

«progress! COM-Check – Sichere Chirurgie»

Phase I: Erhebung

Synthesebericht Juni 2019

Anita Imhof, MSc
 Andrea Niederhauser, Lic. ès lettres, MPH
 Lynn Häsler, MSc

Inhalt

1	Einleitung	2
2	Ziel und Inhalte der Erhebung	2
3	Methode	2
4	Ergebnisse	3
4.1	Beschreibung der Stichprobe	3
4.2	Aktueller Stand der Anwendung der chirurgischen Checkliste	3
4.2.1	Art der verwendeten chirurgischen Checkliste	3
4.2.2	Form der Checkliste	4
4.2.3	Positive Erfahrungen mit der Checkliste	4
4.2.4	Verbesserungsbedarf rund um die Checkliste	5
4.2.5	Verwendung der chirurgischen Checkliste in ambulant-chirurgischen Praxen	5
4.3	Subjektive Einschätzung der aktuellen Compliance	5
4.4	Aktueller Stand der Erhebung der Compliance mit der chirurgischen Checkliste	6
4.4.1	Methode der Compliance-Messung	7
4.4.2	Erfolgsfaktoren und hinderliche Faktoren beim Beobachten	7
4.4.3	Feedback und Rückmeldung zur Auswertung	7
4.4.4	Qualitätskontrolle in ambulant-chirurgischen Praxen	8
4.5	Massnahmen für die Nachhaltigkeit der Checklistenanwendung	8
4.5.1	Führung	8
4.5.2	Schulung	8
4.5.3	Strukturen	9
4.5.4	Compliance-Messungen	9
4.5.5	Engagement Einzelner	9
5	Fazit	10

1 Einleitung

Drei Jahre nach Abschluss des ersten nationalen Pilotprogramms «progress! Sichere Chirurgie» lanciert die Stiftung Patientensicherheit Schweiz aktuell das fünfte Programm «progress! COM-Check – Sichere Chirurgie». COM-Check steht für die Compliance mit der chirurgischen Checkliste. Diese soll regelmässig gemessen und durch Beobachtung mit unmittelbarem Feedback ans OP-Team laufend verbessert, respektive auf hohem Niveau gehalten werden.

Zu Beginn des neuen Pilotprogrammes wurden 16 semistrukturierte Interviews mit Fachpersonen aus dem OP-Bereich durchgeführt, um den aktuellen Stand der Checklistenanwendung und der Compliance-Messung in Schweizer Gesundheitsinstitutionen zu erheben.

Die Umfrage erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität.

2 Ziel und Inhalte der Erhebung

Das Ziel der Erhebungsphase war es, einen möglichst breiten Einblick zu erhalten,

- wie die chirurgische Checkliste mit ihren drei Teilen Sign In, Team Time Out, Sign Out aktuell in Schweizer Gesundheitsinstitutionen (Spitälern und ambulant-chirurgischen Praxen) angewendet wird, und zwar sowohl bei stationären als auch ambulanten Eingriffen sowie in unterschiedlichen Disziplinen.
- wie die Compliance mit der chirurgischen Checkliste aktuell gemessen wird und welche Erfahrungen die Gesundheitsinstitutionen damit gemacht haben.
- was erfolgsversprechende und hinderliche Faktoren beim Monitoring der Compliance sind.
- mit welchen Konzepten und Instrumenten positive Erfahrungen gemacht wurden.

3 Methode

Es wurden 16 semistrukturierte Interviews mit Fachpersonen aus den verschiedenen am Checklistenprozess beteiligten Professionen aus Chirurgie, Anästhesiologie sowie OP- und Anästhesiepflege durchgeführt. Der Interviewleitfaden wurde anhand der Ziele entwickelt. Zu jedem Thema, wie z. B. Stand der Checklistenanwendung oder Stand der Compliance-Messung, wurde zuerst eine offene Frage gestellt und dann spezifisch nachgefragt. Die Interviewfragen werden in der nachfolgenden Ergebnisdarstellung beschrieben. Die Interviewpartner setzten sich aus ehemaligen Projektleitungen der Pilotspitäler von «progress! Sichere Chirurgie» sowie weiteren Fachpersonen aus zufällig ausgewählten Institutionen, darunter auch ambulant-chirurgischen Praxen, zusammen.

