Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) (2014) 108, 18—24

Online verfügbar unter www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: http://journals.elsevier.de/zefq

SCHWERPUNKT

Pflege, Patientensicherheit und die Erfassung pflegesensitiver Ergebnisse in deutschen Krankenhäusern

Nursing, patient safety and the acquisition of nursing-sensitive outcomes in German hospitals

Andreas Kocks [1,*], Regina Michaletz-Stolz [2], Johanna Feuchtinger [3], Inge Eberl [4], Silja Tuschy [5]

[1] *Stab Pflegedirektion, Pflegeforschung und Pflegeentwicklung, Universitätsklinik Bonn*
[2] *Stab Pflegedirektion, Pflegeorganisation, Universitätsklinik Tübingen*
[3] *Stab Pflegedirektion, Qualität & Entwicklung in der Pflege, Universitätsklinikum Freiburg*
[4] *Stab Pflegedirektion, Pflegewissenschaft, Klinikum der Universität München*
[5] *Stab Pflegedirektion, Projekt- und Prozessmanagement, Universitätsklinik Bonn*

Eingegangen/submitted 15. November 2013; überarbeitet/revised 21. Januar 2014; akzeptiert/accepted 23. Januar 2014

SCHLÜSSELWÖRTER
Krankenhaus;
Pflege;
Pflegefehler;
Patientensicherheit;
Fehlerbericht;
pflegesensitive Ergebnisse

Zusammenfassung Als zahlenmäßig größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen arbeiten Pflegende mit ausgesprochener Kontinuität in unmittelbarer Patienten- und Bewohnernähe. Keine andere Berufsgruppe ist in so viele verschiedene Prozesse in den unterschiedlichsten Settings der Gesundheitsversorgung eingebunden bzw. verantwortet diese. Sie haben somit sowohl für die Identifizierung und potenzielle Vermeidung von Fehlern, als auch als Verursacher von Fehlern eine tragende Rolle. Der Umgang mit Fehlern ist in Deutschland immer noch stark tradiert von Schuldzuweisungen und Tabuisierung geprägt. Strukturierte Systeme zur Erfassung von Fehlern und Fehlerberichte helfen, das Risikomanagement in der Pflege zu verbessern. Grundlegende Strukturen müssen auf nationaler Ebene noch weiter entwickelt und risikoadjustiert werden, z.B. Qualitätsindikatoren in der Pflege als systematische und valide Möglichkeit, pflegesensitive Patientenergebnisse und Fehlerquoten einrichtungsübergreifend zu erfassen und zu messen.

* Korrespondenzadresse. Andreas Kocks (BScN, MScN), Stab Pflegedirektion Pflegeforschung und Pflegeentwicklung, Sprecher des Netzwerkes Pflegeforschung an Universitätskliniken des VPU, Universitätsklinik Bonn, Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn, URL: www.ukb.uni-bonn.de.
E-Mails: andreas.kocks@ukb.uni-bonn.de, andreas.kocks@uni-wh.de (A. Kocks).

1865-9217/$ – see front matter
http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2014.01.030

KEYWORDS
Hospitals;
nursing;
nursing error;
patient safety;
error report;
nursing-sensitive outcomes

Summary As the largest occupational group in healthcare, nurses continuously work in very close contact to patients and nursing home residents. No other professionals in the healthcare sector are involved in or responsible for so many different processes. They play a key role in, on the one hand, identifying and potentially avoiding errors and, on the other hand, in causing them. Traditionally, error handling in Germany is still strongly influenced by pointing a finger to and tabooing problematic behaviour. Structured systems for detecting errors and error reports can help to improve risk management in nursing. There is a need to develop fundamental structures like national indicators of nursing quality for systematic and valid error measurements and the structured collection of nursing-sensitive outcomes at a national level.

