

Fehlerkultur ambulant: Hausärztenetzwerk entwickelt eine Fehlerkultur im Bemühen um eine sichere Patientenbetreuung

Soeben bin ich von der interessanten Tagung «Patientensicherheit Schweiz: Aktivitäten – Stolpersteine – Perspektiven» vom 13. und 14. September 2007 in Bern zurückgekehrt. Viele Referenten haben in der von der Stiftung für Patientensicherheit grossartig organisierten Tagung aufgezeigt, dass das Thema Patientensicherheit ein immer wichtigeres Thema wird und viele Ansätze und Projekte bestehen. Eine gewisse Ernüchterung tritt ein, wenn man bemerkt, dass sich praktisch alle Projekte und Erfahrungen auf den stationären Spitalbereich beziehen. Wie sieht es denn im ambulanten Bereich und vor allem in den Hausarztpraxen aus?

Ausgangslage

Fehlerkultur und die Bemühungen zur möglichst sicheren Patientenbetreuung werden in vielen Arztpraxen noch nicht als eigenständiges Thema betrachtet. Darauf angesprochen wird argumentiert: «Wir arbeiten jetzt schon so gut wie möglich», «Es passieren ja relativ selten schlimme Fehler» oder «Schon wieder eine neue Vorschrift!» Umgekehrt ist das Fehlermanagement in der Fliegerei schon lange etabliert und in der Industrie ist die Qualitätssicherung institutionalisiert. Im medizinischen Bereich hat sich die Anästhesie schon am längsten mit einer Fehlerkultur auseinandergesetzt. Für die Grundversorger in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen gibt es jedoch nichts Derartiges. Spitalsysteme sind nicht direkt übertragbar und vorhandene Fehlermeldesysteme via Internet werden als zu kompliziert empfunden, ebenso wird ein systematisches Feedback vermisst.

Im Gegensatz zu Spitälern oder einzelnen Kliniken sind Hausarztvereine heterogen zusammengesetzt. Die Arztpraxis ist die kleinste funktionelle Einheit, eine Anonymität bei Auftreten eines uner-

In dieser Rubrik wird aus dem Alltag von Hausarztnetzen berichtet.

In jeder Arztpraxis ist man bemüht um eine möglichst sichere Patientenbetreuung. Doch der Aufbau einer Fehlerkultur in einem ganzen Hausarztnetzwerk ist noch Pionierarbeit. Viele Erfahrungen und vorhandene Fehlermeldesysteme stammen aus Institutionen oder Spitälern, sind häufig aufwendig und/oder wenig benützt.

Deshalb gilt es eine praktikable Umsetzung für die Arztpraxis zu entwickeln – Ansätze und Erfahrungsbericht aus dem Hausärzterverein Winterthur und Andelfingen (hawa).

warteten Ereignisses ist kaum gewährt. Zudem ist sie betriebswirtschaftlich eigenständig, sodass auch relativ geringe finanzielle und zeitliche Ressourcen vorhanden sind.

Trotzdem ist jedes Mitglied im Praxisteam bemüht, möglichst fehlerfrei zu arbeiten. Wenn unbeabsichtigte Zwischenfälle auftreten, möchte man diese möglichst schnell erkennen, um weitere zu vermeiden oder allfällig bleibende Schäden zu verhindern. Es ist klar, dass es in Praxen relativ oft zu Missverständnissen, Fehlkommunikation und Fehl-(be)handlungen zwischen Arzt, Patient und medizinischer Praxisassistentin kommt. Die meisten Probleme sind jedoch harmlos und ohne bleibende Schäden. Obwohl die Dunkelziffer wohl relativ hoch ist, geht man davon aus, dass auf 300 Ereignisse nur zirka 30 leichte und 1 schwerwiegende Folgen haben.

Die systematischen Bemühungen um eine Fehlerkultur haben in unserem Hausarztverein Winterthur und Andelfingen (hawa) eigentlich mit dem Vortrag «Fehlerkultur in der Hausarztmedizin» von Dr. med. Beat Kehrer, ehemaliger Chefarzt Kinderchirurgie St. Gallen, an unserem Zehn-Jahr-Jubiläum im Mai 2006 begonnen. Klar wurde, dass wir

unsere bestehenden Strukturen vor allem mit den elf Qualitätszirkeln und der hawadoc AG als Betriebsgesellschaft des Vereins nutzen wollten. Der Verein-hawa besteht aus 100 Grundversorgerpraxen betrieben durch Allgemeinmediziner, Internisten und Pädiater (rezeptierend und selbstdispensierend) der Regionen Winterthur und Andelfingen.

