

Thema

Ursachenanalyse (RCA)

Zusammenfassung

Viele Krankenhäuser und Gesundheitsdienste nutzen heute die Ursachenanalyse (Root Cause Analysis, RCA) um die Ursachen für aufgetretene unerwünschte Ereignisse zu bestimmen. Die RCA wurde zuerst in den Ingenieurwissenschaften entwickelt. Inzwischen wird sie in vielen Branchen angewendet, einschließlich dem Gesundheitswesen. Eine RCA wird genutzt, um die Ursachen eines eingetretenen Zwischenfalls zu identifizieren.



Eine **RCA** ist ein definierter Prozess, der alle möglichen Faktoren im Zusammenhang mit einem Zwischenfall untersucht. Dabei wird aufgedeckt, was passiert ist, warum es passiert ist und was getan werden kann, um eine Wiederholung zu verhindern.

Was ist eine Ursachenanalyse (RCA)?

Ursachenanalysen (RCA) stellen einen strukturierten, systembezogenen Ansatz für die Analyse von Zwischenfällen dar.

- Das RCA-Modell konzentriert sich auf Vermeidung von Fehlern, nicht auf Schuldzuweisung oder Bestrafung. Der Fokus dieser Analyseart liegt auf systembezogenen Schwachpunkten und nicht auf individueller Performanz. Das Modell untersucht verschiedene Faktoren wie Kommunikation, Ausbildung, Müdigkeit, Planung von Aufgaben/Aktivitäten und Personalausstattung, Umgebung, Equipment, Regeln, Richtlinien und Barrieren.
- Ursachenanalysen konzentrieren sich auf das System, nicht auf den individuellen Mitarbeiter. Sie basieren auf der Überzeugung, dass unerwünschte, den Patienten schädigende Ereignisse, ein Systemversagen darstellen. Systeme zur (Fehler-)Ursachenanalyse nutzen bei der Sichtung der gemeldeten Zwischenfälle einen Code zur Bewertung der Schwere, um sicherzustellen, dass die größten Risiken zuerst bearbeitet werden.

Modelle der Ursachenanalyse

Es wurden eine Reihe von Modellen entwickelt, die auf Prinzipien der Ursachenanalyse (Root Cause Analysis, RCA) zurückgreifen. Eines dieser Modelle, das „London Protokoll“, wurde von Charles Vincent und Kollegen entwickelt. Dabei handelt es sich um ein leicht zu verstehendes Modell, bei dem das Team durch die Schritte einer klinischen Untersuchung geführt wird. Das Veterans Affairs National Center for Patient Safety des US-Ministeriums für Kriegsveteranen (VA) entwickelte ein weiteres Modell, das ebenfalls einen strukturierten Ansatz zur Ursachenanalyse (RCA) verwendet. Es dient dazu, schwere unerwünschte Ereignisse zu evaluieren und zu analysieren sowie dazu, Systemverbesserungen anzustoßen, um der Wiederholung erkannter unerwünschter Ereignisse entgegenzuwirken. Alle Modelle zur retrospektiven Überprüfung stellen die folgenden Fragen:

- Was ist passiert?
- Wann ist es passiert?
- Wo ist es passiert?
- Wie schwer war der tatsächliche oder potenzielle Schaden?
- Wie wahrscheinlich ist eine Wiederholung?
- Was waren die Konsequenzen?

Merkmale der Ursachenanalyse

Die definierenden Merkmale einer Ursachenanalyse umfassen:

- Untersuchung durch ein interprofessionelles Team, das mit den in den Zwischenfall involvierten Prozessen vertraut ist;
- Analyse von Systemen und Prozessen anstelle von einzelnen Handlungen;
- Tiefenanalyse mit „Was“- und „Warum“-Fragen, bis alle Aspekte der Prozesse geprüft und alle Einflussgrößen berücksichtigt wurden;
- Identifikation möglicher Veränderungen von Systemen oder Prozessen, um die Performanz zu verbessern und die Eintrittswahrscheinlichkeit für ähnliche unerwünschte Ereignisse oder Beinahe-Zwischenfälle in der Zukunft zu reduzieren.

Schulungen zur Ursachenanalyse

Direkte Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung müssen in dieser Methode geschult werden. Viele Länder haben Trainingsprogramme eingeführt, um Gesundheitsdienstleister bei der Umsetzung von RCAs zu unterstützen. Das VA-Modell wurde zum Prototyp für Gesundheitsorganisationen auf der ganzen Welt.

Es ist schwierig für ein Team von Leistungserbringern, eine RCA ohne die Unterstützung ihrer Organisation umzusetzen. Das Team ist hierfür auf die Bereitstellung von Personal, Zeit und die Unterstützung von Verwaltungsmitarbeitern und der Geschäftsführung angewiesen.

Das VA hat eine Anleitung für Mitarbeiter entwickelt, die mögliche Bereiche und Aspekte enthält, zu denen Fragen gestellt werden sollten. Auf diese Weise sollen die möglichen Faktoren identifiziert werden können, die einen Zwischenfall beeinflusst haben.

- **Kommunikation:** Wurde der Patient korrekt identifiziert? Wurden Informationen aus Assessments des Patienten rechtzeitig mit den Mitgliedern des Behandlungsteams geteilt?
- **Umgebung:** War die Arbeitsumgebung für ihre Funktion ausgelegt? Gab es eine Risikobewertung der Umgebung?
- **Ausstattung:** War das Equipment für seine intendierte Funktion entwickelt? Wurden dokumentierte Sicherheitsprüfungen für das Equipment vorgenommen?
- **Barrieren:** Welche (Sicherheits-)Barrieren und Kontrollen waren in diesen Zwischenfall involviert? Waren sie darauf ausgelegt, Patienten, Mitarbeiter, das Equipment oder die Umgebung zu schützen?
- **Regeln, Richtlinien und Prozesse:** Gab es einen übergeordneten Plan für das Risikomanagement, indem die Verantwortung für die jeweiligen Risiken zugeteilt wurde? Wurde ein vorheriges Audit für ein ähnliches Ereignis durchgeführt? Wenn ja, wurden die Ursachen identifiziert und effektive Interventionen rechtzeitig entwickelt und implementiert?
- **Müdigkeit/Zeitplanung:** Waren Vibrationen oder der Lärmpegel und andere Umgebungsbedingungen angemessen? Hatte das Personal ausreichend Schlaf?

Alle Empfehlungen sollten die eigentlichen Ursachen des Problems ansprechen. Sie sollten spezifisch, konkret und leicht verständlich sein. Außerdem sollten Empfehlungen realistisch sein. Rollen und Verantwortlichkeiten für ihre Implementierung sollten zusammen mit einem Zeitrahmen für ihre Umsetzung klar definiert sein.