

01.05.2018 Safety Clip

Safety Clip: Fehlerursachenanalyse am Beispiel einer Seitenverwechslung im OP

A. Krause



Ursache-Wirkungs-Diagramm nach Ishikawa

Das Thema Patientensicherheit ist heute immanenter Bestandteil der Krankenhausorganisation. Instrumente des Risikomanagements sind implementiert und in der Regel weit entwickelt. So regelt der Einsatz von OP-Sicherheitschecklisten nach WHO-Modell bereits seit circa 15 Jahren die Patientensicherheit bei der operativen Versorgung. Trotz dieser Sicherheitsmaßnahmen kommt es im Operationsbereich weiterhin zu

Seitenverwechslungen. Es ist notwendig Prozesse permanent zu prüfen und Fehler zu analysieren. Nur wer seine Fehler kennt, kann diese auch beheben.

Ein geeignetes Instrument zur Fehleranalyse von operativen Prozessen ist das Ursache-Wirkungs-Diagramm nach Ishikawa. Mithilfe des Ishikawa-Diagramms sind mögliche Fehlerursachen zu identifizieren, zu bewerten und schließlich zu beheben. Ursprünglich als Fishbone-Diagramm bezeichnet, wird es heute in weiten Bereichen des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsversorgung angewendet. So findet sich der Ansatz in unterschiedlichen Analyseverfahren wie der Root Cause Analysis, dem Critical Reporting System oder dem Beschwerdemanagement.

Das Ursache-Wirkungs-Diagramm nach Ishikawa (Ishikawa-Diagramm)

Zunächst wird ein Analyseteam benannt. Dieses setzt sich aus Mitarbeitenden zusammen, die an dem fehlerhaften Prozess beteiligt gewesen sind; präventiv ist auch die Analyse von Prozessen möglich, die bislang fehlerfrei verlaufen sind bzw. zu keinem Schaden geführt haben. Die Prozessverantwortlichen sind die Experten für die Fehleranalyse und müssen entsprechend hinzugezogen werden. Steht das Team fest, wird ein Moderator benannt, der durch die Analyse führt. In einem nächsten Schritt ist der Fehler, hier beispielhaft die Seitenverwechslung, eindeutig zu definieren. Darüber hinaus sind Einflussgrößen festzulegen. Dazu zählen u. a. Mensch, Maschine, Milieu, Material, Methode, Messung etc. Die Einflussgrößen können je nach Fehler variieren. Anschließend startet ein Brainstorming. Der Moderator fordert das Analyseteam auf, mögliche Ursachen für den Fehler herauszuarbeiten und den Einflussgrößen

zuzuordnen. Hierzu ist es erforderlich, dass Prozessverantwortliche sowie Qualitäts- und Risikomanager die bisherige Prozessdarlegung im Team reflektieren. Etablierte Instrumente zur Patientensicherheit wie Sicherheitschecklisten, Kennzeichnungsverfahren und das Team-Time-Out sind hinsichtlich ihrer Eignung/Akzeptanz kritisch zu prüfen.

Ziel dabei ist, potentielle Risiken im Behandlungsprozess zu identifizieren. Diese sind Grundlage zur Ableitung von Strategien zur Fehlervermeidung. Unter Berücksichtigung von Auswertungsergebnissen aus CIRS, Beschwerdemanagement, Schadenmanagement oder Fallanalysen wird die Ableitung einer differenzierten Strategie bzw. eines umfassenden Maßnahmenplans unterstützt.

Stärken des Ishikawa-Diagramms

Bedingt durch die leichte Handhabung und die positiven gruppenspezifischen Effekte ist das Ursache-Wirkungs-Diagramm nach Ishikawa ein geeignetes Instrument zur effektiven Fehleranalyse. Die Methode ist für alle Beteiligten einfach nachzuvollziehen. Zudem sind Vorbereitungszeit und Dokumentationsaufwand gering. Folgt im Anschluss der Analyse eine Anpassung der Prozesse, sind Patienten zukünftig ein Stück weit sicherer.

Tab. 1: Prozesse, Verantwortung, Vorgaben Qualitäts- und Risikomanagement

Prozesse	Verantwortung	Vorgaben Qualitäts- und Risikomanagement
Patientenanamnese Prämedikation Aufklärung Seitenkennzeichnung Dokumentation	Arztdienst (Operateur, Anästhesist)	schriftlich hinterlegte Verfahrensanweisungen
OP-Vorbereitung Pflegestation Hörgerät, Brille, Hygieneanforderungen, Antithrombosestrümpfe	Pflegedienst	Checklisten
Patiententransport	Pflegedienst	schriftlich hinterlegte Verfahrensanweisung
OP Vorbereitung/ Übergabe/Einschleusung Rasur	Pflegedienst (Station, OP-Pflege, ANÄ-Pflege.	schriftlich hinterlegte Standards
Lagerung des Patienten	Pflege, Arzt (Endkontrolle)	schriftlich hinterlegte Standards
Team-Time-Out	OP-Team (Operateur, Anästhesist, Springer)	Sicherheitscheckliste