Als Basis für die Zufallsauswahl wurde eine vollständige Liste aller Spitalstandorte mit Operationsaal gemäss Bundesamt für Gesundheit (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/spital-suchen>) erstellt. Der Auswahl von ambulant-chirurgischen Praxen konnte mangels verfügbarer Daten keine vollständige Liste zugrunde gelegt werden. Mittels punktueller Suche in der Spartendatenbank der Medizintarif-Kommission wurde eine unvollständige Liste der Praxen mit „Praxis-OP“- und „OP I“ –Bewilligung erstellt (<https://www.mtk-ctm.ch/de/tarife/tarmed/spartensuche/>). Die Zufallsstichprobe wurde mit Excel gezogen und dabei auf eine möglichst grosse Heterogenität bezüglich Betriebstyp und Sprachregion geachtet. Die Interviews wurden telefonisch durchgeführt.

4 Ergebnisse

4.1 Beschreibung der Stichprobe

In der Zeit von Januar bis März 2019 konnten 16 Telefoninterviews durchgeführt werden, und zwar mit Fachpersonen aus neun ehemaligen Pilotspitälern «progress! Sichere Chirurgie», fünf aus weiteren Spitälern unterschiedlicher Betriebstypen und zwei aus ambulant-chirurgischen Praxen. Die Gespräche dauerten zwischen 10 und 65 Minuten. Tabelle 1 zeigt die Verteilung der befragten Personen bezüglich ihrer Berufsgruppe sowie dem Betriebstyp und der Sprachregion ihrer Institution.

Tabelle 1: Übersicht der interviewten Personen nach definierten Kriterien

Betriebstyp	TOTAL	Pilotspital Sichere Chirurgie		Sprachregion der Institution			Berufsgruppe der interviewten Personen					
		Ja	Nein	Deutsch	Französisch	Italienisch	Chirurgie	Anästhesie	Pflege	OP-Management	RM/QM	
N1, Universitätsspital	2	2		2				1				1
N2, Zentrumsversorgung	7	4	3	4	2	1	3	1			2	1
N3 – N5, Grundversorgung	2	2		1	1							2
Spezialklinik Chirurgie	1		1			1		1				
Spezialklinik Pädiatrie	2	1	1	1	1			2				
Ambulant-chirurgische Praxen	2		2	2			1		1			
Total durchgeführte Interviews	16	9	7	10	4	2	4	5	1	2		4

In einem ehemaligen Pilotspital hat das gesamte damalige Projektteam die Institution verlassen. Für das Interview konnte kein Ersatz gefunden werden.

Die Rekrutierung von Interviewpersonen aus dem ambulant-chirurgischen Bereich gestaltete sich besonders schwierig. Die Anfragen per Telefon und E-Mail blieben unbeantwortet oder es bestand kein Interesse an einer Teilnahme. Die beiden durchgeführten Interviews waren nur möglich, weil sie auf 10 Minuten beschränkt wurden.

4.2 Aktueller Stand der Anwendung der chirurgischen Checkliste

Mit der offenen Frage „Wo steht Ihr Spital heute – (drei Jahre nach Abschluss von «progress! Sichere Chirurgie») - in der Anwendung der chirurgischen Checkliste?“ wurde das Gespräch eröffnet. Die Nachfragen betrafen die Art der verwendeten Checkliste, die Anwendung der verschiedenen Checklistenteile (Sign In, Team Time Out, Sign Out) in unterschiedlichen Disziplinen sowie bei ambulanten und stationären Eingriffen.

4.2.1 Art der verwendeten chirurgischen Checkliste

Die chirurgische Checkliste wird in allen 14 befragten Schweizer Spitälern angewendet. Dabei handelt es sich mehrheitlich um eine auf betriebliche Bedürfnisse adaptierte Version der WHO-Checkliste und der Checkliste Sichere Chirurgie, in einem Fall um das Universal Protokoll und einmal um die Checkliste von AssekuRisk. Die vorgenommenen Anpassungen betreffen beispielsweise das Zufügen eines präoperativen Checklistenteils auf der Bettenstation oder das Aufteilen des Sign In's oder des Sign Out's in zwei Teile. Ein Spital weitete die Checkliste auf sieben Teile zu sieben Zeitpunkten im perioperativen Prozess aus. Weitere Anpassungen betreffen das Zufügen von Items, das Zusammenfassen zweier Items zu einem (z. B. Röntgenbilder und Implantate), die Umbenennung oder das Weglassen eines Items. Am häufigsten wird die Teamvorstellung weggelassen.

