

## Familien als Partner in der Detektion von Fehlern und Zwischenfällen

66

Khan A, Coffey M, Litterer KP et al.: Families as Partners in Hospital Error and Adverse Event Surveillance

JAMA Pediatrics 2017; doi: 10.1001/jamapediatrics.2016.4812

Verschiedene Methoden werden eingesetzt, um Fehler und unerwünschte Ereignisse in der medizinischen Versorgung zu erfassen. Dazu gehören beispielsweise freiwillige Meldesysteme (CIRS), Trigger-Tools und die Analyse von Krankenakten. All diese Verfahren haben Vor- und Nachteile und sind für unterschiedliche Ziele mehr oder weniger geeignet. In der Regel spielen die betroffenen Patienten oder ihre Angehörigen bei der Erfassung von Zwischenfällen jedoch keine systematische Rolle. Wichtige Informationen über Risiken bleiben so ungenutzt. Khan et al. entwickelten und erprobten in ihrer Studie einen methodischen Ansatz, in dem die Angehörigen hospitalisierter Kinder in die Erfassung von Fehlern und unerwünschten Ereignissen einbezogen werden. Basierend auf früheren Untersuchungen mit erwachsenen Patienten gingen die Autoren davon aus, dass Angehörige Zwischenfälle melden, die in keiner anderen Datenquelle im Spital erfasst werden. Die Studie fand in 4 pädiatrischen Zentren in den USA statt. Es wurden die Angehörigen und die betreuenden Kliniker von 989 hospitalisierten Kindern unter 17 Jahren eingeschlossen. Gemeinsam mit Experten wurde dafür ein spezieller Interview-Leitfaden entwickelt. Darin werden die Angehörigen zum Auftreten von unerwünschten Ereignissen (Verschlechterung des Gesundheitszustandes aufgrund der medizinischen Versorgung) und Fehlern ohne Folgen befragt. Das Interview wurde alle 7 Tage während der Hospitalisation oder vor Austritt mit den Angehörigen geführt. Es dauerte jeweils 3-5 Minuten, wenn keine Ereignisse vorlagen, und 10-15 Minuten, wenn die Angehörigen Zwischenfälle berichteten. Die Berichte der Angehörigen wurden dann durch klinisch-tätige Pflegefachpersonen und Ärzte klassifiziert. Auch die in der Studie eingeschlossenen betreuenden Ärzte erhielten täglich einen 1-Minuten Fragebogen, in dem sie aktuelle Zwischenfälle und Fehler angaben. Im Rahmen einer aktiven Surveillance wurden jeden Tag alle Patientendossiers auf Fehler und unerwünschte Ereignisse analysiert, das freiwillige Meldesystem ausgewertet und mit den Kliniker-Fragebogen und Angehörigen-Interviews zusammengebracht. Jedes potentielle Ereignis wurde durch zwei Ärzte begutachtet, validiert und klassifiziert. Unterschiede in der Bewertung wurden durch Diskussion aufgelöst. Die Autoren berechneten dann die Raten von Fehlern und unerwünschten Ereignissen auf 1'000 Patiententage, sowohl mit als auch ohne die Datenquelle «Angehörige». Von den durch die Angehörigen gemeldeten Ereignissen waren 50 Fehler und unerwünschte Ereignisse im zweistufigen Beurteilungsverfahren durch Ärzte validiert worden. Insgesamt wurden in der Studie 179 Fehler und 113 unerwünschte Ereignisse bestätigt. 11% der Fehler

und 7% der unerwünschten Ereignisse waren nur durch die Angehörigen, durch keine andere Datenquelle erfasst worden. Die Gesamtrate an Fehlern betrug 40/1'000 Patiententage ohne und 46/1'000 Patiententage mit Berücksichtigung der Angehörigen-Berichte. Die Gesamtrate an unerwünschten Ereignissen betrug 26/1'000 Patiententage ohne und 29/1'000 Patiententage mit Berücksichtigung der Angehörigen-Berichte. Interessant ist auch, dass ein erheblich höherer Anteil der validierten Fehler und Zwischenfälle durch die Angehörigen als im Verhältnis zum CIRS gemeldet wurden: Im Vergleich mit den CIRS-Meldungen war die Berichtsrate der Angehörigen bei Fehlern etwa 5mal höher und bei unerwünschten Ereignissen knapp 3mal höher. Die Untersuchung von Khan et al. bestätigt frühere Studien bei erwachsenen Patienten nun auch für den pädiatrischen Bereich. Angehörige können wichtige Auskünfte über Zwischenfälle geben, von denen ein substantieller Anteil sonst nicht erfasst wird – und damit auch nicht für Verbesserungsmaßnahmen genutzt werden kann. Dies ist umso relevanter, wenn es nicht nur die *Häufigkeit* der Ereignisse, sondern auch ihre *Art* betrifft. So könnten «blinde Flecken» existieren, die durch die Berichte von Angehörigen reduziert werden. Die Rate von validierten unerwünschten Ereignissen steigt durch die Berücksichtigung von Angehörigenberichten um 10% gegenüber dem, was üblicherweise als «umfassender Gold-Standard» gilt, nämlich die Analyse von Krankenakten ergänzt um CIRS und Kliniker-Berichte. Natürlich ist mit den Angehörigen-Interviews auch Aufwand verbunden. Für die Zukunft wird es wichtig sein, die verschiedenen Erfassungsmethoden zu kombinieren, z.B. durch alternierende Zyklen, so dass das Optimum an Informationen auch über seltene Ereignisse generiert werden kann. Unklar ist aber noch, ob und welche Folgen das Gespräch über mögliche Fehler und unerwünschte Ereignisse bei den Angehörigen hinterlässt. Es könnte Besorgnis und Verunsicherung auslösen. Das aktive Nachfragen insbesondere eröffnet aber auf jeden Fall die Möglichkeit, Erfahrungen und Eindrücke mitzuteilen. Dies wird vermutlich von Angehörigen eher geschätzt als abgelehnt.

### Prof. Dr. D. Schwappach, MPH

Leiter Forschung und Entwicklung von Patientensicherheit Schweiz und Dozent am Institut für Sozial und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern

Link zum Abstract:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28241211>

Den Volltext können wir aus Copyright-Gründen leider nicht mit versenden.