Aufbau der Fehlerkultur

Als erste Veranstaltung führten wir am 8./9. September 2006 eine zweitägige Ärztetrete durch, an der ein Viertel unserer Mitglieder und vier medizinische Praxisassistentinnen teilnahmen. Dres Beat Kehrer, ehemaliger Chefarzt Kinderchirurgie St. Gallen, und Marc-Anton Hochreutener, Geschäftsführer der Stiftung für Patientensicherheit, führten uns in die Thematik einer Fehlerkultur und Fehleranalysemethoden ein. In Workshops konnten wir unsere aus den Praxen mitgebrachten unerwarteten Ereignisse gemeinsam analysieren. Immer wieder wurde ersichtlich, dass man gerade aus anfänglich banal erscheinenden Fällen sehr viel lernen kann. Bereits kleine Veränderungen/Anpassungen im Praxisalltag können Fehler deutlich minimieren und die Patientensicherheit erhöhen.

Es wurde klar, dass ein «Lernen aus Fehlern» in jeder einzelnen Praxis begonnen werden muss. Eine «systematische Analyse» wird zukünftig notwendig werden. Die Fehlerkultur muss von der Basis her entwickelt werden, da sich sonst anfänglich übergeordnete Strukturen oder Fehlermeldesysteme vor allem auch bei fehlendem Feedbacksystem wieder totlaufen. Als weitere Veranstaltung haben die vier Praxisassistentinnen, die an der Ärzetretraite teilgenommen haben mit mir als medizinischem Projektleiter der hawadoc ein Abendseminar für medizinische Praxisassistentinnen geplant und am 21. Februar 2007 durchgeführt. Gut 45 der MPA-Kolleginnen (und noch ein paar weiter interessierte Ärzte) wurde zunächst der gleiche theoretische Hintergrund zur Fehlerkultur dargelegt. In den Workshops konnten sie dann unerwartete Ereignisse aus ihrem Umfeld miteinander analysieren und Lösungsvorschläge für die Praxis skizzieren. – Es zeigte sich, dass die Fehlerbeispiele der MPA teils anders sind als diejenigen der Ärzte, die grundlegende Problematik aber oft in der von beiden Seiten geprägten und beanspruchten Praxisstruktur und dem -ablauf steckt. So haben wir eine Broschüre¹ «Lernen aus Fehlern» geschaffen, die neben allgemeinen Grundlagen aufzeigt, dass eine Fehlerkultur auf verschiedenen Stufen eingeführt werden muss: Erste Stufe ist die

Protokoll unerwünschtes Ereignis
Formular erhältlich bei hawadoc AG oder unter www.hawadoc.ch (Pfadt: Für Ärzte/Qualitätsarbeit/Fehlerkultur)

1. **Berichterstatter**
Name, Vorname: _____

2. **Datum des Ereignisses**
Datum: _____

3. **Beschreibung des unvorhergesehenen Ereignisses**
Negative Folgen für Patientin: ja nein
Ereignisbeschreibung: _____

4. **Kurzanalyse / Persönlicher Kommentar (fakultativ)**
Begünstigende Faktoren: _____
Analyse, Kommentar: _____

5. **Allenfällig getroffene Massnahmen, Veränderungsideen**
Bereich: Persönlich Praxisteam Administrativ / Technisch Für hawa interessant
Bearbeitung: An Praxiszeitung besprochen In OZ besprochen In OZ besprochen Für hawa interessant
Konkret: _____

Bei Fragen
→ Dr. med. Markus Wieser
hawadoc AG, Schmidgasse 7, 8400 Winterthur
→ Telefon: 052 235 01 70 (jeweils am Mittwoch Nachmittag und am Donnerstag Morgen)
→ wieser@hin.ch

