

## Ergebnisse einer Befragung in Schweizer Spitälern

# Problemfelder (Hot-Spots) in der Patientensicherheit

Die Stiftung für Patientensicherheit hat in 2006 eine Befragung zum Thema Problemfelder in der Patientensicherheit in Schweizer Spitälern durchgeführt. Insgesamt konnten 169 konkret formulierte und auf operative Ebene heruntergebrochene Hot-Spots, die ein Problem in der Patientensicherheit darstellen und in den Spitälern auftreten, generiert werden. Zudem wurde eine Prioritätenliste erstellt, die die Hot-Spots hinsichtlich ihrer Dringlichkeit der Bearbeitung durch Fachexperten aufzeigt. Mit den Ergebnissen können Schwerpunkte für die Arbeit der Stiftung für Patientensicherheit gesetzt werden, die sich an den Bedürfnissen der Spitäler orientieren.

Olga Frank<sup>a</sup>,  
Marc-Anton Hochreutener<sup>b</sup>

a Diplom-Pflegewirtin, Projektleitung

b Dr. med., Geschäftsführer Stiftung für Patientensicherheit

### Hintergrund

Die Stiftung für Patientensicherheit ist eine breit getragene Plattform zur partnerschaftlichen Förderung der Patientensicherheit in der Schweiz. Für diesen Zweck arbeitet sie in Netzwerken mit kompetenten Partnern, wissenschaftlichen Institutionen, verschiedenen Gesundheitsorganisationen und internationalen Experten zusammen. In diesen Netzwerken werden relevante Problemfelder, sogenannte Hot-Spots, der Patientensicherheit gemeinsam bearbeitet, um daraus resultierende Ergebnisse und Empfehlungen der breiten Gemeinschaft von Interessenten zur Verfügung zu stellen.

Zahlreiche internationale Bestrebungen widmen sich der Erfassung und der Kategorisierung von kritischen Ereignissen in der medizinischen Versorgung. Entscheidende Voraussetzung für die Bearbeitung von Problemfeldern in der Patientensicherheit ist die Kenntnis darüber, welche relevanten Problemfelder in den Gesundheitsorganisationen tatsächlich auftreten. Wer zielführende Massnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit treffen will, muss zunächst eine Vorstellung davon haben, welches Problem vorliegt und wie gross das Problem ist, das behoben werden soll. Eine solide Datenbasis liefern mittlerweile zahlreiche internationale Studien, auf deren Grundlage sich ein Gesamtbild der Problemfelder in der Patientensicherheit erstellen lässt.

Vor diesem Hintergrund und mit dem Ziel der Generierung konkreter, auf operative Ebene heruntergebrochener Problemfelder führte die

### Points critiques de la sécurité des patients

La Fondation pour la sécurité des patients a mené en 2006 une enquête sur les domaines critiques de la sécurité des patients dans les hôpitaux suisses. Un total de 169 «points chauds» présentant un problème pour la sécurité des patients dans les hôpitaux ont pu être définis au niveau opérationnel. A part cela, une liste prioritaire de ces points critiques a été établie qui montre le degré d'urgence de leur traitement par des spécialistes. La Fondation pour la sécurité des patients trouve dans ces résultats une base précieuse pour orienter ses travaux et fixer des priorités fondées principalement sur les besoins des hôpitaux.

Stiftung für Patientensicherheit im letzten Halbjahr 2006 eine Befragung von Qualitäts- und Risikomanagern in Schweizer Spitälern durch.

### Methodik

Bei der Konzeption des Untersuchungsdesigns liessen wir uns vom pragmatischen Vorgehen leiten. Die Ergebnisse sind deshalb für die Gesamtschweiz nicht repräsentativ. Sie liefern jedoch konkret definierte Problemfelder und bieten eine grobe Orientierung bezüglich der Relevanz und der Bearbeitungsdringlichkeit der in

Korrespondenz:  
Olga Frank  
Stiftung für Patientensicherheit  
Asylstrasse 41  
CH-8032 Zürich  
Tel. 043 243 76 72  
frank@patientensicherheit.ch

den Spitälern bereits identifizierten Sicherheitsprobleme. Zudem basieren die Ergebnisse auf einer breiten Fachexpertise national und international ausgewiesener Experten des Qualitäts- und Risikomanagements aus Wissenschaft und Praxis.

Wir haben uns für ein dreistufiges Vorgehen entschieden, wobei die ersten beiden Stufen ein angepasstes Delphiverfahren darstellten. Im dritten Schritt haben wir die Ergebnisse aus dem Delphiverfahren in die Entwicklung eines Fragebogens einfließen lassen und Experten aus der Praxis in die schriftliche Befragung einbezogen.

