

Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsges.m.b.H (SALK), das Projekt wurde umgesetzt im Landeskrankenhaus Salzburg, der Christian-Doppler-Klinik, der Landesklinik St.Veit, des Kinder-Neuro-Rehab Zentrums und der Psychiatrische Reha St.Veit GmbH.

Univ.Doiz.in Dr.in Doris Mack, MSc

„Das Patienten-Sicherheitsblatt in der medizinischen Dokumentation (Krankengeschichte)“

Patientensicherheit hat oberste Priorität im Krankenhaus. Wichtige Informationen z.B. über eine bestehende Allergie müssen schnell und gesichert zur Verfügung stehen. Einzelne Risiken für den/die PatientIn können durch eine gute Dokumentation und Kommunikation vermieden beziehungsweise vermindert werden. Eine Initiative in den Salzburger Landeskliniken (SALK) hat sich der Verbesserung der Dokumentation von sicherheitsrelevanten Informationen zum/zur PatientIn gewidmet, deren Ausgangssituation und Werdegang wie folgt beschrieben wird.

In den SALK ist für die elektronische medizinische Dokumentation das Krankenhausinformationssystem ORBIS-NICE im Einsatz. Für besondere, sicherheitsrelevante oder risikobehaftete Informationen sieht dieses Programm ein Erfassungsfeld „CAVE“ vor. Dies ist ein Freitextfeld, in das jede/r MitarbeiterIn die für ihn/sie relevanten Informationen eintragen kann. Es gibt weder eine technische Lenkung noch eine generelle Regelung wer in diesem Feld dokumentiert und was einzutragen ist. Der Arzt/die Ärztin, die Pflegekraft sowie TherapeutInnen können sich nicht auf Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der Einträge im Feld CAVE verlassen.

Wichtige Informationen, wie z.B. Allergien, werden auch auf der Papierfieberkurve bzw. in der Papier-Krankengeschichte dokumentiert. Diese Unterlage steht jedoch nicht allen TherapeutInnen jederzeit zur Verfügung (z.B. Labor, Röntgen, Ambulanzen). Auch birgt die handschriftliche Dokumentation auf zum Teil sehr engem Raum bekannte Risiken. Eine Doppeldokumentation im elektronischen System und in der Papier-Krankengeschichte kann allgemein nicht nur aufgrund des doppelten Aufwands sondern auch aufgrund der Fehleranfälligkeit als kritisch betrachtet werden. Sicherheitsrelevante Informationen, die im CAVE-Eintrag des ORBIS-NICE Systems dokumentiert sind, stehen bei Wiederaufnahme des Patienten jeder Abteilung der SALK zur Verfügung, da sie an die Stammdaten des/der PatientIn gekoppelt sind. Im Gegensatz dazu stehen die Informationen, die in der Papier-Krankengeschichte dokumentiert worden sind, bei einem neuerlichen Aufenthalt nicht SALKweit zur Verfügung.

Die beschriebene Ausgangssituation und das damit verbundene Risiko im Sinne der Patientensicherheit ist erkannt und zum Anlass genommen worden, eine klare Regelung zu treffen, wie besonders wichtige und sicherheitsrelevante Informationen zum/zur PatientIn in Zukunft zu dokumentieren sind. Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe wird eingerichtet, welche mit der Verbesserung der Situation beauftragt wird. MitarbeiterInnen in dieser Arbeitsgruppe sind: Ärzte/Ärztinnen, QualitätsmanagerInnen auch aus der Pflege, eine Hygienebeauftragte und ein IT-Mitarbeiter, der mit der Programmierung in ORBIS-NICE betraut ist. Die Leitung der Arbeitsgruppe obliegt dem Leitenden Oberarzt der Universitätsklinik der Inneren Medizin I. Im Zuge der Diskussionen wird eine organisatorische und technische Lösung, federführend unterstützt durch den IT-Mitarbeiter, gefunden. Ein elektronisches ORBIS-NICE Formular „Sicherheitsblatt“ wird entworfen. Die Arbeitsgruppe hat alle sicherheitsrelevanten Inhalte erarbeitet. Bei der Erhebung der Anamnese wird

