

Tagung: Diagnose(un)sicherheit Diagnostic Errors



Mortalitäts&Morbiditäts- Konferenzen

Mag. Dr. Gomahr, MSc

Wien, 2 Oktober 2014

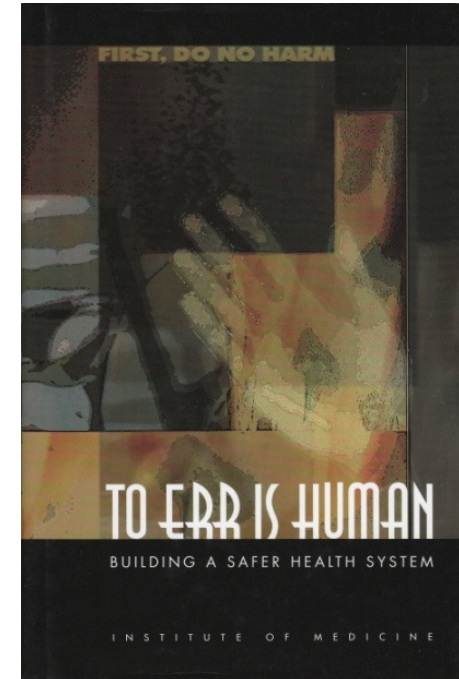
Fehler in der Medizin?!

FALSCH!!!



„Risikoaspekte“:

- Erwartung an die eigene Perfektion
- Angst Erwartungen anderer nicht zu erfüllen
- verminderte Wahrnehmung der eigenen Leistungsfähigkeit
- Prinzip der individuellen Schuldzuweisung (Angst vor Sanktionen)
- ausgeprägte Hierarchien
- festgefahrene Ansichten
- Herrschaftswissen
- falsch verstandene „Teamarbeit“
- Regelbrüche



- Medizinische Behandlungsfehler gehören zum ärztlichen Alltag!
- Je technischer und komplexer die Medizin wird, umso höher wird auch das Risiko!
- Komplexe medizinische Behandlung erfordert Zusammenarbeit und Wissensaustausch!
- Eine funktionierende **Sicherheitskultur ist sicherzustellen.**

Merkmale einer Sicherheitskultur

- **Es wird über Probleme/Fehler gesprochen, sicherheitskritische Ereignisse werden gemeldet**
 - *... auf Grundlage eines gegenseitigen Vertrauens*
 - *... Vertrauen ist Voraussetzung für eine **offene Kommunikation***
 - *... weil es eine Übereinstimmung gibt, was als akzeptables und nicht mehr tolerierbares Verhalten gilt*
 - *... da es Strukturen gibt, die es ermöglichen, Probleme/Fehler zu artikulieren und zu besprechen*

- **Probleme/Fehler werden als Lernchance verstanden**
 - *... weil es ein Verständnis dafür gibt, dass ein Fehler ein Zusammenspiel von personen- und systembezogenen Faktoren ist*
 - *... weil eine Bereitschaft vorhanden ist, die eigene Leistung selbstkritisch zu hinterfragen*

 - *... um gemeinsames sicherheitsrelevantes Wissen zu vermehren*
 - *... um gemeinsame sicherheitsrelevante Werte/Einstellungen aufzubauen*
 - *... um kontinuierliche Verbesserung sicherzustellen*

- **Konstruktives „Miteinander“**
 - *... geprägt von einem wertschätzenden Umgangston*

- **Führungskräfte, die vom Thema „Sicherheit“ überzeugt sind**
 - *... und sich daher persönlich engagieren, „physisch“ anwesend sind*
 - *... und es vorleben*

Was sind M&M-Konferenzen?

- andere Bezeichnungen: m&m -conference, -meeting, -review oder Komplikations-Konferenz
- ... gehören in das Spektrum „Fall-Konferenzen“
- ... sind ein „retrospektives“ Instrument des klinischen Risikomanagements
- ... werden aber auch dem Qualitätsmanagement zugeordnet: medizinische Leistungen überprüfen, sichern, Ergebnisqualität verbessern (KVP, PDCA-Cyclus), in dem konkrete Maßnahmen (z.B. Regelwerke) umgesetzt werden

- *“It is designed to identify medical errors and complications in order to learn from them to improve medical practice. It is an institutional expression of our responsibility to face and profit from our mistakes, both as individuals and as a profession”.*
(J.D. Orlander)

- *“There is no other conference, conclave, or meeting on the surgical schedule that has more history, personal appeal, and potential educational benefit than the traditional surgical morbidity and mortality conference”.* (L.A. Gordon)

- *„The objectives of a well-run M&M conference are to learn from complications and errors, to modify behavior and judgment based on previous experiences, and to prevent repetition of errors leading to complications“ .* (W.Campbell)

