

Paper of the Month #11 - patientensicherheitschweiz

Casalino LP, Dunham D, Chin MH et al.:

Frequency of failure to inform patients of clinically significant outpatient test results

Archives of Internal Medicine 2009; 169: 1123-1129

*Thema: Management von eingehenden Untersuchungsergebnissen in der ambulanten Versorgung*

In der ambulanten Versorgung treten regelmässig Situationen ein, in denen wichtige Untersuchungsergebnisse erst vorliegen, nachdem Patienten nicht mehr direkt vor Ort sind. Solche Befunde müssen dokumentiert und dem Patienten kommuniziert werden, um eine reibungslose Behandlung zu gewährleisten und Gefahren für die Patientensicherheit zu minimieren. Casalino et al. untersuchten in ihrer Studie, wie häufig Patienten nicht über klinisch relevante auffällige Befunde (11 definierte Labor- und 3 Screening-Untersuchungen) informiert werden, ob standardisierte Prozesse die Häufigkeit der fehlenden Patienteninformation senken, und ob die elektronische Patientenakte Vorteile bietet. Die Wissenschaftler untersuchten die Krankenakten von 5,434 zufällig ausgewählten Patienten zwischen 50-69 Jahren aus 23 Praxen. Es wurde festgestellt, ob in der Akte ein klinisch relevanter Untersuchungsbefund vorlag, und ob dokumentiert war, dass dieses Ergebnis dem Patienten mitgeteilt worden war. Um den Unterschied zwischen tatsächlich fehlender "Patienten-Informationen" und fehlender "Dokumentation" dieser Information aufzuspüren, wurde jede fehlende "Dokumentation" einer Information des Patienten durch die Praxen verifiziert (Patient nicht informiert vs. Patient informiert aber Vorgang nicht dokumentiert). Zudem wurden die Prozesse erhoben, die für den Umgang mit eingehenden Untersuchungsergebnissen in den Praxen vorgesehen waren. Sie verglichen diese Prozesse mit einem theoretischen, evidenzbasierten "optimalen Prozess" bestehend aus 5 Aspekten (z.B. "jedes Untersuchungsergebnis wird dem Arzt vorgelegt"). Aus dem Vergleich wurde ein "Prozess-Score" berechnet, der ausdrückt, in wie weit das Management von eingehenden Untersuchungsergebnissen einer Praxis dem optimalen Prozess entspricht. Insgesamt wurden von 1,889 klinisch relevanten auffälligen Untersuchungsbefunden 117 dem Patienten tatsächlich nicht kommuniziert (6.0%) und in 18 Fällen eine stattgefunden Information nicht dokumentiert (1.0%). Die Häufigkeit der Nicht-Information von Patienten variierte zwischen den Praxen mit 0% bis 26% aller auffälligen Befunde. Im Vergleich zu einer papierbasierten Patientendokumentation oder einer *vollständigen* elektronischen Patientenakte verdoppelte eine nur *teilweise* elektronische Patientenakte (einige, aber nicht alle Dokumente in elektronischer Form) das Risiko für das Ausbleiben der Information von Patienten erheblich (Odds ratio 1.92 bzw. 2.37). Der Prozess-Score, also in wie weit das tatsächliche Management von Untersuchungsbefunden einem optimalen Prozess entspricht, war ein signifikanter Prädiktor für das Ausbleiben der Information von Patienten. Mit jedem zusätzlichen Aspekt des definierten optimalen Prozesses sank die Wahrscheinlichkeit für eine ausgelassene Patienten-Information (Odds ratio 0.68). Die Studie zeigt deutlich, dass die fehlende Rückmeldung von klinisch relevanten Befunden an Patienten häufig ist. Eine fehlende Rückmeldung an Patienten stellt immer eine potentielle Gefahr dar, da sie die weitere Behandlung behindert. Die Studie zeigt klar auf, welche Prozesse im Management von eingehenden Untersuchungsergebnissen diese Gefahren erheblich reduzieren können. Vorsicht ist geboten beim parallelen oder fragmentartigen Führen von schriftlichen und elektronischen Patientendossiers. Schlussendlich erhöht sich durch die häufig vertretene Regel, dass "keine Nachrichten gute Nachrichten sind" sogar das Gefahrenpotential. Werden Patienten nämlich angewiesen, eine ausbleibende Rückmeldung über eine Untersuchung als positives Ergebnis zu interpretieren, fällt eine letzte Möglichkeit weg, festzustellen, dass ein wichtiger Befund versehentlich nicht kommuniziert wurde. Patienten sollten über alle Untersuchungsergebnisse (ob auffällig oder unauffällig) informiert werden. Zudem müssen Patienten angehalten werden, sich nach Verstreichen eines verabredeten Zeitfensters pro-aktiv in der Praxis zu melden.

PD Dr. D. Schwappach, MPH, Wissenschaftlicher Leiter der Stiftung für Patientensicherheit

Link zum Abstract: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19546413>

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