„Fehler sind das Tor zu neuen Entdeckungen." James Joyce

Wann immer sich Menschen dem Gesundheitswesen anvertrauen, erwarten sie die bestmöglichste Behandlung und Begleitung in einer angemessenen und sicheren Versorgungsqualität. Dieser gesellschaftliche Auftrag an die Erbringer von Leistungen im Gesundheitssystem wird durch den Gesetzgeber mit dem Patientenrechtegesetz seit Februar 2013 weiter untermauert [1]. Die Frage, wie sich die zu erbringende Versorgungsqualität allgemeingültig definieren lässt, ab wann von einem Behandlungsfehler gesprochen werden kann und ob ein Konsens über die der Qualität zugrunde liegenden Parameter für Patienten, Angehörige und alle Beteiligten am Behandlungsprozess gefunden werden kann, ist derzeit offen [2,3]. Dies gilt insbesondere auch für die Pflege und soll Gegenstand der vorliegenden Diskussion sein.

Die statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Bundesärztekammer zeigt: Die Zahl der Beschwerden von Patienten mit Verdacht auf Behandlungsfehler sind in Deutschland so hoch wie nie zuvor: Sie stiegen alleine von 2011 auf 2012 um mehr als 10 Prozent auf 12.232 Anträge [4]. Allerdings müssen Patientenzufriedenheit und Behandlungsfehler trennscharf behandelt werden, da beides eigenständige Dimensionen der Behandlungsqualität sind. Der Patient ist vielfach nicht in der Lage, einen Behandlungsfehler wahrzunehmen, auch die Beurteilung der Behandlungsqualität ist komplex. Nicht jede Unzufriedenheit im Behandlungszusammenhang resultiert aus einem Fehler.

Eine Verengung des Handlungsspielraumes findet durch die zunehmend komprimierten und intensivierten Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitswesen statt. Nicht nur die Einführung der DRG's haben dazu beigetragen, das Primat des ökonomischen Prinzips im Gesundheitswesen mit der sich daraus ableitenden Notwendigkeit der Prozessoptimierung und Kostenreduktion umzusetzen [5—9]. Die Verkürzung der Verweildauer bei gleichzeitiger Fallzahlerhöhung und der massive Abbau von Krankenhausbetten führen in Deutschland zu einer erheblichen Arbeitsverdichtung. Behandlungsabläufe sind heute vielfach schneller und komplexer. Hinzu kommt, dass die sich verändernde Gesellschaftsstruktur [10] mit einer immer älter werdenden Bevölkerung, einer sich verändernden Morbiditätsstruktur mit Zunahme chronischer und psychischer Erkrankungen auf ein Gesundheitswesen mit evolutionären Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie trifft [11—15]. Die pflegerische Versorgung im Krankenhaus hat heute durch die erhebliche Arbeitsverdichtung ein deutlich höheres Fehlerrisiko, als noch vor wenigen Jahren. Dabei können Fehler schwerwiegende Folgen haben, unnötiges Leid bedingen und die Kosten der Gesundheitsversorgung steigern [16—18].

Fehler im Gesundheitswesen — eine Begriffsannäherung

Es lässt sich festhalten, dass dem individuellen Anspruch nach einer optimalen und sicheren Behandlung im Gesundheitswesen unterschiedliche Hindernisse bzw. Fehlerarten gegenüberstehen. Nach Reason [19] gibt es zwei verschiedene Fehlerperspektiven:

1. Personenbezogene Ursachen, z.B. fehlende Qualifikation, fehlende Fähigkeiten oder Fertigkeiten.
2. Systemische Ursachen, die in den zumeist sehr komplexen Schnittstellen von Behandlungskonstellationen begründet sind, z.B. kommunikative Hindernisse in der intra- und interdisziplinären Zusammenarbeit, fehlende Handlungszuordnung oder fehlende Information im Behandlungsprozess.

Ein Fehler beschreibt im Allgemeinen einen „Merkmalswert, der die vorgegebenen Forderungen nicht erfüllt" bzw. die „Nichterfüllung einer Anforderung" [20] wobei eine Anforderung als ein Erfordernis oder eine Erwartung definiert wird. Das Aktionsbündnis für Patientensicherheit hat 2009 [21] diese Definition wie folgt auf das Gesundheitssystem in Abgrenzung zum „unerwünschten Ereignis" und dem von einem Fehler zu unterscheidenden „Beinahfehler ohne Schaden" übertragen:

Definition von 5 Schlüsselbegriffen zur Patientensicherheit [21]:

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/1094368

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/1094368

Daneshyari.com