit tödlichen Folgen für die Patientin. Im Nachgang zu diesem tragischen Zwischenfall wurde viel über die Bedeutung einer über die Fachgebiete und Berufsgattungen hinweg funktionierenden Teamarbeit in der Medizin diskutiert. Eine Studie aus Ame-

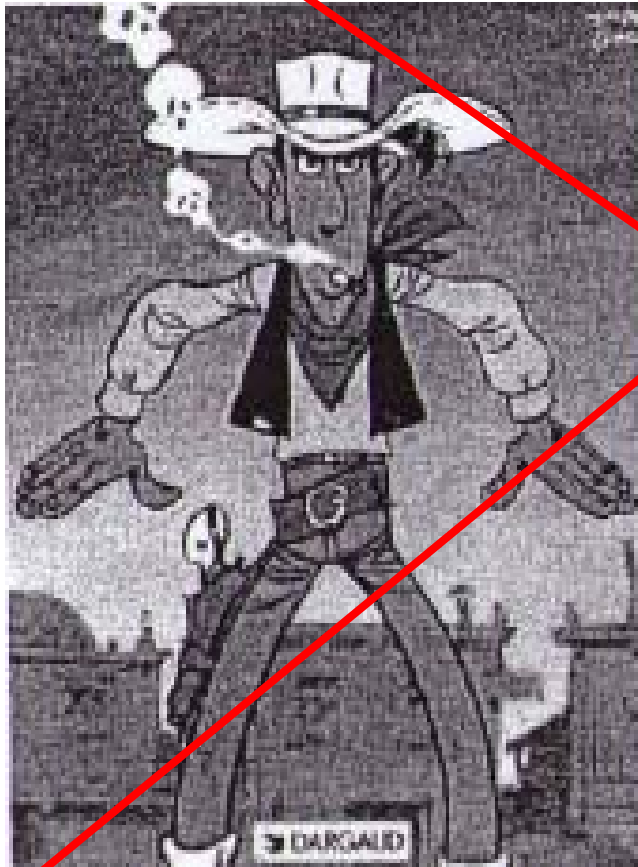
besprechung (Briefing) vor jedem Operationsschritt, andere das gegenseitige Informieren und Rückfragen. Ausserdem wurden die beim Patienten innerhalb eines Monats nach der Operation aufgetretenen Komplikationen dokumentiert.

Wie die Korrelationsanalyse nun zeigt, hatten jene Patienten vergleichsweise wenig Komplikationen zu erleiden, die von besonders interaktiven Operationsteams behandelt wurden. Bei Chirurgenteams, die in sämtlichen Bereichen und während aller Phasen des Eingriffs keine oder nur

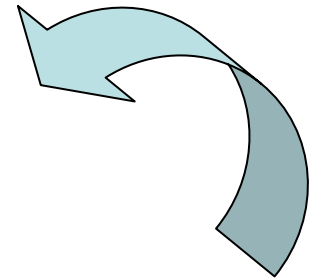
Faktoren, die Fehler begünstigen können

- **Arbeitsumgebung**
- **Team**
- **Individuum**
- **Patient**
- **Aufgaben / Verfahren**
- **Management**
- **Institutioneller Kontext**