Die Vorgehensweise im Delphiverfahren hatte grundsätzlich zum Ziel, allgemeine Problemfelder der Patientensicherheit ohne jede Wertung in einem ersten Schritt zu benennen. Ausschlaggebend für die Wahl dieser Methodik war, dass wir ein breites Spektrum an Know-how und Erfahrungswerten mehrerer Sachverständiger zur Generierung von Problemfeldern zusammentragen wollten und konnten. In der darauf folgenden schriftlichen Befragung wurden die genannten groben Problemfelder konkretisiert und bezüglich der Relevanz und der Dringlichkeit der Bearbeitung durch Arbeitsgruppen bewertet.

### Durchführung

Im ersten Schritt führte die Stiftung für Patientensicherheit im Februar 2006 einen Workshop zum Thema Critical Incident Reporting System (CIRS) mit 13 Personen durch. Teilnehmende waren nationale und internationale Fachpersonen auf dem Gebiet des Qualitäts- und Risikomanagements. Basierend auf den Erkenntnissen aus den lokalen Fehlermeldesystemen der Gesundheitsorganisationen wurden grob umrissene Problemfelder in der Patientensicherheit benannt, die sich aufgrund gehäufte Meldungen in den lokalen Fehlermeldesystemen herauskristallisiert hatten. Die erstellte Liste enthielt 9 Themenfelder:

- wrong site surgery (Eingriffsverwechslung);
- medication error (Medikationsfehler);
- patient identification (Patientenidentifikation);
- communication in case of error (Kommunikation nach stattgefundenem Schadensfall);
- postoperative infection (postoperative Infektion);
- skills & supervision (Fertigkeiten und Beaufsichtigung);
- mix-up of results / probes (Verwechslung von Laborproben und Laborergebnissen);
- handling of infusion (Handling von Infusionen);

- information to family members/relatives (Information gegenüber der Familie und gegenüber Angehörigen).

Um die Liste der grobdefinierten Themenfelder weiter zu präzisieren, erfolgte im März 2006 der zweite Schritt. Die Liste der neun Themenfelder wurde an die Fachpersonen aus dem CIRS-Workshop mit der Bitte um Präzision geschickt. Die bis dahin definierten Themenfelder sollten nun auf pragmatische Weise mit den individuellen Erkenntnissen und der Evidenz aus den lokalen CIR-Systemen der verschiedenen Gesundheitsorganisationen konkretisiert und mit weiteren Themenfeldern ergänzt werden. Dabei sollten möglichst ganz konkrete Problemfelder, sogenannte Hot-Spots, die durch ihre Häufigkeit und durch ihr Schadenspotential relevant sind und von überregionaler Bedeutung sein könnten, genannt werden.

Die Rückmeldungen der 13 Personen aus dem angepassten Delphiverfahren waren teilweise so konkret, dass wir darauf aufbauend einen zweiteiligen Fragebogen entwickeln konnten. Teil I des Fragebogens beinhaltete fest umrissene und klar definierte, bis auf die operative Ebene heruntergebrochene Problemfelder der Patientensicherheit. Wir konnten 23 Themenfelder und 98 Hot-Spots in den ersten Teil des Fragebogens integrieren (Tab. 1). In diesem Teil ging es uns darum, die Relevanz dieser Hot-Spots in den Gesundheitseinrichtungen zu erfassen und gleichzeitig eine Gewichtung nach der Dringlichkeit der Bearbeitung der Problemfelder aus Expertensicht vorzunehmen.

Teil II des Fragebogens beinhaltete 14 Themenfelder mit einem zu geringen Detaillierungsgrad, als dass sie für eine Bearbeitung durch Expertengruppen hätten dienlich sein können. Deshalb ging es uns im zweiten Teil darum, diese Themenfelder von Experten so konkretisieren zu lassen, dass sie sich als Hot-Spots eignen (Tab. 2).

Der Fragebogen wurde im Juni 2006 an 36 stationäre Einrichtungen der Schweiz versandt. Die Stichprobe umfasste 3 Universitätsspitäler, 12 Kantonsspitäler und 21 regionale Spitäler aus der deutschsprachigen Region. Adressaten waren hauptsächlich namentlich bekannte Qualitäts- und Risikomanager der Einrichtungen.

Der Rücklauf betrug 69 Prozent, wobei aus drei Spitälern mehrere Fragebogen retourniert wurden.

### Ergebnisse

Insgesamt konnten 169 konkret formulierte und auf operative Ebene spezifizierte Hot-Spots, die ein Problem in der Patientensicherheit dar-

Tabelle 1

Ausgewählte Problemfelder und beispielhafte Hot-Spots des Fragebogens Teil I.

