

*P.F. Stahel et al.*

## Patient safety in surgery: What lessons can we learn from the current US stan- dards?

### Summary

The shocking publication from 1999 by the Institute of Medicine on the prevalence of medical errors and iatrogenic patient death rates has led to significantly improved quality assurance and patient safety protocols in the United States in recent years. Unfortunately, up to date, the innovative US models and current standards of care related to patient safety have not been implemented in most European countries, including Germany. The present paper outlines exemplary "key" aspects of quality improvement strategies in the USA, with a focus on patient safety in surgery. The development and implementation of improved quality assurance protocols in Germany should provide the basis for a new culture of patient-centric care and hopefully lead the next generation of surgeons to embrace and establish an intrinsic patient safety culture.

### Key words

Patient safety – Quality assurance protocols – Surgical complications – Time-out – Clinical triggers – Rapid response

## ORIGINAL- UND ÜBERSICHTSARTIKEL

# Patientensicherheit in der Chirurgie: Was können wir von den US-amerikanischen Standards lernen?

*Philip F. Stahel<sup>1</sup>, Johannes K.M. Fakler<sup>2</sup>, Wade R. Smith<sup>1</sup>, Ted J. Clarke<sup>3</sup>, Philip S. Mehler<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>Department of Orthopaedic Surgery, Denver Health Medical Center, University of Colorado School of Medicine, 777 Bannock Street, Denver, CO 80204, USA

<sup>2</sup>Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Campus Benjamin Franklin, Charité Universitätsmedizin Berlin, Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin

<sup>3</sup>Colorado Physician Insurance Company (COPIC), 7351 Lowry Blvd., Denver, CO 80217, USA

<sup>4</sup>Department of Medicine, Denver Health Medical Center, University of Colorado, School of Medicine, 777 Bannock Street, Denver, CO 80204, USA

### Zusammenfassung

Die schockierende Publikation von 1999 durch das "Institute of Medicine" zur Prävalenz medizinischer Fehler und iatrogenen Todesfälle hat in den letzten Jahren zu einer signifikanten Verbesserung der Qualitätsstandards und der Patientensicherheit in den USA beigetragen. Viele der innovativen US-amerikanischen Modelle sind jedoch in deutschen Kliniken bisher nicht etabliert. Im vorliegenden Artikel werden exemplarische Kernpunkte der aktuellen US-amerikanischen Qualitätsstandards erläutert und diskutiert, mit einem Fokus auf Patientensicherheit in der Chirurgie. Diese ausgewählten Themenbereiche sollen die Grundlage bieten zur Entwicklung neuer und modifizierter Qualitätssicherungsprotokolle zur Förderung der Patientensicherheit in Deutschland.

### Sachwörter

Patientensicherheit – Qualitätssicherungsprotokolle – Chirurgische Komplikationen – "Time-out" Konzept – Klinische Trigger – "Rapid response" Algorithmus

### Einleitung

**K**omplikationen durch individuelle chirurgische Fehler und Systemfehler stellen eine essentielle Ursache vermeidbarer Morbidität und Mortalität dar [3,5]. Trotz des hohen öffentlichen Interesses für medizinische Fehler im Allgemeinen, einer neuen Ebene der Transparenz, und

eines aktuellen Trends, vermeidbare Fehler systematisch aufzuarbeiten, stellen chirurgische Komplikationen weiterhin ein Tabuthema in den meisten Ländern und Institutionen dar [16,29]. Ein Patient, der sich einem elektiven chirurgischen Eingriff unterzieht, geht generell mit Recht davon aus, dass es ihm nach der Operation besser gehen soll als

zuvor. Leider werden wir, als Chirurgen, dem edlen Ziel und hohen Anspruch, exzellente klinische Resultate und eine hohe Patientenzufriedenheit zu erzielen, seltener gerecht als wir uns tatsächlich eingestehen [25]. Entsprechend der Prämisse *“Good judgment comes from experience which comes from bad judgment”* basieren viele chirurgische Fehler auf individuellen Lernkurven, die mit vermeidbaren Komplikationen und unnötigen Patientenleiden einhergehen. Im Gegensatz zum Gebiet der Medizin haben andere Hochrisiko-Domänen, wie die Sektoren der professionellen Luftfahrt, der Kernkraftwerks- und U-Boot-Technologie längst erkannt, dass auf Lernkurven basierende Erfahrung wegen der potentiell katastrophalen Konsequenzen strikt vermieden werden muss [33].

Unter dem Aspekt der Patientensicherheit scheint es bedenklich, dass die etablierten US-amerikanischen Modelle zur Prävention, Analyse und Aufarbeitung medizinischer Fehler in Deutschland bisher nicht implementiert worden sind [30]. Im vorliegenden Artikel sollen exemplarisch selektive Kernpunkte der gängigen Qualitätsstandards in den USA dargestellt und diskutiert werden und dadurch die Grundlage geschaffen werden zur Entwicklung neuer und modifizierter Qualitätssicherungsprotokolle in deutschen Kliniken.

