

Der Einfluss einer standardisierten Patientenübergabe an postoperativen Schnittstellen auf die Patientensicherheit

Anita Heidi Fanger, BScN, BB19, Bachelor-Thesis 2021

Einleitung

Sentinel Events sind Ereignisse im Gesundheitswesen, welche die Patienten schädigen oder gar zu deren Tod führen¹. Ungefähr 80% der Sentinel Events beruhen auf Kommunikationsfehlern und die Hälfte davon ereignen sich bei Patientenübergaben². Das postoperative Setting mit den Schnittstellen Anästhesie- zu Aufwachraum- und zu Intensivstationpersonal ist besonders betroffen, da die Patienten besonders vulnerabel sind und die Umgebung hektisch^{2,3}.

Fragestellung und Ziele

Welchen Einfluss hat eine standardisierte Patientenübergabe an den postoperativen Schnittstellen auf die Patientensicherheit?

Ausgehend von der Hypothese, dass Standards die Patientensicherheit möglicherweise erhöhen, wurden folgende Zielsetzungen abgeleitet:
„Diese Arbeit soll den Einfluss einer standardisierten Übergabe auf die Patientensicherheit ermitteln. Zudem soll eine Praxisempfehlung für ein geeignetes Übergabetool an postoperativen Schnittstellen abgegeben werden.“

Methode

Als Methode für diese Arbeit wurde eine systematische Literaturrecherche zwischen Mai und Juni 2021 durchgeführt. Die Suche erfolgte in den Datenbanken: Medline via Pubmed, Cinahl Plus, Embase, Cochrane Library, ScienceDirect
Folgende Schlüsselbegriffe wurde gesucht: patient handoff, clinical handover, postanesthesia nursing, PACU, critical care, critical care nursing, patient safety

Ergebnisse



Abbildung 1: Postinterventionelle Patientenübergabe – eine besonders gefährliche Situation für Patienten.

Aus 184 Studien wurden 9 Studien für die weitere Bearbeitung ausgewählt. Die Resultate sind nach den fünf genannten Kriterien gegliedert.

► Unterbrechungen:

- Die Anzahl Unterbrechungen nahm nach der Standardisierung ab.⁴
- Es zeigte sich, dass Unterbrechungen (Telefonanrufe, Umgang mit dem Patienten, usw.) keine Auswirkungen auf die Vollständigkeit der Informationsübermittlung hatte ($p > 0,05$).⁴
- Es wurden keine Unterschiede in der Anzahl von Unterbrechungen festgestellt ($p = 0,143$).⁵

► Übergabedauer:

- Optimal scheint eine Übergabe zwischen zwei bis drei Minuten zu sein.⁴

► Informationsauslassungen:

- Eine Standardisierung der Übergaben hat einen positiven Effekt auf die Anzahl von ausgelassenen Informationen.⁶
- Die Anzahl der Informationsauslassungen pro Übergabe konnte um 21,3% reduziert werden ($p = 0,023$).⁶
- Nach der Übergabe waren weniger Rückfragen nötig ($p = <0,001$).⁶

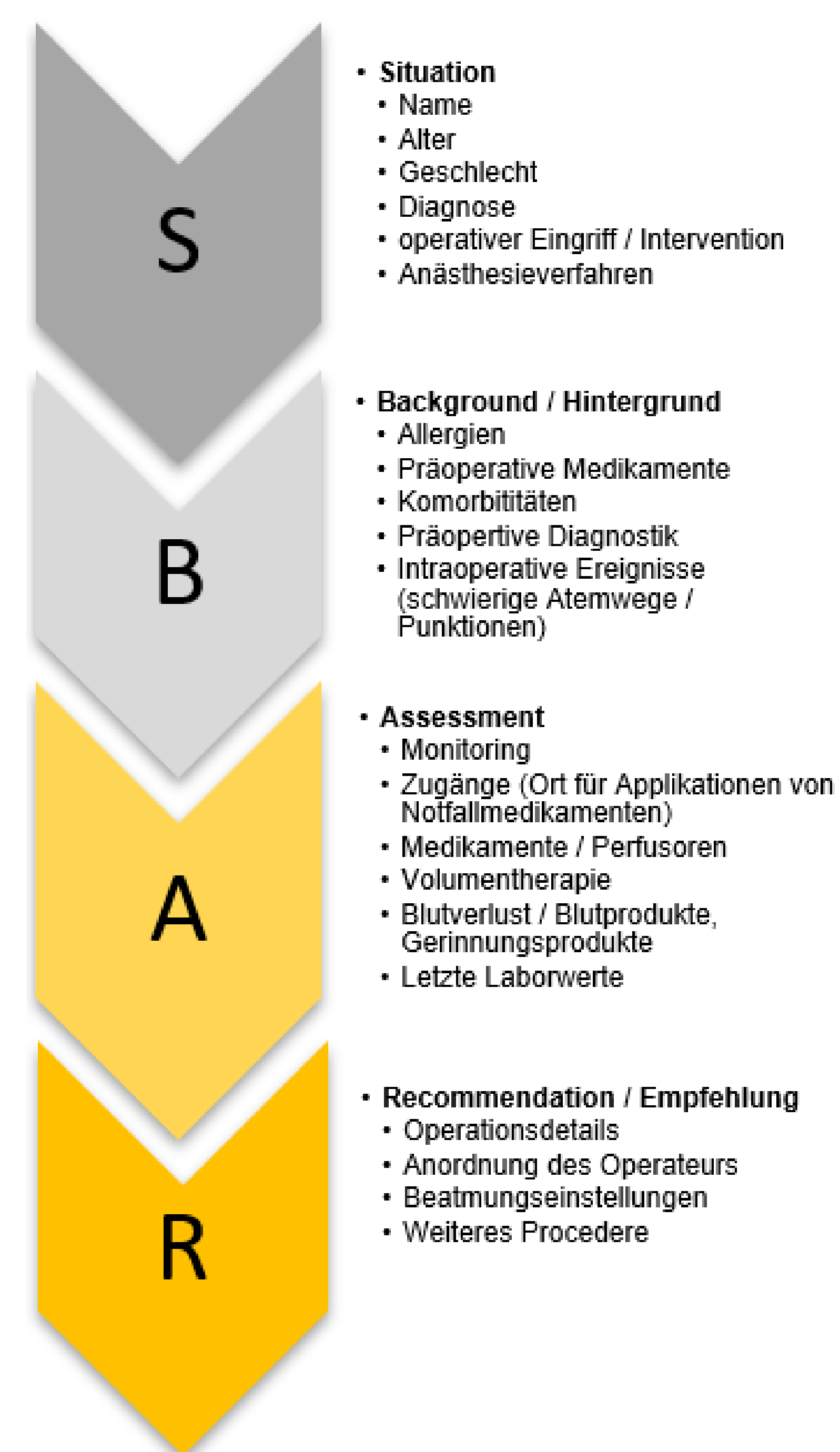
► Unerwünschte Ereignisse:

- Durch die Standardisierung der Übergabe konnte aufgezeigt werden, dass Komplikationen abnahmen ($p = 0,002$).⁷

► Übergabequalität:

- Die Genauigkeit der mündlichen Übergabe und das Erinnern an übertragene Informationen verbesserten sich, wenn sie mit kontextuell entwickelten Checklisten kombiniert wurden.⁸
- Die Anzahl übermittelter Informationen verbesserte sich durch die Anwendung von Checklisten ebenfalls ($p = 0,031$).⁹
- Visuelle Checklisten helfen zudem bei der Bereitstellung von Informationen ($p = 0,0001$).⁹

Abbildung 2: Eigene adaptierte Darstellung des SBAR-Schemas⁸



Diskussion

In der verwendeten Literatur ist durchgängig belegt, dass die Standardisierung der Übergabe einen positiven Effekt auf die Patientensicherheit hat. Kritisch zu hinterfragen ist jedoch, ob eine Standardisierung auch Gefahren mit sich bringen kann. Die Übergabedauer wird kontrovers diskutiert, da es zu einer Zunahme der Übergabezeit kam, jedoch verringerte sich die Wartezeit für das Behandlungsteam

Schlussfolgerung

Es konnte aufgezeigt werden, dass eine standardisierte und somit strukturierte Übergabe die Patientensicherheit positiv beeinflussen kann. Es gibt diverse Möglichkeiten, diese Strukturierung zu erreichen. Von der WHO wird das SBAR-Schema empfohlen¹⁰.

Empfehlung für die Praxis

Das SBAR-Schema gilt als Goldstandard in der Kommunikation und wird von der WHO empfohlen¹⁰. Gerade für das Setting mit kritisch kranken Patienten ist das SBAR-Schema für die Erhöhung der Patientensicherheit wissenschaftlich belegt^{2,3,10}.

Quellenverzeichnis: ¹The Joint Commission. Sentinel event data: root causes by event type 2004–2014. ²Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ open*, 8(8), e022202. ³Merkel, M., von Dossow, V., Zwibler, B., & Merkel, M. J. (2017). Strukturierte Patientenübergabe in der perioperativen Medizin: Rationale und Umsetzung in der klinischen Praxis. *Anaesthesist*, 66(6), 396-403. ⁴Dusse, F., Pütz, J., Böhmer, A., Schieren, M., Joppich, R., & Wappler, F. (2021). Completeness of the operating room to intensive care unit handover: a matter of time? *BMC Anesthesiology*, 21(1), 1-8. ⁵López-Parra, M., Porcar-Andreu, L., Arizu-Puigvert, M., & Pujol-Caballé, G. (2020). Cohort Study on the Implementation of a Surgical Checklist from the Operating Room to the Postanesthesia Care Unit. *J PeriAnesth Nurs*, 35(2), 155-159. ⁶Abraham, J., Meng, A., Tripathy, S., Avidan, M. S., & Kannampallil, T. (2021). Systematic review and meta-analysis of interventions for operating room to intensive care unit handoffs. *BMJ Quality & Safety*, 30(6), 513-524. ⁷Chatterjee, S., Shake, J. G., Arora, R. C., Engelman, D. T., Firsirotu, M. S., Geller, C. M., Hirose, H., Lonchyna, V. A., Lytle, F. T., Milewski, R. K. C., Moosdorf, R. G. H., Rabin, J., Sanjanwala, R., Galati, M., & Whitman, G. J. (2019). Handoffs From the Operating Room to the Intensive Care Unit After Cardiothoracic Surgery: From The Society of Thoracic Surgeons Workforce on Critical Care. *Ann Thorac Surg*, 107(2), 619-630. ⁸Gardiner, T. M., Marshall, A. P., & Gillespie, B. M. (2015). Clinical handover of the critically ill postoperative patient: an integrative review. *Aust Crit Care*, 28(4), 226-234. ⁹Keller, N., Bosse, G., Memmert, B., Treskatsch, S., & Spies, C. (2020). Improving quality of care in less than 1 min: a prospective intervention study on postoperative handovers to the ICU/PACU. *BMJ open quality*, 9(2), e000568. ¹⁰WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. (2007). Communication During Patient Hand-Over: Patient Safety Solutions, Volume 1, Solution 3, May 2007. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(7), 439-442.

Abbildung 1: Bildatbank Luzerner Kantonsspital (AURA)