Die meisten Spitäler verfügen über eine bis maximal vier verschiedene Versionen von chirurgischen Checklisten, wobei sich v.a. die Checklisten der Kliniken Chirurgie (generell), Neurochirurgie, Augenklinik, Geburtshilfe / Gynäkologie sowie eine reduzierte Checkliste für Lokalanästhesie oder Endoskopie unterscheiden. Mit deutlich mehr verschiedenen Checklisten wird nur in einem Spital gearbeitet, weil sie dort Prozeduren spezifisch konzipiert sind. Zwei Spitäler wenden die Checkliste auch im interventionellen Bereich an und in einem Kinderspital überlegt man sich, die Checkliste auf den diagnostischen Bereich auszuweiten, zumindest bei den von der Anästhesie begleiteten Untersuchungen. Spezifisch für das Kinderspital ist auch, dass das Sign In an der Schleuse gemeinsam mit den Eltern durchgeführt wird.

4.2.2 Form der Checkliste

In den Spitälern existieren unterschiedliche Formen von Checklisten. Das kann ein laminiertes Blatt für die mündliche Bearbeitung sein, ein Formular, das analog der Einverständniserklärung abgehakt, signiert und in den Patientenunterlagen abgelegt wird, oder ein Formular, das mit Informationen zur Diagnose und zur postoperativen Behandlung ergänzt wird und als Teil der Dokumentation dient. Einige Spitäler verfügen über eine elektronische Version der Checkliste, die am Monitor bearbeitet und pro Checklistenpunkt oder im Gesamten abgehakt wird.

Ein Spital hat die Digitalisierung im Verlauf wieder aufgehoben. Die Checklistendurchführung am PC habe die Aufmerksamkeit zerstreut. Das Dokumentieren der Checklistenanwendung habe zu viel Bedeutung bekommen und suggerierte, dass die Punkte erledigt seien. Um den Fokus wieder zurück auf die Patientin und den Patienten zu lenken, arbeite man heute wieder mit der laminierten Checkliste und konzentriere sich vermehrt auf den Austausch und den sozialen Prozess.

4.2.3 Positive Erfahrungen mit der Checkliste

Die befragten Spitäler arbeiten seit mehreren Jahren mit der chirurgischen Checkliste und betonen, dass die Checkliste heute breit akzeptiert und im Alltag nicht mehr wegzudenken sei. Man sei überzeugt, dass die Checkliste eine gute Sache sei.

Anfängliche Widerstände von Einzelpersonen hätten sich beispielsweise durch Personalwechsel aufgelöst oder weil das restliche OP-Team die Checkliste eingefordert habe. Oftmals sei es eine Einzelperson oder eine Berufsgruppe, die sich besonders für die Checkliste engagierte und die anderen mitgezogen habe. Das kann der Chefarzt einer Klinik sein, der die Checklistenanwendung aus eigener Überzeugung vorlebt und wo nötig korrigierend eingreift. Es kann eine Fachperson der Anästhesiologie sein, die bereits an der Schleuse Patientinnen und Patienten mit fehlenden Dokumenten oder Markierungen zurückweist, oder das OP-Pflegepersonal, das erst nach der Durchführung des Team Time Outs mit dem Instrumentieren beginnt. Dreizehn Spitäler berichten, dass die Checkliste heute eine Selbstverständlichkeit sei. Sie gehe kaum mehr vergessen. Wenn die dafür verantwortliche Person die Checkliste nicht initiiere, dann übernehme spontan ein anderer Dienst, und wenn sich die Qualität der Anwendung verschlechtere, dann werde eine CIRS-Meldung gemacht.

Vier Spitäler berichten von positiven Veränderungen in der Kommunikation. Durch die Checkliste habe sich diese im OP-Team grundsätzlich verbessert. Die Leute würden anders miteinander reden. Als Beispiele werden Aspekte der Frage-Antwort-Kommunikation, des aktiven Zuhörens oder des Speak Ups erwähnt.

Fast alle Spitäler berichten, dass sie im Zusammenhang mit der chirurgischen Checkliste die Prozesse von der Station bis zum Aufwachraum genau definiert hätten. Dabei setzten die Spitäler unterschiedliche Schwerpunkte. In einem Spital wird besonderen Wert auf das Markieren mit einheitlichen Symbolen gelegt. Andere Spitäler haben die Verantwortlichkeiten und Prozesse inklusive den Stopps und den daraus folgenden Massnahmen stringent definiert. Ein Spital berichtet von verbesserten Kontrollprozessen bei der Beschriftung von Proben und dem Zählen der Tücher, Nadeln etc.

4.2.4 *Verbesserungsbedarf rund um die Checkliste*

Häufig genannte Schwierigkeiten bei der Anwendung der chirurgischen Checkliste betreffen die Personenabhängigkeit, die Abflachung der Durchführungsqualität durch Routine oder sie beziehen sich auf einzelne Checklistenitems.