	Problemfeld	beispielhafter Hot-Spot
1	Kommunikation intra-/interprofessionell	mangelnde Kommunikation infektiöser Befunde
2	Kommunikation gegenüber dem Patienten/ seinen Angehörigen während des stationären Aufenthaltes	Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall
3	juristische Aspekte bei der Kommunikation	telefonische Informationsweitergabe an nicht berechtigte Personen (keine Identifikation des Gesprächspartners möglich)
4	Umgang mit Drainagen	mangelnde oder fehlende Kontrolle der Lage und der Funktionalität von Ventrikeldrainagen
5	Intubation und Pflege / Verwendung von Tuben	fehlende Kontrolle bei Notfall-Intubation auf Zahnprothesen
	... X	

Tabelle 2

Beispiele zu Problemfeldern zur Konkretisierung (Fragebogen Teil II).

	Problemfeld
1	fehlende Übernahmekontrollen von Station zum OP und retour
2	mangelnde/fehlende Kommunikation zwischen Station und OP
3	intraoperative Fehlentscheidungen/Fehlurteilungen
4	nicht verfügbare Generika
5	falsch beschriftete Dokumente
	... X

stellen und in den Spitälern auftreten, generiert werden. Zweck dieses Vorgehens war es, die wichtigsten Hot-Spots zu ermitteln. Wir haben eine einfache Priorisierung nach drei Kategorien *hoch*, *mittel* und *niedrig* durchführen lassen und folgendes Ergebnis erzielt:

### Interpretation der Ergebnisse und Diskussion

Die Anzahl Nennungen konkret formulierter Hot-Spots (Tab. 3) lässt einen Rückschluss auf die tatsächlichen auftretenden Problemfelder bezüglich der Patientensicherheit in Spitälern zu. Durch die von den Qualitäts- und Risikomanagementexperten durchgeführte Gewichtung der Hot-Spots können zusätzlich Aussagen darüber gemacht werden, welche Probleme am dringendsten gelöst werden müssen. Auch wenn die CIRS-Meldungen stark von der Beteiligungsbereitschaft der Mitarbeiter und der gelebten Sicherheitskultur in den Spitälern abhängen und internationale Studien [1] gegen eine Verwendung solcher Ereignisse für den Gebrauch

von Häufigkeitsberechnungen sprechen, können diese Ergebnisse doch einen Anhalt dafür geben, wo es einen Handlungsbedarf bezüglich der Patientensicherheit in den Spitälern gibt. Die Übersicht macht deutlich, dass die Vielzahl an Hot-Spots (an dieser Stelle ist nur ein kleiner Ausschnitt dessen dargestellt, was in unserer Untersuchung gesamthaft an Hot-Spots definiert werden konnte) eine Herausforderung in der Kategorisierung darstellt. Das Problem der Standardisierung einer «patient safety taxonomy» ist eine in der internationalen Literatur bekannte und noch nicht gelöste Aufgabe [2]. Die 169 definierten Hot-Spots sind so konkret formuliert, dass sie als Ausgangspunkt für Verbesserungsprojekte dienen können, ohne sie in eine empfohlene Kategorisierung unterteilen zu müssen.

Mit dieser Umfrage verfügt die Stiftung für Patientensicherheit über eine solide Basis an dringend zu bearbeitenden Problemfeldern in der Patientensicherheit und über ein neues Netzwerk an Personen, die sich in den Spitälern dem CIRS widmen und entsprechende Erfahrungen auf dem Gebiet mitbringen. Die Ergebnisse werden unter anderem der Schwerpunktsetzung für künftige Projekte dienen.

Die Stiftung für Patientensicherheit hat bereits erste Projekte initiiert bzw. umgesetzt. So konnte zum Beispiel der Hot-Spot «Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall» mit der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR) bearbeitet, ein Flyer [3] und eine Hintergrundbroschüre [4] zum Thema entwickelt und den Gesundheitseinrichtungen schweizweit zur Verfügung gestellt werden. Das Thema der Seitenverwechslung wird 2008 in Kooperation mit der fmch breit in den Schweizer Spitälern lanciert, und die Thematik der Patientenidentifika-

- 1 Wakefield DS, et al. Understanding why medication administration errors may not be reported. *Am J Med Qual.* 1999;14:81-8.
- 2 Chang A, et al. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. *Int J Qual Health Care.* 2005;17:95-105.
- 3 Stiftung für Patientensicherheit & Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation: Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall, beziehbar unter: [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch).
- 4 Stiftung für Patientensicherheit. Wenn etwas schief geht. Schriftenreihe Nr. 1. 2006. beziehbar unter: [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch).

tion ist ein geplantes Projekt für 2008. Weitere Projekte sind auf der Homepage der Stiftung [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch) zu finden.

