



Online verfügbar unter www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/zefq>



SCHWERPUNKT

Evidenzbasierung von Instrumenten zur Verbesserung der Patientensicherheit in der Chirurgie[☆]



Are the measures to ensure patient safety in surgery evidence-based?

Katharina Beyer, Claus-Dieter Heidecke^{*,1}

Klinik und Poliklinik für Chirurgie, Abteilung für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald, Deutschland

Eingegangen/submitted 14. Januar 2015; überarbeitet/revised 16. April 2015; akzeptiert/accepted 28. April 2015

SCHLÜSSELWÖRTER

Patientensicherheit;
WHO Checkliste;
Evidenz-basierte
Medizin

Zusammenfassung Fehler in der Chirurgie haben häufig eine ganz besondere Folgeschwere für den Patienten. Dementsprechend wurden in den vergangenen Jahren diverse Maßnahmen getroffen, um die Patientensicherheit in den chirurgischen Fächern zu erhöhen. Ein Meilenstein hierbei war die Implementierung der WHO OP-Checkliste in vielen deutschen Krankenhäusern, deren Nutzen hinsichtlich postoperativer Komplikationen durch die wenigen verfügbaren hochwertigen EbM Level II Studien und Metaanalysen gesichert wird. Der Einsatz weiterer Tools in der Chirurgie wie CIRS, der Verwendung von Global Trigger Tools und der systematischen Bewertungen von Krankenhäusern im Hinblick auf definierte operative Prozeduren weist zwar eine hohe theoretische Rationale auf, ist aber nicht durch Studien mit hohem Evidenzgrad belegt.

KEYWORDS

Patient safety;
WHO checklist;
evidence-based
medicine

Summary Errors occurring in surgical procedures often have serious consequences for the patients. For this reason various measures have been designed over the past few years to ensure a greater level of patient safety in surgery. One such measure is the implementation of the WHO safety checklist in German hospitals. The benefits of this checklist on postoperative complications have been substantiated by evidence from EbM level II studies and meta-analyses. The application of further tools such as the systematic rating of hospitals in terms of defined operative procedures would appear theoretically rational, but has not been demonstrated by studies with a higher level of evidence.

[☆] Herrn Prof. Dr. med Dr. h.c. mult. Markus Büchler, Heidelberg, zum 60. Geburtstag.

* Korrespondenzadresse: Prof. Claus-Dieter Heidecke, Klinik und Poliklinik für Chirurgie, Abteilung für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald, Deutschland
E-Mail: heidecke@uni-greifswald.de (C.-D. Heidecke).

¹ Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Qualität und Sicherheit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Einleitung

Während das Thema Patientensicherheit in früherer Zeit sicherlich stiefmütterlich behandelt wurde, hat der Bericht „To Err Is Human: Building a Safer Health Care System“ aus dem Jahre 1999 einen Prozess des Umdenkens angestoßen [1].

In diesem Bericht stellte das Institute of Medicine (IOM) auf der Basis diverser Studien dar, dass in den USA zwischen 44000 und 98000 Menschen jährlich an den Folgen vermeidbarer medizinischer Fehler versterben [1]. Bereits drei Monate später wurde in den USA ein Bericht der Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC) zur Reduzierung medizinischer Fehler und deren Auswirkungen formuliert. Aufgabe der vorliegenden Arbeit war die Beurteilung von Instrumenten zur Erhöhung der Patientensicherheit. Bei diesen Betrachtungen stehen chirurgische oder perioperative Einzelmaßnahmen nicht im Vordergrund.

In Deutschland waren die Akteure der Selbstverwaltung gefordert, sich dieses Themas anzunehmen. Bei diesen Anstrengungen werden sie von politischer Seite unterstützt. So wurde im Jahre 2005 das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) gegründet, welches u.a. vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird. Die Mitglieder dieses Aktionsbündnisses erarbeiten entsprechende Methoden zur Erforschung, Entwicklung und Verbreitung einer sicheren Gesundheitsversorgung. Auch das im Jahre 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz ist im weitesten Sinne Konsequenz der Bestrebung nach Reduzierung vermeidbarer medizinischer Fehler. Die Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser (KQM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hat die behördlichen Vorgaben hinsichtlich des Risikomanagements weiter konkretisiert.

Neben nationalen Bemühungen haben sich auch internationale Bündnisse wie die World Alliance for Patient Safety gebildet. Nach dem „patient safety culture“ Modell wird die Patientensicherheit wie folgt begründet: auf Basis von Urteilen (Rechtssprechung) und Normen entsteht ein gewisses Wertemodell. Die Verständigung auf gemeinsame Werte und deren Umsetzung durch die Beteiligten begründet die Patientensicherheit [2].