Bei der Personenabhängigkeit wird die Wichtigkeit der Chefärztinnen oder Chefärzte der Chirurgie und Anästhesie betont. Ihre Haltung zur Checkliste übertrage sich auf deren Fachbereich. Ein Personalwechsel an dieser Position könne sowohl zu einer Verbesserung als auch zu mehr Unsicherheiten im Checklistenprozess führen. Die Personenabhängigkeit bezieht sich nicht nur auf Einzelpersonen, sondern auch auf Teamzusammensetzungen. Je nachdem könne eine zynische Bemerkung auf fruchtbaren Boden fallen oder sie verhalle ohne weitere Bedeutung. Der Checklistenprozess wird von den Befragten als sozialer Prozess verstanden. Die Kommunikationskultur müsse bewusst gefördert werden.

Als Beispiel für die Abflachung der Durchführungsqualität durch Routine wird das „Herunterrattern“ der Checklistenpunkte genannt, so dass keine Zeit für Fragen oder das Äussern von Bedenken bleibe. Die Abflachung bedeutet auch, dass plötzlich nicht mehr alle Items abgefragt oder alle benötigten Informationen eingebracht werden. So würden z. B. bei der Antibiotikaphylaxe plötzlich kein Name und keine Dosierung mehr genannt. Verbesserungswürdig sei die Aufmerksamkeit aller Beteiligten. Oftmals herrsche eine zu grosse Unruhe. Es könne sein, dass während der Checklistendurchführung das Anästhesiepersonal noch etwas am Computer schreibe oder die OP-Pflege noch schnell etwas auspacke.

Checklistenitems, die nicht erfüllt sind, führen in der Regel zu Verzögerungen im Ablauf. Ein häufiges Problem beim Sign In seien fehlende Dokumente oder die fehlende Markierung der Operationsstelle. Bei Patientinnen und Patienten, die von einer nicht-chirurgischen Klinik (z. B. Geriatrie, Medizin) kämen oder von Belegärztinnen und -ärzten operiert würden, treffe dies noch häufiger zu. Zur Vermeidung dieser Verzögerungen haben einige Spitäler einen präoperativen Checklistenteil eingeführt, bei dem bereits auf der Abteilung die Vollständigkeit der Unterlagen und das Vorhandensein der Markierung gecheckt wird. Die Teamvorstellung beim Team Time Out wurde in mehreren Spitälern aus der Checkliste gestrichen. Gründe dafür seien z. B. eine leise Stimme, komplizierte Namen, die man sich nicht merken kann, oder ein stabiles Team, das sich gut kenne. Zudem seien Personalwechsel während der Operation das grössere Sicherheitsrisiko als eine unterlassene Teamvorstellung. Mit dem Checklistenitem der Antibiotikaphylaxe würden die meisten Versäumnisse aufgedeckt. Es sei schwierig, den richtigen Verabreichungszeitraum einzuhalten. Am wenigsten „Kraft“ habe das Sign Out, weil oftmals nicht mehr das ganze OP-Team dabei sei.

Ein Spital stellte in seinen Compliance-Erhebungen fest, dass die Checkliste bei Notfällen, an Wochenenden und in der Nacht weniger häufig zum Einsatz kommt.

Ausserhalb des Operationstraktes, d. h. im interventionellen Bereich, sei die Checklistenkultur weniger ausgeprägt. Die Checkliste werde beispielsweise weniger konsequent umgesetzt und eher auswendig bearbeitet. Anders als im OP-Bereich wurde im interventionellen Bereich auch deutlich weniger Aufwand betrieben, um die Checkliste einzuführen.

4.2.5 *Verwendung der chirurgischen Checkliste in ambulant-chirurgischen Praxen*

In ambulant-chirurgischen Praxen wird unter dem Begriff „chirurgische Checkliste“ Unterschiedliches verstanden. Auf die Frage nach der verwendeten Checkliste werden allgemeine Behandlungsstandards, z. B. für die Entnahme von Gewebeproben, oder Arbeitsanleitungen, z. B. zur Materialaufbereitung oder zum Herrichten des Operationsraums, genannt. Ambulant-chirurgische Praxen arbeiten mit vielen verschiedenen Arten von Checklisten, die sie im Zusammenhang mit Zertifizierungen im Qualitätssicherungssystem benötigen.

4.3 **Subjektive Einschätzung der aktuellen Compliance**

Abschliessend zum Themenblock „aktueller Stand der Checklistenanwendung“ schätzten die Interviewteilnehmenden die prozentuale Häufigkeit der Checklistenanwendung und die Qualität der Durchführung in

ihrem Betrieb ein. Wo Resultate aus vergangenen Compliance-Messungen vorhanden sind, wurden diese zitiert. Mehrheitlich sind es subjektive Einschätzungen aus der Sicht der interviewten Personen. Die Werte der ambulant-chirurgischen Praxen werden in dieser Darstellung nicht angezeigt, weil sich ihre Einschätzungen nicht explizit auf die chirurgische Checkliste beziehen (vgl. Kap. 4.2.5).