Noch vorherrschendes Modell



Individuelle Ausführung



„ Modell des einsamen Helden“

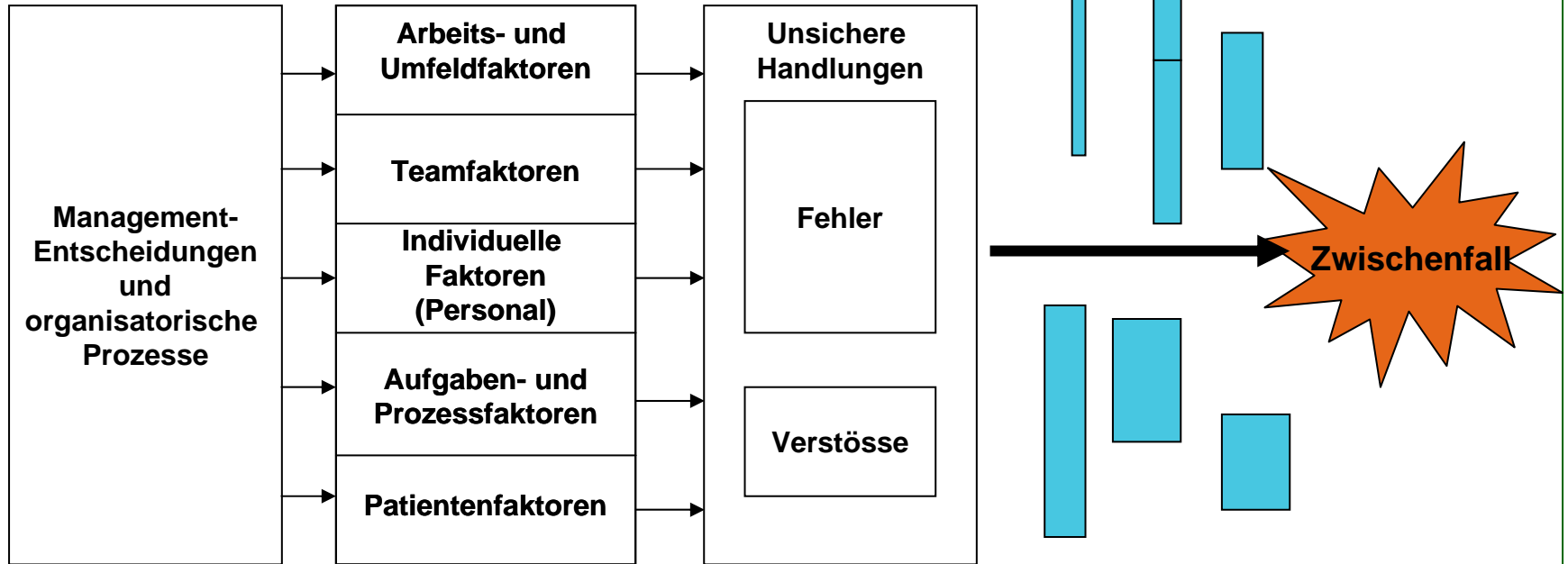
INSTITUTIONELLER KONTEXT

ORGANISATION &
MANAGEMENT-
KULTUR

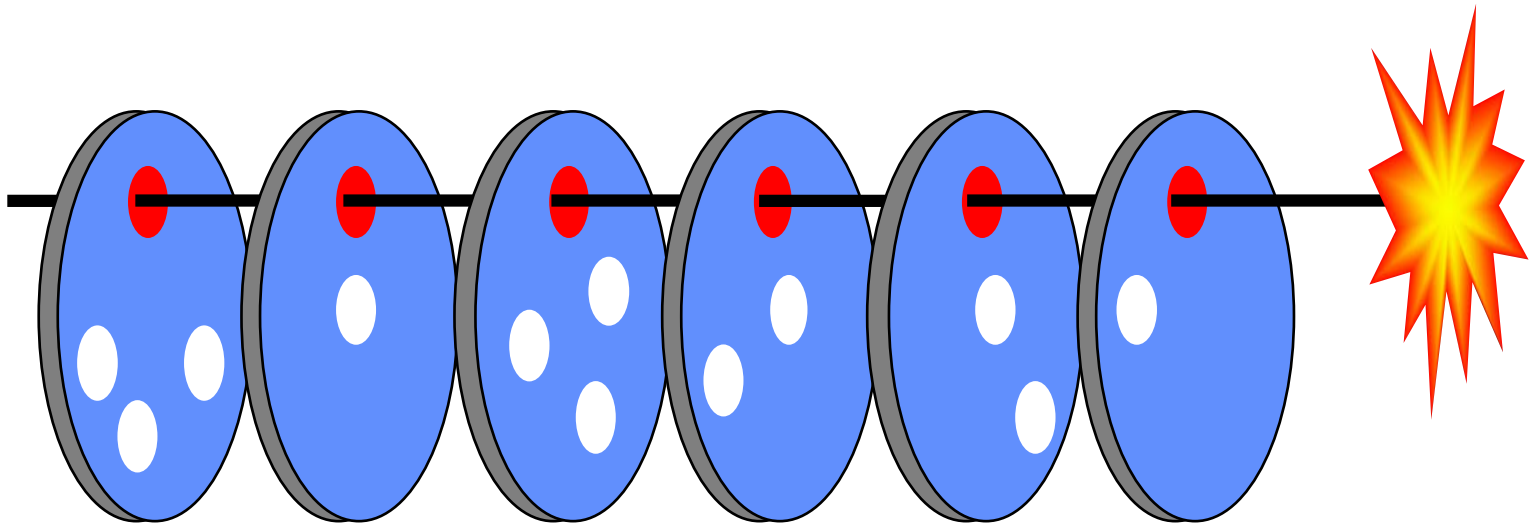
DIE PRAXIS
BEEINFLUSSENDE
FEHLERBEGÜNSTI-
GENDE FAKTOREN

FEHLERHAFT
VORGÄNGE

ABWEHRMECHANISMEN /
BARRIEREN



Modelle - Das "Swiss cheese" Model – Kette von Systemproblemen



These 3

Patientensicherheit und Qualität

Die Patientensicherheit kann verbessert werden.

Es braucht aber einen Kulturwandel, neue Modelle, neue Ansätze und entsprechende konkrete Massnahmen.

Was ist zu tun?

1. Sensibilisierung für einen Kulturwandel
2. Auf verschiedenen Ebenen für Probleme Lösungen entwickeln
und mit konkreten Massnahmen angehen
3. Wissen verbreiten

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
verbreiten**

*Diffuser les
connaissances*

**Kooperationen
suchen**

*Nouer des
coopérations*



Lösungen entwickeln

Concevoir des solutions

Stiftung für Patientensicherheit: Produkte und Lösungsansätze

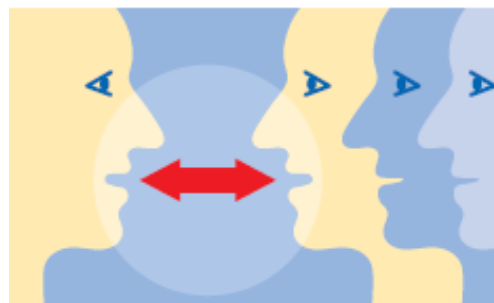
Sicherheitsprobleme erkennen und analysieren
Identifier et analyser les problèmes de sécurité

Wissen verbreiten
Diffuser les connaissances

Kooperationen suchen
Nouer des coopérations

Lösungen entwickeln
Concevoir des solutions





Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall

Oktober 2006

Zwischenfälle und Fehler sind nicht völlig vermeidbar, aber in ihrer Häufigkeit reduzierbar. Sie sind sogar eine Chance, denn aus ihnen kann man lernen. Dies gilt auch für Zwischenfälle in der Medizin. Doch um aus Zwischenfällen zu lernen, muss man sie zugeben und dazu stehen. Und genau dies fällt uns oft schwer.

Die richtige Kommunikation eines Zwischenfalls zeugt von Professionalität und Respekt gegenüber dem Patienten und seinen Angehörigen. Sie ist für Patienten und Angehörige genau so wichtig wie der Zwischenfall und seine Folgen an sich. Gute Kommunikation sichert das Vertrauensverhältnis zwischen dem Patienten und dem Behandlungsteam für die Bewältigung des Problems.

• When things go wrong. Responding to adverse events. A consensus statement of the Harvard hospitals, March 2006. www.macoalition.org