## Das chirurgische *“time-out”*

Das amerikanische *“National Quality Forum”* (NQF) hat 2002 erstmals die sogenannten *“Serious Reportable*

*Events in Healthcare”* definiert, die in einem consensus report von 2006 in revidierter und ergänzter Form publiziert wurden ([www.qualityforum.org/publications/reports/sre\\_2006.asp](http://www.qualityforum.org/publications/reports/sre_2006.asp)). Diese umgangssprachlich genannten *“never events”* umfassen 28 Ereignisse im Gesundheitswesen, die *niemals* geschehen sollen und die daher auch *niemals* erfolgreich vor Gericht verteidigt werden. Das NQF hat dabei auch 5 chirurgische *“never events”* definiert (Tabelle 1). Das klassische Beispiel in der Chirurgie ist die Durchführung eines operativen Eingriffs an der falschen Stelle oder am falschen Patienten, kollektiv als *“wrong site surgery”* definiert [21,28]. In den USA herrscht die Einsicht, dass eine schwere und vermeidbare Komplikation, wie die Amputation einer falschen Extremität, nicht ausschließlich auf individuellem Versagen eines einzelnen Chirurgen beruht, sondern vielmehr auf multifaktoriellen Systemfehlern [4,21]. Aus diesem Grund wurde vor zehn Jahren das standardisierte Reglement des chirurgischen *“time-outs”* eingeführt [4,6]. Dieses Konzept impliziert, dass die zu operierende Extremität bereits im OP-Vorraum markiert wird (*“YES”* anstelle von *“X”*, da letzteres missverständlich im Sinne von „nicht diese Extremität“ interpretiert werden kann). Anschließend wird im OP, vor Einleitung der Narkose, eine standardisierte Ruhepause eingelegt, die dem verantwortlichen Chirurgen ein formelles *“readback”* mit Anästhesie und Pflege erlaubt, um Patientenidentität sowie Ort und Art des chirurgischen Eingriffs unmissverständlich zu verifizieren. Das Konzept des

chirurgischen *“time-outs”* gilt in USA inzwischen als eine zwingende Standardempfehlung der *Joint Commission on Accreditation of Healthcare and Organizations* (JCAHO; [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)).

Das *“time-out”*-Konzept per se kann keinen hundertprozentigen Schutz gegen Verwechslungen von Patienten, Operationsgebieten und geplanten Prozeduren bieten. Potentielle Lücken im System umfassen die Reduktion des *“time-outs”* auf ein stereotypes Ritual, sowie die kontinuierliche *“Verwässerung”* der Prozedur durch erweiterte sekundäre Sicherheitsaspekte, wie z.B. Antibiotikum- und Thromboembolieprophylaxe im Rahmen des sogenannten *“expanded surgical time-outs”* [1]. Es besteht hierbei die Gefahr, dass die Abnutzung des *“time-outs”* als zusätzliche Qualitätskontrolle sekundärer Parameter langfristig vom ursprünglichen Zweck ablenkt, den korrekten Eingriff am korrekten Patienten zu gewährleisten. Weiterhin stellen bestimmte Körperregionen eine anatomische *“black box”* zur Markierung der korrekten Stelle dar, und prädisponieren folglich für einen Eingriff am falschen Ort. Dazu zählen Prozeduren am Torso (Wirbelsäule, Becken), kieferchirurgische Eingriffe, neurochirurgische Interventionen, sowie intraabdominale und intrathorakale Eingriffe [17,23]. Als klassische Beispiele gelten die Fusion eines falschen Segmentes der Wirbelsäule oder das Klippen des falschen Gallenweges während einer laparoskopischen Cholezystektomie. Darüber hinaus haben interventionelle radiologische Prozeduren ein ähnliches Risiko für Prozeduren am falschen Ort,

**Tabelle 1.** Chirurgische Komplikationen, die vom National Quality Forum (NQF) als *“Serious reportable surgical events”* definiert wurden ([www.qualityforum.org/publications/reports/sre\\_2006.asp](http://www.qualityforum.org/publications/reports/sre_2006.asp)).

### Chirurgische *“never events”*

1	Eingriff am falschen Ort (falsche Seite, falscher Level, falsche anatomische Struktur)
2	Eingriff am falschen Patienten
3	Falscher Eingriff am korrekten Patienten
4	Unbeabsichtigtes postoperatives Belassen eines Fremdkörpers in einem Patienten
5	Intra- oder unmittelbar postoperativer Tod eines Patienten mit ASA Risikoklasse I

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2766729>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2766729>

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