In 13 Spitälern kommt die chirurgische Checkliste gemäss Einschätzung der Interviewten in mehr als 90% der Operationen zum Einsatz und in einem Spital in 71 – 90% (vgl. Abbildung 1). Die Qualität der Durchführung wurde auf einer fünf-stufigen Skala bewertet. Qualitative Aspekte einer guten Checklistenanwendung sind beispielsweise ein klarer Beginn, das ganze OP-Team ist anwesend und pausiert seine Arbeit, alle Checklistenitems werden abgefragt, Bedenken werden geäussert und relevante Informationen ausgetauscht. In drei Institutionen wird der Durchführungsprozess als „sehr gut“ beurteilt, in acht Institutionen als „gut“ und in zwei als „eher gut“ (vgl. Abbildung 2). Eine Person kann keine Aussage zur Qualität der Durchführung machen.



Abbildung 1: Häufigkeit, mit der die Checkliste (CL) angewendet wird (n=14).

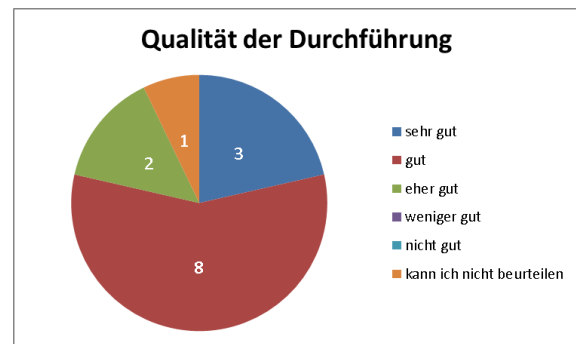


Abbildung 2: Qualität der Durchführung bei der Checklistenanwendung (n=14).

4.4 Aktueller Stand der Erhebung der Compliance mit der chirurgischen Checkliste

Um zu erfahren, ob und wie die Institutionen die Compliance messen, wurde die Frage „Wird in Ihrem Spital die Compliance mit der chirurgischen Checkliste erhoben?“ gestellt und mit Nachfragen zur Erhebungsmethode, zu Erfolgsrezepten und hinderlichen Faktoren bei der Messung ergänzt.

In vier der befragten Spitäler wird die Compliancerate mit der chirurgischen Checkliste monitorisiert. D. h. die Compliance wird systematisch nach einem bestimmten Messplan erhoben und der Verlauf überwacht. Zwei Spitäler erheben dabei die Aspekte der Häufigkeit und Qualität der Checklistenanwendung, zwei Spitäler nur die Häufigkeit (vgl. Tabelle 2). Weitere sechs Spitäler haben in den vergangenen drei Jahren einmalige Erhebungen im Rahmen einer Studie oder zur Bestimmung des IST-Zustandes durchgeführt oder sie prüfen die Compliance mittels punktuellen Stichproben, wie z. B. fünf zufällig ausgewählte Patientenakten pro Monat. Sechs Institutionen erheben die Compliance gar nicht.

Tabelle 2: Art der Compliance-Messung durch die Spitäler (n=14)

Anzahl Spitäler	Art der Compliance-Messung
2	Monitoring der Häufigkeit und Qualität der Checklistenanwendung
2	Monitoring der Häufigkeit der Checklistenanwendung
6	Einmalige oder punktuelle Compliance-Messungen
4	Keine Compliance-Messungen

4.4.1 *Methode der Compliance-Messung*

Die Methode zur Messung der Häufigkeit der Checklistenanwendung ist von der Form der Checkliste abhängig. Bei der elektronischen Bearbeitung der Checkliste werden die Daten automatisch gespeichert. Bei Papierformularen werden die Checklisten eingesammelt und ausgezählt. Die Frequenz und Zeitdauer der Erhebung variiert pro Spital von ein bis zwei Mal jährlich während 48 Stunden, respektive während 15 Tagen oder einem Monat. Zwei Spitäler führen randomisierte Stichproben „ein paar Mal“ pro Jahr oder in fünf Patientenakten pro Monat durch. Es wird geprüft, ob die chirurgische Checkliste in der Patientenakte abgelegt ist und ob sie vollständig ausgefüllt wurde.

