

empirisch validiert werden, gibt es im deutschen Gesundheitswesen bislang kaum Erfahrungen in diesem Bereich. Im Entwicklungsprozess von Indikatoren gilt die Einbeziehung von Experten zur Bewertung und Konsentierung heute als Standard, und insbesondere dann, wenn die Evidenzlage unsicher oder unzureichend ist. Dabei hat sich u. a. die Delphi-Befragung als geeignetes Verfahren etabliert. Als Teil eines umfangreichen Projekts zu Patientensicherheitsindikatoren ist das Ziel des vorliegenden Forschungsprojekts, ein Set an krankenhausbezogenen Prozess-PSI mit hoher wissenschaftlicher Evidenz zu erhalten, die übertragbar und in Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens praktikabel sind. Dieses Set stellt eine Auswahl von PSI dar, die potentiell für das interne Qualitätsmanagement oder zur externen Qualitätssicherung in Deutschland verwendbar sind.

Methode: Auf der Basis eines systematischen Reviews wurden anhand eines transparenten Filterverfahrens 14 evidenzbasierte PSI selektiert. Die inhaltliche Validierung dieser PSI erfolgte im Rahmen einer zweistufigen, modifizierten Delphi-Befragung unter Verwendung der 20 Gütekriterien des QUALIFY-Instruments.

Dazu wurden acht klinisch tätige Experten rekrutiert. Die Bewertung der PSI in der ersten Runde erfolgte postalisch anhand der Gütekriterien und zweier übergeordneter Stimmzettel, mit denen die Übertragbarkeit und Praktikabilität der PSI im deutschen Gesundheitswesen sowie ihre Eignung für eine Validitätsstudie beurteilt wurden.

Die zweite Runde erfolgte im Rahmen eines Paneltreffens und umfasste die wiederholte, schriftliche und anonyme Bewertung aller PSI. Vorab erfolgten ein Feedback zur ersten Runde und eine offene Ergebnisdiskussion zum Informationsaustausch zwischen den Experten. Ausschlaggebend für den Ein- bzw. Ausschluss von PSI war das Bewertungsergebnis der Stimmzettel in der 2. Runde. Eingeschlossen wurden PSI, wenn über die Hälfte der Teilnehmer beiden Fragestellungen zustimmten.

Resultat: An der ersten Runde beteiligten sich fünf der acht Experten. Anhand der QUALIFY-Gütekriterien stellten sich als gemeinsame Stärken aller PSI ihre hohe Relevanz und ihr Nutzen, die Indikatorevidenz, die Klarheit der Definitionen, die allgemeine Verständlichkeit sowie die Beeinflussbarkeit der Indikatorexprägung heraus. Bei den Gütekriterien Reliabilität, statistische Unterscheidungsfähigkeit und Sensitivität gab es mehrere Enthaltungen. Im Rahmen der Stimmzettelbewertung bestand über 12 PSI ein Konsens in Form einer Zustimmung zur Praktikabilität im deutschen Gesundheitswesen, vier wurden darüber hinaus einstimmig als geeignet für eine Validitätsstudie beurteilt.

An der zweiten Runde und damit am Paneltreffen nahmen sieben der acht Experten teil. Als Resultat wurden elf der 14 PSI als praktikabel im deutschen Gesundheitswesen und auch als geeignet für eine empirische Validitätsstudie bewertet und somit in das Set eingeschlossen.

Die resultierenden PSI beziehen sich überwiegend auf multimorbide, ältere Patienten und umfassen die chirurgische und konservative Fächer. Sie thematisieren Prozesse für Krankheitsbilder mit dringendem Handlungsbedarf in Deutschland, darunter Diabetes mellitus, chronische Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, ambulant erworbene und nosokomiale Pneumonien, Traumata und weitere Diagnosen aus den Fachbereichen Kardiologie, Nephrologie und Infektiologie.

Schlussfolgerungen: Erstmals steht in Deutschland ein systematisch bewertetes und konsentiertes Set aus elf evidenzbasierten, krankenhausbezogenen Prozess-PSI zur

Verfügung, die von Experten als übertragbar und praktikabel im deutschen Gesundheitswesen sowie als geeignet für eine Validitätsstudie beurteilt wurden. Es ist potentiell für einen Einsatz im internen Qualitätsmanagement oder für die externe Qualitätssicherung geeignet.

Die Modifizierung des Delphi-Verfahrens um die offene Diskussion erwies sich als erfolgreich und nützlich. Auf diese Weise konnten viele praktische Hinweise und Informationen zur Dokumentation und Datenqualität der benötigten Parameter gewonnen werden.

In einem nächsten Schritt bedarf es einer empirischen Validierung der PSI um herauszustellen, ob sie in Deutschland sensitiv und valide messen und, ob die zu vermeidenden UE durch den Einsatz der PSI tatsächlich verringert werden können.