### Fazit

Die Stiftung für Patientensicherheit ist aus mehreren Gründen darauf angewiesen, pragmatische Lösungen zu finden und dabei nutzenorientiert vorzugehen. Das Ziel, die Patientensicherheit zu fördern, erfordert nicht nur einen theoretisch-wissenschaftlichen Ansatz, sondern auch ein gut durchdachtes, gemeinsames Vorgehen mit Unterstützung der Experten aus der Praxis. Die durchgeführte Befragung hat konkret formulierte und auf operativer Ebene heruntergebro-

chene Problemfelder der Patientensicherheit in Schweizer Gesundheitsorganisationen eruieren können. Diese Auflistung der Hot-Spots genügt nicht dem Anspruch der Repräsentativität, jedoch können mit den Ergebnissen konkrete Projekte in den Spitälern initiiert werden. Die Stiftung für Patientensicherheit wird sich in ihrer weiteren operativen Projektstätigkeit unter anderem auch an den Ergebnissen der vorgestellten Umfrage orientieren.

Im Rahmen dieses Artikels wurde nur eine kleine Auswahl an Hot-Spots dargestellt. Die Liste der 169 gewichteten Hot-Spots kann über die Korrespondenzadresse angefragt werden.

**Tabelle 3**  
Ranglisten.

Rangliste der 10 häufigsten Hot-Spots (nach Anzahl Nennungen)	Rangliste der 10 relevantesten Hot-Spots (nach Gewichtung)	Rangliste der 10 häufigsten und relevantesten Hot-Spots (Anzahl Nennungen × Gewichtung)
<b>1. Stelle:</b>	<b>1. Stelle:</b>	<b>1. Stelle:</b>
Fehler beim Richten von Medikamenten	Fehler beim Richten von Medikamenten	Fehler beim Richten von Medikamenten
<b>2. Stelle:</b>	<b>2. Stelle:</b>	<b>2. Stelle:</b>
Verabreichung von Medikamenten an den falschen Patienten	Verabreichung von Medikamenten an den falschen Patienten	Verabreichung von Medikamenten an den falschen Patienten
falsche Dosierung aufgrund von Fehldosierungen (Rechenfehler in den 10er-Potenzen)	<b>3. Stelle:</b>	<b>3. Stelle:</b>
mangelnde/fehlende Information über Medikamente bei/nach Austritt	falsche Dosierung aufgrund von Fehldosierungen (Rechenfehler in den 10er-Potenzen)	falsche Dosierung aufgrund von Fehldosierungen (Rechenfehler in den 10er-Potenzen)
<b>3. Stelle:</b>	<b>4. Stelle:</b>	<b>4. Stelle:</b>
mangelnde/fehlende Dokumentation von Ergebnissen/Anwendungen/Zeitpunkt der Behandlung etc.	schlechte Lesbarkeit von angeordneten Medikamenten	schlechte Lesbarkeit von angeordneten Medikamenten
Probleme bei der Einhaltung der Händedesinfektion	<b>5. Stelle:</b>	<b>5. Stelle:</b>
Einstellung einer falschen Tropfenzahl bei Infusiomaten (Fließgeschwindigkeit zu schnell oder zu langsam)	mangelnde/fehlende Information über Medikamente bei/nach Austritt	mangelnde/fehlende Information über Medikamente bei/nach Austritt
schlechte Lesbarkeit von angeordneten Medikamenten	<b>6. Stelle:</b>	<b>6. Stelle:</b>
Übertragungsfehler beim Kopieren von Verordnungen	Übertragungsfehler beim Kopieren von Verordnungen	Übertragungsfehler beim Kopieren von Verordnungen
ungenügende/fehlende Kommunikation des aktuellen Standes und der noch ausstehenden, dringend zu erledigenden Tätigkeiten (Übergabe/Rapport an Folgeschichten)	<b>7. Stelle:</b>	<b>7. Stelle:</b>
	falsche Dosierung aufgrund der Verwechslung von ml und mg	mangelnde/fehlende Dokumentation von Ergebnissen/Anwendungen/Zeitpunkt der Behandlung etc.
	<b>8. Stelle:</b>	<b>8. Stelle:</b>
	Verabreichung von Medikamenten vergessen	Verabreichung von Medikamenten vergessen
	<b>9. Stelle:</b>	<b>9. Stelle:</b>
	schlechte Lesbarkeit von Eintrittsverordnungen	Probleme bei der Einhaltung der Händedesinfektion
	falsche Benennung und Verwechslung von Einheiten (IE, mg, mcg, mmol, mval etc.)	<b>10. Stelle:</b>
		ungenügende/fehlende Kommunikation des aktuellen Standes und der noch ausstehenden, dringend zu erledigenden Tätigkeiten (Übergabe/Rapport an Folgeschicht)