Vier Spitäler geben an, dass sie seit Abschluss von «progress! Sichere Chirurgie» im Jahr 2015 mindestens einmal die Qualität der Durchführung mittels Beobachtung überprüft hätten. Beobachungskriterien waren die Dauer der Checklistenanwendung, wer den Lead hatte, ob alle anwesend waren, ihre Arbeit sistierten und gemäss Richtlinien gehandelt haben oder ob alle Items abgefragt wurden. In einem Spital werden Beobachtungen mit unterschiedlichen Fokussen durchgeführt. Nebst dem Checklistenprozess werden Swisnoso-Kriterien, wie die Anzahl Türöffnungen, oder kulturelle Aspekte beurteilt. Die Beobachtungsdauer und -frequenz unterscheidet sich zwischen den Spitälern stark und hängt davon ab, ob die Daten im Rahmen einer Studie, als Bestimmung des IST-Zustandes (z. B. vier ganze Tage à vier Personen) oder als Compliance Verlaufsmessung (1/2 bis 1 Tag à 2-3 Personen oder 10 Beobachtungen pro Klinik) erhoben wurden.

4.4.2 *Erfolgsfaktoren und hinderliche Faktoren beim Beobachten*

Als Erfolgsfaktor für die Durchführung von Beobachtungen zur Compliance-Messung wird die fundierte Einführung im Rahmen des Pilotprogrammes «progress! Sichere Chirurgie» genannt. Nach Programmende seien die Beobachtungen vom gleichen Projektteam einfach weitergeführt worden. Hilfreich sei es, wenn die Beobachtungen regelmässig durchgeführt und vom Qualitätsmanagement begleitet werden. Unterstützend komme hinzu, dass die Mitarbeitenden interne Audits bereits aus anderen Bereichen kennen. Die Beobachtungsteams hätten während ihren Beobachtungen keine negativen Meldungen vom OP-Personal erhalten. Manchmal wurden sie von den Operateuren sogar um ein Feedback und Tipps gebeten.

Als hinderliche Faktoren wird der vermutete Bias durch den Beobachter, die Beobachterin erwähnt. Die Checkliste werde möglicherweise besser durchgeführt, wenn man beobachtet wird. Je nach Person und beruflicher Funktion des Beobachters (z. B. Chefarzt / -ärztin der Klinik) sei der Bias grösser.

4.4.3 *Feedback und Rückmeldung zur Auswertung*

Unmittelbare Feedbacks nach der Beobachtung werden nur in einer Institution gegeben und dort auch nur, wenn es um allgemeine Themen geht, wie z. B. zu leises Sprechen oder fehlender Informationsaustausch. Für komplexe Themen oder wenn es jemand persönlich nehmen könnte, werde nach der Operation der informelle Rahmen oder das Gespräch zu zweit gesucht. Grundsätzlich wird das unmittelbare Feedback nach der Beobachtung als wünschenswert und effektiv betrachtet. Nur dann sei der direkte Bezug zum Geschehenen gewährleistet. Das Feedback sollte jedoch kurz gehalten werden und bei komplexen Operationen auch mal ausgelassen werden können. Nach einer Operation mit Zwischenfällen sei beim Sign Out das Debriefing zum Ereignis wichtiger als das Feedback zur Checklistenanwendung.

Für die Rückmeldung der aggregierten Ergebnisse der Compliance-Messung werden unterschiedliche Gefässe genutzt. In einem Spital werden die Resultate zuerst in der Projektgruppe besprochen, plausibilisiert, zusammengeführt und visualisiert. Dann bespricht jedes Projektmitglied die Resultate in den fixen Besprechungsgefässen seiner Berufsgruppe. Die Resultate werden sowohl den Mitarbeitenden als auch der Direktion vorgestellt. Teilweise wird die Präsentation der Compliance-Ergebnisse an CIRS-Veranstaltungen gekoppelt. In einem Spital werden die Resultate im Intranet veröffentlicht, so dass die einzelnen Kliniken sehen, wie sie im Vergleich zu anderen dastehen, und Korrekturmassnahmen ergreifen können.

4.4.4 Qualitätskontrolle in ambulant-chirurgischen Praxen

Die ambulant-chirurgischen Praxen führen keine Compliance-Messungen durch. Qualitätsmessungen finden im Rahmen von Zertifizierungen statt. Es wird erwähnt, dass in kleinen Teams die gegenseitige Kontrolle auch im Alltag stattfindet. Jede und jeder sehe, wer – was – wie gemacht habe. Kleine Teams mit wenig Personalwechsel seien ein Vorteil für eine gute Qualität im operativen Prozess. Zudem seien die Abläufe in einer ambulant-chirurgischen Praxis einfacher und standardisierter. Es werde mit weniger verschiedenen Instrumenten gearbeitet. Hinzu komme, dass die Patientinnen und Patienten häufig wach und ansprechbar seien.