44

P

J-M Januel*, H Guillaïn, P Halfon, B Burnand, J-P Vader

*Unité d'évaluation des soins, Institut Universitaire de Médecine Sociale et préventive (IUMSP), Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Université de Lausanne (Unil), Lausanne (CH)

Monitoring patient safety during generalized introduction of DRGs for hospital reimbursement in Switzerland

Background: Diagnosis Related Groups (DRGs) will be universally introduced as a prospective reimbursement system in Swiss in-patient hospital care in 2012, raising controversy and concerns about possible compromise of patient safety. Monitoring the positive and/or negative effects of the generalization of DRG-based hospital reimbursement is essential. Patient Safety Indicators (PSI) may serve to monitor avoidable healthcare adverse event using routine data from national hospital statistics

Objectives: This project aims to validate and refine existing PSIs based on ICD-10 codes in Switzerland and to evaluate trends in PSIs for Swiss hospitals for the years 2008 – 2013.

Methods: Based on a literature review and our on-going international collaborations on the development of Patient Safety indicators (PSIs), we selected potentially relevant PSIs. We evaluated the content and construct validity of existing PSIs from the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) and proposed refined PSI algorithms. In a second phase, we will calculate rates for the selected original and refined PSIs using nationwide discharge data (Swiss Federal Office of Statistics) and hospital data (CHUV) for the years 2008 to 2013. We will assess criterion validity of these PSIs by performing comparisons with medical charts; convergent validity will be assessed via comparisons to other reference standards (e.g., nosocomial infection surveillance data); predictive and discriminant validity will be examined by exploring appropriate statistical models. The final phase of this project will examine trends in PSIs for Swiss hospitals for the years 2008 – 2013 and assess the potential positive/negative impact of the nationwide implementation of DRGs.

Results (expected): 7 PSIs were selected for this study: decubitus ulcer (PSI #3), bloodstream infection-related to vascular catheter (PSI #7), postoperative physiological and metabolism disorders (PSI #10), postoperative pulmonary embolism and deep vein thrombosis (PSI #12), postopera-

tive sepsis (PSI #13), obstetrical trauma, with (PSI #18) and without instrument (PSI #19). We developed ICD-10 code algorithms for each PSI, according to original AHRQ PSIs and for refined PSIs based on our literature review and ICD-10 code specificities in Switzerland. We will then examine the feasibility of calculating PSIs using Swiss ICD-10 data and compare results with studies conducted in OECD countries.

Conclusions: We hypothesize that PSIs may be used as indicators of healthcare safety if some preconditions are achieved, e.g., sufficient validity, minimal frequency; accounting for patients and providers related effects, including difference of coding quality between providers; or denominator adjustments for actual "patient's exposure" to healthcare procedures or devices.

45 **P**
FG Giuliani*, MA Van Vegten, C Amman, M Tanner
*Stab Qualitätsmanagement und Patientensicherheit,
UniversitätsSpital Zürich, Zürich (CH)

Jenseits des Strategieentscheids zur Einführung einer Checkliste „Sichere Chirurgie“ – Was die Spital-Organisation an Kulturarbeit zur Wirksamkeit einer solchen Checkliste schaffen muss

Frage: Angenommen, in einem OP-Saal eines Spitals wird jeden Tag das Team-Time-Out gemäss Checkliste „Sichere Chirurgie“ durchgeführt. 364-mal antwortet der Operateur auf die Checklistenfrage «Gerät X vorhanden und funktionstüchtig» mit «vorhanden und funktionstüchtig». Am 365. Tag quittiert ein neuer Operateur an seinem ersten Einsatztag die Checkfrage mit «vorhanden und eingeschaltet, aber ob's richtig funktioniert, das weiss ich nicht». Wie gehen Sie damit um, was tun Sie? Intervenieren Sie als Mitglied des OP-Teams über die Hierarchiegrenzen hinweg? Unterbrechen Sie als Anästhesistin den Ablauf und lassen das Gerät testen? Fahren Sie als Operateur fort und vertrauen darauf, dass das Gerät funktionstüchtig ist? Haben Sie die Checklistenfrage verstanden im Sinne eines «Challenge – Response» oder einer «Do-List»?

Feststellung: Spätestens an diesem Punkt erweist sich der strategische Entscheid zur Einführung einer Checkliste im Rahmen der sicheren Chirurgie als weitaus eingreifender als es der Beschluss auf den ersten Blick vielleicht erahnen lässt. Die Strategie wirkt sich aus auf Prozesse, Strukturen und insbesondere die Spitalkultur. Sie erfordert einen intensiven Dialog zwischen und die Partizipation aller Beteiligten. Denn Checklisten bergen trotz nüchterner, formaler Sprache das Risiko, ihren zugewiesenen Zweck zur Erhöhung der Sicherheit zu verfehlen. Eine falsch verstandene Checkliste kann ebenso sicherheitsgefährdend sein, wie deren Unterlassung. Um diesem Risiko des Scheiterns entgegenzuwirken, müssen die Grundlagen und Argumente hinter der Checkliste benannt und gleich verstanden werden. Gegebenenfalls sind bisherige Handlungsmuster auf den Prüfstein zu bringen. Die Checkliste an sich erhöht noch nicht die Sicherheit, erst die Auseinandersetzung mit der Checkliste und deren Hintergründen bringt die Chance, eine nachhaltige Veränderung zu Gunsten eines zuverlässigeren Umgangs mit sicherheitsrelevantem Verhalten zu erreichen.