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

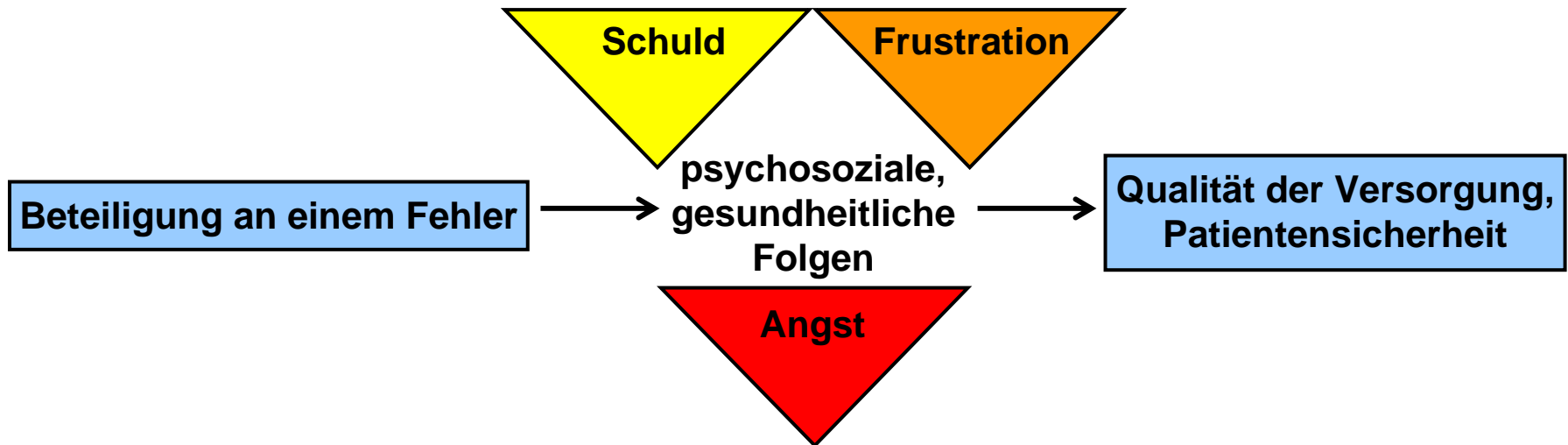
Stiftung für
Patientensicherheit
in der Anästhesie



Société suisse d'anesthésiologie
et de réanimation
Schweizerische Gesellschaft für
Anesthesiologie und Reanimation

Und das zweite Opfer (“second victim”)...

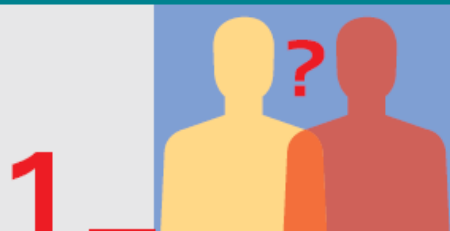
Fehler – Belastung – Fehler: Ein reziproker Zyklus?



- Geringes Wohlbefinden, Depression, Burnout assoziiert mit geringer Empathie
- Burnout, vor allem Depersonalisierung, verbunden mit zukünftiger, suboptimaler Patientenversorgung und Fehlern

Prävention von Eingriffsverwechslungen

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 fragen
 - **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 fragen**
 - Eingriffsort zeigen lassen
 - Angehörige fragen
 - **Markierung**
 - nur Eingriffsort
 - eindeutige Zeichen (Kreuz, Pfeil, Initialen)
 - nicht abwischbarer Stift
 - mehrere Eingriffsorte: alle markieren



3 Zuweisung zum richtigen OP-Saal

wer? – definierte, verantwortliche Person

wann? – unmittelbar vor Anästhesieeinleitung 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
 - Aufnahmen bildgebender Verfahren
 - Richtige Implantate verfügbar
 - **Alle Punkte durch OK bestätigen**
 - **Durchführung des Team-Time-Out dokumentieren**

 **Jede Unstimmigkeit sofort klären**

 **Jede Unstimmigkeit sofort klären**

 **Ohne Markierung keine Anästhesie**

 **Bei Unstimmigkeiten kein Schnitt**

http://www.cirrn.ch/ - Windows Internet Explorer

http://www.cirrn.ch/ Live Search

Datei Bearbeiten Ansicht Favoriten Extras ?

Google Los geht's! Lesezeichen 26 blockiert Rechtschreibprüfung Einstellungen

http://www.cirrn.ch/ Seite Extras

CIRRNET

[sich registrieren >](#)

Willkommen

CIRRNET – Critical Incident Reporting & Reacting NETwork

CIRRNET ist in seiner Pilotphase ein Netzwerk von anästhesiologischen Kliniken/Abteilungen aus derzeit 24 Schweizer Spitälern. Dieses Netzwerk hat zum Ziel, überregionales Lernen aus Fehlern zu ermöglichen, erkannte und überregional relevante Problemfelder gemeinsam zu bearbeiten, Wissen auszutauschen und zu verbreiten und dadurch die Patientensicherheit in den Gesundheitsinstitutionen zu fördern.