4.5 Massnahmen für die Nachhaltigkeit der Checklistenanwendung

Mit der Frage „Welche Massnahmen haben Sie in Ihrem Spital seit Abschluss des Programms «progress! Sichere Chirurgie» unternommen, um die Nachhaltigkeit der Checklistenanwendung zu sichern?“ sollen weiterführende hilfreiche Massnahmen gesammelt werden.

4.5.1 Führung

Das Commitment der Spitaldirektion und der Chefärztinnen und Chefarzte ist eine Grundbedingung für die nachhaltige Checklistenverwendung. Das Commitment kann sich unterschiedlich manifestieren. Genannte Beispiele sind:

- Die chirurgische Checkliste wurde ins OP-Reglement aufgenommen.
- Die chirurgische Checkliste wurde zu einem obligatorischen Formular gemacht.
- Ein eigenes Konzept für die Nachhaltigkeit wurde erstellt.
- Ein eigener Schulungsfilm mit Statements der Klinikleitungen wurde für die Einführung neuer Mitarbeitenden erstellt.
- Ein Chefarzt war interner Ambassador, respektive ein Zugpferd bei der Checklisteneinführung.
- Bei der Checklisteneinführung wurden externe Experten für die Schulung des OP-Personals beigezogen und die Operationssäle fürs Training geschlossen.

4.5.2 Schulung

Schulungen werden einerseits für die neuen Mitarbeitenden des OP-Bereichs meist im Rahmen der Einführungsveranstaltung angeboten, andererseits als Fresh Up für bestehendes Personal. Genannt wurde:

- Die chirurgische Checkliste wird in der Einführungsveranstaltung neuer Mitarbeitenden thematisiert.
- Das neue OP-Personal erhält bei Eintritt entsprechendes Informationsmaterial zur Checkliste, zu den Durchführungsrichtlinien, zu Studien in diesem Bereich. Die Ärzteschaft der Chirurgie erhält zudem Material zu den Markierungsrichtlinien.
- Eine Pocketcard mit den Markierungsrichtlinien wird zusammen mit einem Markierungsstift den neuen Ärztinnen und Ärzten der Chirurgie abgegeben.
- Zwei Arten von Schulungen, die aufeinander aufbauen, werden angeboten, und zwar das „How to do“ und das „Why to do“.
- Die Schulungen sind obligatorisch und Präsenzlisten werden geführt. Wer fehlt, wird das nächste Mal wieder eingeladen.
- Diverse Informationsmaterialien mit Hintergrundwissen, Erklärungen, FAQ und Vorgehensweisen sind auf dem Intranet publiziert und werden auch mit dem Suchbegriff *sicher* gefunden.

- Der eLearningfilm vom Pilotprogramm «progress! Sichere Chirurgie» ist auf dem Intranet noch immer verfügbar.
- Die chirurgische Checkliste wird bei jedem Simulationstraining im OP mitsimuliert.
- Journées qualité, an denen die Checkliste thematisiert oder ein Schulungsfilm gezeigt wird, werden regelmässig veranstaltet.

4.5.3 Strukturen

Wichtig für die Nachhaltigkeit sind festgelegte Strukturen. Es muss klar sein, wer für die Checkliste verantwortlich ist und wie die Prozesse laufen. Genannte Beispiele sind:

- Die Projektgruppe von «progress! Sichere Chirurgie» blieb weiter bestehen und wurde je nach Spital in „Patientensicherheit im OP“ oder „Soundingboard“ umbenannt.
- Zu den Aufgaben dieser Projektgruppen gehört beispielsweise, Ansprechpartner für Probleme mit der Checkliste zu sein, interne Audits zur Compliance durchzuführen, entsprechende CIRS-Meldungen zu besprechen und weitere Anpassungen an der Checkliste vorzunehmen.
- Wichtig ist, dass auf CIRS-Meldungen Massnahmen folgen und dass beispielsweise auf der entsprechenden Abteilung die Prozesse analysiert oder Schulungen durchgeführt werden.
- Die Oberhoheit über das Checklistenformular hat der OP-Manager. Änderungswünsche müssen bei ihm beantragt und mit ihm besprochen werden.
- Für Meldungen zur Checkliste wurde eine E-Mail-Adresse eingerichtet. Im Intranet wird darauf verwiesen.
- Die chirurgische Checkliste wird regelmässig thematisiert, sei es an Teamsitzungen oder an CIRS-Konferenzen.
- Zur Reflexion der Checkliste wurde ein runder Tisch mit allen am Checklistenprozess Beteiligten gemacht.