These: Die Einführung einer Checkliste „Sichere Chirurgie“ entfaltet erst dann nachhaltige Wirksamkeit im umfas-

senden Sinne der Patientensicherheit, wenn sie gleichsam als Katalysator für die Beantwortung zentraler Fragen zugelassen wird.

Argumentation: Die Einführung einer Checkliste „Sichere Chirurgie“ kann und muss das Hinterfragen von Wahrnehmungen, Prozessen und Entscheidungen provozieren, um ein gemeinsames Verständnis zu schaffen. Beispielsweise wenn festgehalten wird, dass vor Hautschnitt das gesamte OP-Team zu einem Team-Time-Out zusammen kommen muss. Wieweit versteht sich ggf. der einzelne Operateur als Teil des OP-Teams, das im Verlaufe einer Schicht in konstanter Besetzung mit wechselnden Operateuren arbeitet? Nimmt die OP-Pflege aktiv am Team-Time-Out teil, oder findet das Team-Time-Out zwischen Chirurgin und Anästhesist statt? Die individuelle Auslegung des Begriffs «gesamtes OP-Team» spiegelt gleichsam die vielfältigen (Berufs-)Rollenverständnisse, OP-Subkulturen, informellen Gepflogenheiten und Kommunikationsmuster in einem Spital mit zahlreichen Kliniken, mehreren OP-Trakten und einem heterogenen, multikulturellen medizinischen Personalstamm. Angesichts dieser Vielfalt wäre es verfehlt, eine einzige, übergreifend gültige Definition von «gesamtes OP-Team» vorzugeben. Ebenso naiv wäre es, ohne Reflektion von einem gemeinsamen Verständnis auszugehen. In der simplen Bezeichnung «gesamtes OP-Team» offenbart sich somit ein Kernelement der vorherrschenden Kultur und Beziehungsgestaltung. Ein Team-Time-Out kann erst relevant und bedeutsam im Sinne der Patientensicherheit werden, wenn Erwartungen, Annahmen, Absichten, Interpretationen und Beziehungsgestaltung der involvierten Berufsgruppen in einem fortwährenden Prozess abgeglichen werden.

Empfehlung: Die Erstellung einer Checkliste sollte nicht nur als formale Angelegenheit mit Weisungscharakter behandelt werden. Das Kernstück einer Checkliste liegt in der Auseinandersetzung und Klärung der vielfältigen zwischenmenschlichen, organisatorisch-strukturellen sowie prozeduralen Faktoren. Sie gibt Anstoss zur Schaffung eines gemeinsamen Verständnisses. Dies kann in Rapporten mit einer Frage- und Konsultationskultur, in Kadertreffen, Briefings und Debriefings sowie gezielten Weiterbildungen geleistet werden. Insbesondere aber lebt dieser Prozess in der täglichen Führungsarbeit, im Vorbild jedes Einzelnen und in der partizipativen Ausarbeitung der Checklisten.

Zusammenfassung: An unserem Projekt zur Einführung einer Checkliste „Sichere Chirurgie“ zeigen wir auf, dass solche formalen Checklisten ihre nachhaltig sicherheitsfördernde Wirksamkeit erst dann vollends entfalten können, wenn der strategische Beschluss relevantes (Hinter-)Fragen provoziert und zulässt, ggf. begleitet von notwendigen Prozess- und Struktur- und Strategieanpassungen.

46 **R-B8**
F El Hakmaoui*, J Milhes, V Ilic, D Bouchard, JO Prior
*Département de Médecine Nucléaire, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne (CH)

Evaluation of a new strategy to improve the patient management in nuclear medicine triggered by a scheduling error

Aim: To evaluate the effectiveness of a new strategy to assess patient's clinical potential to improve patient management and reduce potential errors. This change was initiated in response to a systemic analysis of a scheduling



Internationaler Kongress 2011 Congrès international 2011

Abstracts

Patientensicherheit – avanti!

Fortschritte! ... im 2. Jahrzehnt des 3. Jahrtausends

29./30. November 2011

Congress Center Basel

Sécurité des patients – avanti!

Au début du 3^e millénaire: quels progrès, quelles perspectives?

29/30 novembre 2011

Congress Center Basel

STIFTUNG FÜR PATIENTENSICHERHEIT
FONDATION POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS
FONDAZIONE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI
PATIENT SAFETY FOUNDATION

www.patientensicherheit.ch