CIRRNET ist ausbaufähig konzipiert und lässt die Öffnung für weitere interessierte medizinische Fachbereiche und Spitäler zu.

In der CIRRNET-Datenbank werden lokal in den Spitälern aufgetretene kritische Zwischenfälle gesammelt.

Ein kritischer Zwischenfall ist dasjenige Ereignis, das unerwartet auftritt und ohne geeignete Gegenmassnahmen zu einer Schädigung des Patienten hätte führen können.

In Kooperation mit:




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



Start Pos... Prä... FAc... Ado... Min... 2 I... Fac... 11:59

Tagungen und Schulungen

<p>Tagung 2008 <i>Colloque 2008</i></p>	
	<p>Stiftung für Patientensicherheit / <i>Fondation pour la Sécurité des Patients</i> Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften / <i>Académie Suisse des Sciences Médicales</i></p> <p>Wie wird Patientensicherheit lehr- und lernbar? Patientensicherheit in Aus-, Weiter- und Fortbildung</p> <p><i>Comment la sécurité des patients peut-elle être enseignée et apprise?</i> <i>La sécurité des patients dans les formations prégraduée postgraduée et continue</i></p> <p>Donnerstag 13. November 2008, Kongresshaus Biel <i>Jeudi, le 13 novembre 2008, Palais des Congrès Bienne</i></p>
	<p>STIFTUNG FÜR PATIENTENSICHERHEIT FONDATION POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS FONDAZIONE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI PATIENT SAFETY FOUNDATION</p>

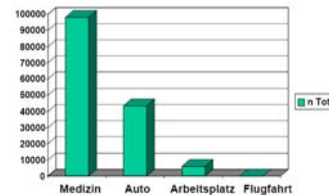
<p>training</p>	<p>patientensicherheitschweiz</p>
	<p>Error & Risk Analysis (ERA)</p> <p>Systemische Analyse von Behandlungszwischenfällen auf Basis des „London Protocol“</p>
<p>Approved by</p> 	<p>Die Stiftung für Patientensicherheit führt interaktive und praktisch orientierte Kurse durch, in welchen die Methodik der systemischen Analyse von Behandlungszwischenfällen nach der Methodik des „London Protocol“ vermittelt wird.</p> <p>Neue Kurse in Deutsch im Jahr 2008, jeweils in Zürich:</p> <p>ERA-Kurs D2: Kursteil I: 29./30. April 08 Kursteil II: Follow up 22. Aug. 2008</p> <p>ERA-Kurs D3: Kursteil I: 5./6. Juni 08 Kursteil II: Follow up 24. Okt. 08</p> <p>ERA-Kurs D4: Kursteil I: 30./31. Okt. 08 Kursteil II: Follow up 30. Jan. 2009</p>
	<p>STIFTUNG FÜR PATIENTENSICHERHEIT FONDATION POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS FONDAZIONE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI PATIENT SAFETY FOUNDATION</p>

Patientensicherheit und medizinische Qualität

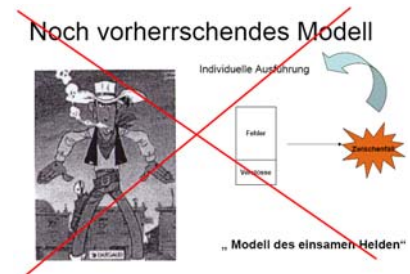
These 1 Patientensicherheit ist der zentralste und elementarste Teil der medizinischen Qualität!



These 2 Grosser Handlungsbedarf in Patientensicherheit



These 3 Die Patientensicherheit kann verbessert werden.
Kulturwandel, neue Modelle, neue Ansätze und konkrete Massnahmen.



Konkrete Massnahmen – Stiftung für Patientensicherheit

- ** Förderung und Unterstützung des Prozesses zum Kulturwandel
- ** Probleme erkennen, Lösungen mit Partnern entwickeln
- ** Wissen auf verschiedenen Ebenen und mittels verschiedenen Kanäle verbreiten



DANKE



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