4.5.4 Compliance-Messungen

Die Compliance-Messungen sind gleichzeitig eine Massnahme der Nachhaltigkeit:

- Regelmässige Kontrollen sind wichtig, um zu sehen, ob das System noch immer funktioniert.
- Durch das Beobachten im OP wird Präsenz gezeigt und die Botschaft gesendet, dass die Checkliste wichtig ist und keine Abweichungen akzeptiert werden.
- Wichtig ist, dass das OP-Personal Rückmeldung zu den Ergebnissen erhält.

4.5.5 Engagement Einzelner

Damit der Checklistenprozess im Alltag gelebt wird, braucht es das Engagement von Einzelpersonen:

- Sofort ansprechen, wenn etwas im Alltag nicht richtig gemacht wird.
- Die eigene Überzeugung, dass die Checkliste eine gute Sache ist, Vorleben und von anderen einfordern.
- Wenn die Checkliste nicht mehr richtig angewendet wird, wird eine CIRS-Meldung gemacht.
- Learning by doing, neues Personal lernt von der konsequenten Umsetzung der anderen im Team.

- Konsequentes Handeln, z. B. durch das Zurückweisen von Patientinnen und Patienten ohne Markierung oder kein Instrumentieren ohne Team Time Out.

5 Fazit

In den 14 befragten Spitälern ist die chirurgische Checkliste flächendeckend eingeführt. Die verwendeten Checklisten wurden individuell an die betrieblichen Bedürfnisse angepasst. Die Anpassungen weichen teilweise von den Empfehlungen der WHO ab, z. B. wenn die Teamvorstellung gestrichen oder die Checkliste mit zu vielen Items oder Checklistenanteilen ergänzt wurde.

In der Selbsteinschätzung sind die Befragten mit der aktuellen Praxis, wie die chirurgische Checkliste in ihrem Spital angewendet wird, grundsätzlich zufrieden. Die positive Selbsteinschätzung bezieht sich vor allem auf die Häufigkeit der Checklistenanwendung. 13 der 14 befragten Spitäler schätzen diese auf über 90%. Bei der Qualität der Durchführung werden mehr Abstriche gemacht. Die Aufmerksamkeit oder das Unterbrechen der Tätigkeit für die Durchführung der Checkliste werden als verbesserungswürdig genannt. Schwierigkeiten im Ablauf betreffen fehlende Markierungen oder Dokumente beim Sign In und das Finden des richtigen Zeitpunkts für die Verabreichung der Antibiotikaphylaxe oder die Durchführung des Sign Outs. Positiv beurteilt wird die Akzeptanz der Checkliste bei allen beteiligten Berufsgruppen. Anfängliche Widerstände bei der Checklisteneinführung konnten überwunden werden, sodass die Sinnhaftigkeit der Checkliste heutzutage nicht mehr in Frage gestellt wird.

Um die Compliance mit der Checkliste nachhaltig auf hohem Niveau halten zu können, sind kontinuierliche Massnahmen notwendig. Diese reichen vom Commitment der obersten Führungsebene, über Schulungsmassnahmen bis hin zum Schaffen von Strukturen und Verantwortlichkeiten für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Die Erfahrungen der Spitäler bestätigen, dass die im Programm «progress! COM-Check – Sichere Chirurgie» geplanten Massnahmen sinnvoll sind. Die Compliance muss umfassend, d. h. die Häufigkeit und die Qualität der Durchführung, erhoben werden. Durch Beobachtung und unmittelbares Feedback wird Präsenz gezeigt und situatives Lernen findet durch den direkten Bezug zur Situation statt.

Eine Aussage zur Anwendung der chirurgischen Checkliste in ambulant-chirurgischen Praxen kann aufgrund der zwei durchgeführten Interviews nicht gemacht werden. Nachholbedarf gibt es auch auf nationaler Ebene. In einem ersten Schritt müsste eine Übersicht zu den in der Schweiz tätigen ambulant-chirurgischen Praxen geschaffen werden. Auf der Ebene der einzelnen Anbieter braucht es eine Sensibilisierung für die Wichtigkeit der Massnahmen zur Patientensicherheit. Die kleine Betriebsgrösse und die soziale Kontrolle durch die Teammitglieder sind kein Garant für eine gute Qualität der chirurgischen Leistungen. Aufgrund der Schwierigkeit, ambulant-chirurgische Praxen auch nur für die Teilnahme am Interview zu gewinnen, und dem vermuteten grossen Unterschied in der Anwendung von chirurgischen Checklisten gegenüber Spitälern wird beschlossen, das fünfte nationale Pilotprogramm ausschliesslich an Spitäler zu richten.