Merkmale einer Sicherheitskultur	M&M-Konferenz
<p>Es wird über Probleme/Fehler gesprochen, sicherheitskritische Ereignisse werden gemeldet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • In einer Klinik wird die formale Struktur einer M&M-Konferenz organisiert und angeboten. • Man hat erkannt, dass gegenseitiges Vertrauen und eine offene Kommunikation grundsätzliche Voraussetzungen für dieses Besprechungsformat sind.
<p>Probleme/Fehler werden als Lernchance verstanden</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Für die Anwesenden wird die M&M-Konferenz als Forum verstanden, um aus eigenen und fremden Fehlern zu lernen. • Es entwickelt sich/es gibt ein Verständnis dafür, dass ein Fehler ein Zusammenspiel von personen - und systembezogenen Faktoren ist. • Betroffene stellen selbst Ihren Fall vor und hinterfragen ihre eigene Leistung.
<p>Konstruktives „Miteinander“</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die M&M-Konferenz ist interprofessionell/interdisziplinär zusammengesetzt. • „Erfahrene“ und „Unerfahrene“ sitzen nebeneinander. • Es wird ein wertschätzender Dialog und Erfahrungsaustausch ermöglicht. • Es gibt einen „keeper of the format“, der auf das „Miteinander“ achtet.
<p>Führungskräfte, die vom Thema „Sicherheit“ überzeugt sind</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sie initiieren und implementieren die M&M-Konferenz. • Sie machen sie zu einem Jour Fixe. • Sie sind bei der M&M-Konferenz anwesend. • Tragen als Betroffene selbst Fälle vor. • „Fallen nicht um“, wenn es unangenehm wird.

„Outcome“ von M&M-Konferenzen

- Wissenstransfer und Wissenszuwachs
- Verbesserung der klinischen Entscheidungsfindung
- Verbesserung der Ergebnisqualität durch Ableiten medizinischer Behandlungsmaßnahmen
 - *Basis für kontinuierliche Verbesserung*
- Fördert das individuelle und organisationelle Bewusstsein für Sicherheit der Patientenversorgung
 - *gemeinsames sicherheitsrelevantes Wissen vermehren*
 - *gemeinsame sicherheitsrelevante Werte/Einstellungen aufzubauen*
- Positives Erleben fördert generell ein gutes Arbeitsklima und damit einen aufmerksamen Gesamtzustand
- Gelebte Sicherheitskultur im Rahmen der M&M-Konferenz

Qualitäts-Strukturmerkmale von M&M-Konferenzen

- Frequenz: wöchentlich bis monatlich („Jour Fixe“, Termine sind fix und vom Klinikvorstand ausgeschickt)
- Zeitpunkt: in der Arbeitszeit! Zu einer Zeit, in der alle teilnehmen können!
- Dauer: 60- 90 Minute (1-2 Fälle)
- Teilnahme ist (verbindlich?)
- Teilnehmer: Klinikvorstand, je nach Fall erweitertes Behandlungsteam, Ärzte/innen in Ausbildung
- Es gibt einen Leiter/Moderator der Sitzung „keeper of the format“
- Fallpräsentationen sind vorbereitet, laufen nach einem Schema ab und haben eine Zeitvorgabe
- Zur Objektivierung des Sachverhaltes, soll auch relevante Literatur mit einbezogen werden.
- Die Präsentation geschieht durch jeweils für den Behandlungsfall Zuständigen
- Kurze Diskussion mit Zeitvorgabe
- Jede Präsentation wird abgeschlossen unter den Aspekten : Was war das Problem?, Was haben wir gelernt?, Was ist konkret zu tun?, Wer ist zuständig?
- Es gibt ein Ergebnis-Protokoll
- Distribution der Ergebnisse auch an Nichtanwesende
- Nachverfolgung der abgeleiteten Maßnahmen
- Regelmäßige Evaluation

Inhalte von M&M-Konferenzen

- **schwere Krankheitsverläufe/Komplikationen (=Morbidity); Todesfälle (=Mortality)**
 - unerwarteter Tod (zum Beispiel bei Eingriffen, wie elektiver Hüftgelenkersatz, bei denen man davon ausgeht, dass niemand stirbt)
 - unerwarteter schwerer Krankheitsverlauf
 - unerwartete Behandlungsergebnisse (als Folgen einer unzureichenden Diagnostik oder Therapie)
 - Major-Komplikationen bei diagnostischen Eingriffen (Angiographie, Biopsien)
 - aufgetretene bedeutsame Problemsituationen (z. B. technischer, organisatorischer oder kommunikativer Art)

- **"sentinel events"**
 - Operation am falschen Patienten/Patientin, an der falschen Seite.
 - Reoperation aufgrund von vergessenem Material oder OP-Besteck
 - intravaskuläre Gasembolie mit schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen
 - Bluttransfusion mit Blutgruppenunverträglichkeitsreaktion
 - Medikamentenverwechslung als direkte Ursache für den Tod des/der Patienten/Patientin

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!