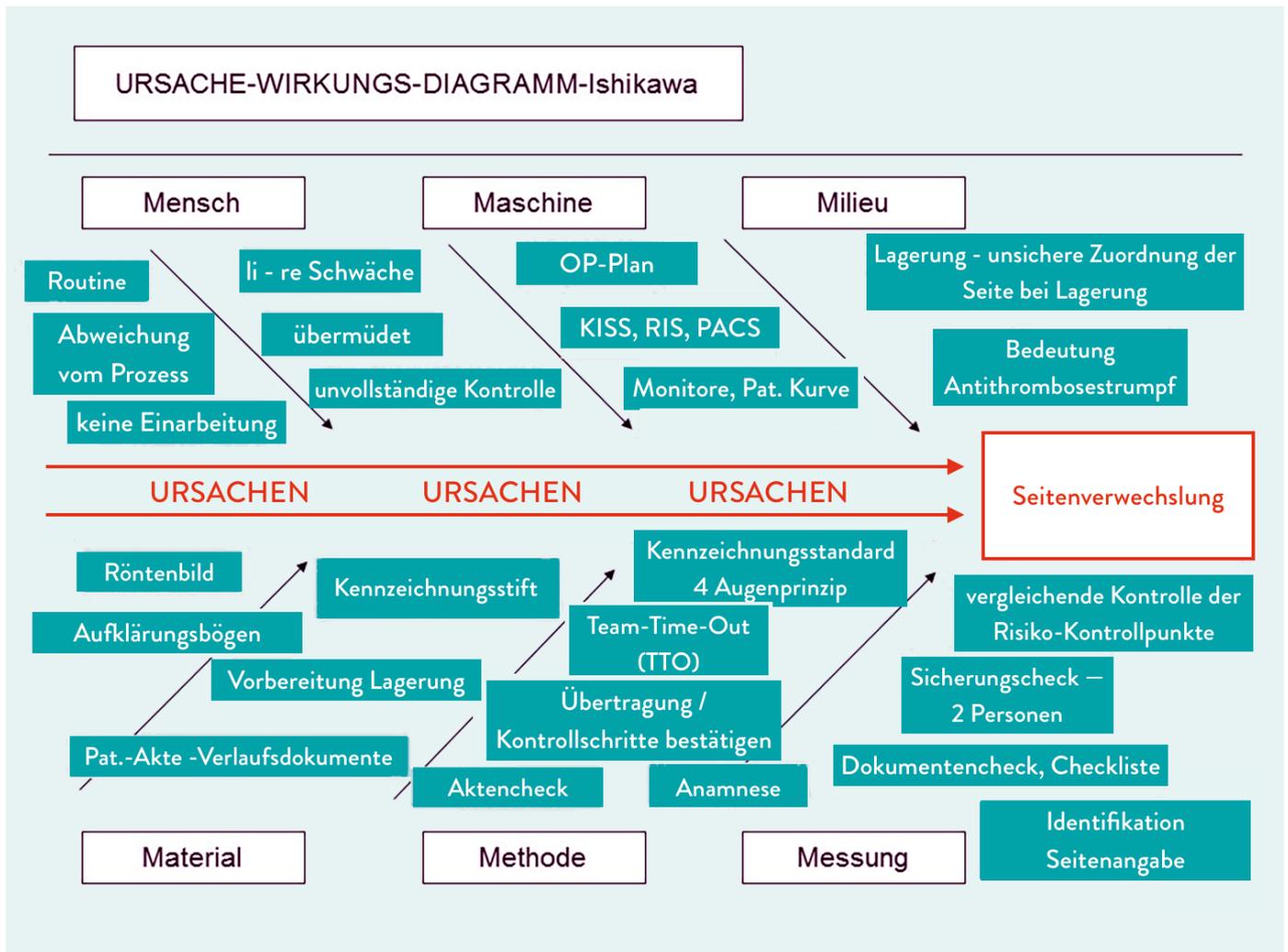


Abb. 1: Ursache-Wirkungs-Diagramm nach Ishikawa am Beispiel einer Seitenverwechslung

Literatur

- [1] Bundesministerium des Inneren Bundesverwaltungsamtes (Hrsg.) (2018): Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung. 6.3.2 Ursache-Wirkungs-Diagramm. Seite 282
Krause A: Safety Clip: Fehlerursachenanalyse am Beispiel einer Seitenverwechslung im OP. Passion Chirurgie. 2018 Mai, 8(05): Artikel 04_03

Autor des Artikels



Axel Krause

GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH
 Klingenbergstr. 4
 32758 Detmold