Besten Dank für Eure Mitarbeit

0137 Protokoll ...en, Frühmüdic.doc 1 / 1

Praxis, wo das Fehlermelden zur allgemeinen Arbeitskultur werden soll. Zweite Stufe sind die Qualitätszirkel, wo sich Ärztinnen und Ärzte regelmässig zur Fortbildung treffen. Erst als dritte und oberste Stufe sehen wir das Netzwerk, wo zum Beispiel eine anonymisierte Sammlung/Auswertung ausgewählter Fälle stattfindet. Wie eingangs erwähnt muss eine glaubhafte Fehlerkultur aber erst aufgebaut werden und läuft deshalb in Phasen ab, wobei sich diese je nach persönlichen und lokalen Verhältnissen etwas überschneiden können: zuerst Etablierung einer Fehlerkultur in der eigenen Praxis, dann Weitermelden/Besprechen im Qualitätszirkel. Erst in der letzten Phase ist eine Fehlerbearbeitung an zentraler Stelle möglich. Als Hilfe für unsere Praxen haben wir ein einfaches standardisiertes *Fehlerprotokoll*² entwickelt, das nur wenige Hauptfelder enthält, und von Hand oder als Worddokument ausgefüllt werden kann. Neben dem Datum und dem Berichterstatter interessiert vor allem das Kästchen mit der einfachen (aber möglichst präzisen) Schilderung des Vorfalles (und Kreuzchen, ob es negative Folgen für den Patienten gab). Im zweiten Grossfeld können fehlerbegünstigende Faktoren aufgezählt und ein Kommentar notiert werden. Im dritten Grossfeld können

allfällig getroffene Massnahmen mitgeteilt werden (Kreuzchen, ob an Team-sitzung und/oder Qualitätszirkel besprochen).

Stand der Dinge und Ausblick

Zurzeit werden unerwünschte Ereignisse in den verschiedenen Praxen (vor allem bei den ehemaligen Retraite-teilnehmern) gesammelt. Individuelle Rückmeldungen ergeben, dass oft ganz einfach die Ereignisse in ein rotes Praxisheft eingetragen werden, um sie an einer Teamsitzung zu besprechen. In gewissen Qualitätszirkeln gehört das vertrauliche gegenseitige Berichten bereits zum festen Programmpunkt. Die Fälle werden besprochen und Verbesserungsvorschläge unter Kollegen ausgetauscht. Teilweise werden aber nach wie vor Bedenken geäussert, die Fälle ausserhalb des Zirkels weiterzugeben. Innerhalb Vereinsebene sind erst Probleme mit leicht verwechselbaren Medikamentenverpackungen gemeldet worden. Eine systematische Erhebung der Art der Fehlerkultur (Praxiserfahrungen, Häufigkeit der Besprechungen etc.) und die Mittel (Protokollformular, Heft) werden nun erfasst um einen allfälligen Unterstützungsbedarf auszuloten. Im Spätherbst wird dazu eine Abendveranstaltung für Ärzte und ihre Praxisangestellten durchgeführt, um Erfahrungen auszutauschen und gute Ideen weiterzuverbreiten. Dies sollte auch dazu führen, dass das Berichten über Fehler und Beinahefehler in den verschiedenen Qualitätszirkeln weiter vertieft werden kann mit dem Ziel, dass dann auch im Verein ausgewählte Probleme anonymisiert weiter bearbeitet oder auch gefundene Lösungsvorschläge zurück an den Qualitätszirkel oder die Basis (d.h. die Einzelpraxis) «gespiegelt» werden können. ■

Dr. med. Markus Wieser
Med. Projektleiter hawadoc AG
Hausarzt in Winterthur-Seen
E-Mail: wieser@hin.ch

¹ Fehlerbroschüre und Fehlerprotokoll können eingesehen werden unter www.hawadoc.ch, Menüpunkt: Für Ärzte/Qualitätsarbeit/Fehlerkultur

² dito

Grundsätze für die Fehlerkultur in der Praxis

Eigentlich ist es irrelevant wem ein Fehler unterlaufen ist. Die entscheidende Frage lautet, welche Faktoren haben dazu beigetragen, dass ein unerwünschtes Ereignis auftreten konnte. Somit gilt für eine ehrliche Fehlerkultur: Absolute Vertraulichkeit, der «Chef» geht mit gutem Beispiel voran, das Melden muss freiwillig und Sanktionen müssen ausgeschlossen sein, die Meldenden müssen ein Feedback erhalten und Verbesserungsvorschläge sollten – wenn möglich – umgesetzt werden.