Ziel der Patientensicherheitsbemühungen ist die Vermeidung von Patientenschäden. Diese werden in der internationalen medizinischen Nomenklatur „unerwünschte Ereignisse“ (Adverse Events, AE) genannt. Unerwünschte Ereignisse können vermeidbar oder aber unvermeidbar sein. Die Patientensicherheitsstrategien konzentrieren sich naturgemäß auf die vermeidbaren unerwünschten Ereignisse. Vermeidbare AEs sind oft Resultat von Fehlleistungen eines Individuums mit seinen individuellen physischen und psychischen Konditionen sowie seinen Fertigkeiten. Andererseits sind auch und zunehmend mehr fehlerproduzierende Bedingungen Auslöser unerwünschter Ereignisse. Hierzu zählen das Arbeitsumfeld mit der entsprechenden Arbeitsbelastung und Ausstattung sowie die Struktur des Teams [3]. Ebenso ist der Patient mit Faktoren wie Kooperationsfähigkeit aber auch seinen Nebenerkrankungen eine wichtige fehlerproduzierende Bedingung. Hier ist eine Risikoanalyse bezüglich der Nebenerkrankungen von hoher Wichtigkeit. Fehler sind daher überwiegend nicht

als Versagen des Einzelnen, sondern als ein strukturelles Problem des gesamten Systems zu verstehen. Die mögliche Anzahl fehlerproduzierender Bedingungen ist abhängig von der Komplexität des Handlungsablaufes. Somit steigt das Fehlerrisiko mit der Anzahl der miteinander agierenden Partner sowie mit der Anzahl der Arbeitsschritte [4].

Fehler in der Chirurgie haben häufig eine ganz besondere Folgeschwere für den Patienten. Dementsprechend war die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie auch die erste Fachgesellschaft, welche im Jahr 2005 die Patientensicherheit zum Leitthema ihres Kongresses gemacht hat. Diverse Maßnahmen wurden in den vergangenen Jahren getroffen, um die Patientensicherheit in den chirurgischen Fächern zu erhöhen. Ein auch in Deutschland bereits mehrfach publiziertes Instrument zur Erhöhung der Patientensicherheit in der Chirurgie stellen präoperative Checklisten dar [5,6].

Zur Erhöhung sowohl der Sicherheit für den einzelnen Patienten als auch zur Ökonomisierung von Behandlungsprozessen wird durch die Verfechter der Evidenz-basierten Medizin die Basierung sämtlichen klinischen Handelns auf der best verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz gefordert [7]. Nach der Definition von D. Sackett bedeutet die Praxis der evidenzbasierten Medizin die *Integration von individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung*. Damit spielt neben den Ergebnissen aus systematischer Forschung auch die individuelle klinische Expertise eine Rolle [8]. Entscheidend bei der Umsetzung klinischer Forschungsergebnisse ist die Bewertung wissenschaftlicher Publikationen hinsichtlich ihrer Qualität und Übertragbarkeit. Dabei hilft eine Unterteilung in unterschiedliche Evidenzlevel, die Qualität von Publikationen zu untersuchen: Die unterste Evidenzstufe bildet dabei eine reine Expertenmeinung. Diese kann zwar im Einzelfall vollkommen richtig sein, allerdings stellt lediglich die Expertise der Einzelperson ein Garant für die Richtigkeit der Aussage dar. Das höchste Level repräsentiert eine Evidenz, die aufgrund von Metaanalysen randomisierter kontrollierter Studien erarbeitet wurde (Level Ia) [9]. Aus mehreren systematischen Reviews geht hervor, dass die Qualität vieler in der Vergangenheit publizierter chirurgischer Studien verbesserungswürdig ist [10].

Fordern wir, die Prinzipien der Evidenz-basierten Medizin in unsere tägliche Arbeit zu implementieren, so muss dieses auch für die etablierten Methoden zur Erhöhung der Patientensicherheit gelten.

2013 stellte die *Agency for Healthcare Research and Quality* ein Update bezüglich der Evidenzbasierung von Maßnahmen zur Patientensicherheit zusammen [11]. Die Autoren identifizierten von über 100 Maßnahmen, welche zur Erhöhung der Patientensicherheit dienen sollten, lediglich 41 Maßnahmen, welche einer Evidenz-basierten Analyse zugänglich waren. Hiervon genügten nur insgesamt 22 Maßnahmen den Maßstäben einer Empfehlung im Sinne der Evidenz-basierten Medizin.

Hinsichtlich der Maßnahmen für die Chirurgie, Anästhesie und perioperative Medizin fanden sich neben der Verwendung von Checklisten die Verwendung von Qualitätssicherungssysteme und Bewertungen von Krankenhäusern [11].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1094141>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1094141>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)