dieses Blatt vom/von der aufnehmenden Arzt/Ärztin in ORBIS-NICE ausgefüllt und vidiert. Durch die strukturierte Abfrage dieser Daten wird die Gefahr auf wichtige Informationen zu vergessen minimiert. Eingetragene Informationen gehen aus diesem Sicherheitsblatt automatisiert in das CAVE Feld ein und stehen damit am Bildschirm auch für einen Schnellüberblick in der Kopfzeile der ORBIS-NICE Seite zur Verfügung. Das Blatt wird automatisch ausgedruckt und in einer roten Folie als erstes Blatt der Papier-Krankengeschichte abgelegt. Ändert sich die Information auf diesem Sicherheitsblatt, wird ein neues erstellt und das alte als storniert gekennzeichnet, bleibt aber zur Erfüllung der gesetzlichen Dokumentation erhalten. Es wird technisch geprüft, ob ein Sicherheitsblatt vorliegt, erst wenn dieses angelegt und vidiert ist, lässt sich der Entlassungsbrief freigeben. Der Arzt/die Ärztin kommt somit nicht umhin ein Sicherheitsblatt anzulegen. Damit soll die Akzeptanz gesteigert werden, das Sicherheitsblatt wie vorgesehen im Rahmen der Anamnese auszufüllen.

Wird der/die PatientIn erneut aufgenommen, dann steht dem/der aufnehmenden Arzt/Ärztin das Sicherheitsblatt bereits elektronisch zur Verfügung. Die Angaben brauchen nicht erneut eingegeben werden, sondern müssen nur abgefragt/geprüft und gegebenenfalls geändert bzw. ergänzt werden. Am Beginn der Implementierung dieses Sicherheitsblattes kommt es zwar zu einem geringen Mehraufwand, der sich aber nicht nur im Sinne der Patientensicherheit lohnt, sondern auch mit einem geringeren Erhebungsaufwand im Zuge von neuerlichen Aufnahmen des/der PatientIn amortisiert.

Seinen optimalen Nutzen erfährt das Sicherheitsblatt aber erst mit Einführung der elektronischen Fieberkurve, da damit sowohl Risiko als auch Aufwand durch die Sicherstellung der Ablage des aktuellen Ausdruckes in der Krankengeschichte wegfallen.

Die organisatorische Regelung des Umgangs mit dem Sicherheitsblatt wird in einer Organisationsrichtlinie festgeschrieben. Hier ist z.B. abgebildet, wer für die Ablage des Blattes in der Krankengeschichte zuständig ist, sowie dass vor jeder Therapieanordnung das Sicherheitsblatt zur Kenntnis genommen werden muss. Man hat sich entschieden, die verpflichtende Verwendung des Sicherheitsblattes auf den stationären und tagesklinischen Bereich zu beschränken, für die Ambulanzen ist dies optional möglich.

Sowohl die technische Lösung als auch die Organisationsrichtlinie wird im Sommer 2014 auf der Universitätsklinik für Innere Medizin I erfolgreich pilotiert und darauffolgend implementiert. Am 2. März 2015 erfolgt der Roll-out des Sicherheitsblattes auf allen Kliniken der SALK.

Folgende Informationen werden im Sicherheitsblatt dokumentiert:

- a. Allergie (behandlungsrelevant oder nicht behandlungsrelevant; Quelle der Information)
- b. Infektiosität (Verdacht oder gesichert)
- c. Rechtliches und Therapielimitationen (z.B. Patientenverfügung)
- d. Einschränkungen (z.B. schwere Demenz, schwere Hörbehinderung)
- e. Implantate
- f. Medizinische Besonderheiten (z.B. Gerinnungsstörung, Schlaf-Apnoe-Syndrom)

Für jedes dieser Kapitel liegt ein Auswahlkatalog vor, es kann aber auch eine Freitexteingabe erfolgen. Die Einführung und konsequente Anwendung des Prozesses im Einsatz dieses Sicherheitsblattes stellt

für die SALK einen großen Schritt zur Verbesserung der Patientensicherheit dar. Weiters leistet es auch einen Beitrag zum Schutz der ÄrztInnen und des Pflegepersonals in Bezug auf haftungsrechtliche und strafrechtliche Konsequenzen, wie z.B. aufgrund eines Lese- oder Übertragungsfehlers bei der handschriftlichen Dokumentation einer Allergie.