

Schriftenreihe

Patientensicherheit Schweiz

Nr. 5+

Ergänzung und Weiterführung
der Schriftenreihe 5

COM-Check – Sichere Chirurgie



Stiftung Patientensicherheit Schweiz
Anita Imhof
Dr. Annemarie Fridrich
Prof. Dr. David Schwappach

Inhalt

1	Dank	4
2	Vorwort	5
3	Einleitung	6
TEIL A		
4	Ergänzungen zu Schriftenreihe 5: Checklisten-Design und Durchführungsrichtlinien	10
4.1	Zwei Arten von Checklisten: Read-do und Do-confirm	11
4.2	Zwei Arten von Checklistenitems: Checks und Prompts	11
4.3	Anpassung der Checkliste an den lokalen Kontext oder im Rahmen der kontinuierlichen Verbesserung	12
4.4	Positive Adaptionenmöglichkeiten	13
4.5	Eine oder mehrere Checklisten?	14
4.6	Mindeststandard für Kurz-, Notfall- und Spezialeingriffe	14
4.7	Durchführungsrichtlinien	15
4.8	Markierungsrichtlinien	17
TEIL B		
5	Mehr Sicherheit durch Selbstevaluation und Feedback	20
5.1	Interprofessionelles Projekt- und Beobachtungsteam bilden	21
5.2	Individuelle Monitoring-Ziele und allgemeine Kennzahlen festlegen	21
5.3	Interne Kommunikation festlegen	22
5.4	Instrumente für die Messung der Compliance mit der chirurgischen Checkliste anpassen	22
5.4.1	Definition der Compliance	22
5.4.2	Häufigkeit der Compliance	23
5.4.3	Vollständigkeit und Qualität der Compliance	24
5.5	Kollegiales und lernförderliches Feedback	28
5.5.1	Grundhaltung und Atmosphäre	29
5.5.2	Feedback nach der Drei-Schritte-Technik	29
5.5.3	Schwierige Feedbacksituationen	30
5.5.4	Monitoring des Feedbacks	31
5.6	Instrumente für die Datenerhebung vorbereiten	31
5.7	Beobachtung und Feedback trainieren	32
5.8	Verbesserungen umsetzen und Verlaufsmessungen planen	33
6	Literatur	36
Anhang I: Kontroll- und Aufforderungsitems der Checkliste Sichere Chirurgie		38
Anhang II: Vorlage Erhebungsinstrument zur Erfassung der Häufigkeit		40
Anhang III: Vorlage Beobachtungsinstrument zur Erfassung der Vollständigkeit und Qualität der Durchführung (optional: inkl. Feedback)		41
Anhang IV: Pocketcard Beobachtung und Feedback		45

1 | Dank

Zahlreiche Fachpersonen, Expertinnen und Experten haben bei der Konzipierung des fünften nationalen Pilotprogramms «progress! COM-Check – Sichere Chirurgie» wertvolle Unterstützung geleistet, darunter die Projektleitungen der ehemaligen Pilotspitäler vom ersten nationalen Pilotprogramm «progress! Sichere Chirurgie». Sie haben in ausführlichen Interviews ihre Erfahrungen zur Anwendung der chirurgischen Checkliste in ihrem Betrieb und zu Massnahmen zur Erhöhung der Compliance mit dieser berichtet und auch im Verlauf des Programms bei konkreten Fragestellungen beratend mitgewirkt.

Bedanken möchten wir uns bei den interprofessionellen Projekt- und Beobachtungsteams der Pilotbetriebe des nationalen Pilotprogramms «progress! COM-Check – Sichere Chirurgie». Sie haben das im Kapitel 5 beschriebene Monitoring-Konzept zur Messung und Verbesserung der Compliance mit der Checkliste in ihren Betrieben eingeführt und erprobt. Trotz der Zusatzbelastung durch die Coronavirus-Pandemie, der Pausierung im Programm aufgrund der pandemiebedingten Massnahmen wie den Einschränkungen im Operationsbetrieb und dem Besuchs- und Versammlungsverbot während der ersten und teilweise auch der zweiten Welle der Coronavirus-Pandemie konnten sie dank ihrem enormen Engagement die Anforderungen im Programm erreichen und sogar übertreffen. Stellvertretend für die interprofessionellen Projekt- und Beobachtungsteams seien die Projektleitungen erwähnt, und zwar Roosevelt Abilorme (Hôpital ophtalmique Jules-Gonin, HOJG), Dr. med. Mirko Brenni (See-Spital Horgen Kilchberg), Adriana Degiorgi (Ospedale Regionale di Lugano, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli), Daniela Franco (Clinica Ars Medica), Anne-Catherine Germain (Spital Davos), Dr. med. Werner Girgsdies (Medizinisches Zentrum Brugg AG), Dr. med. Eva-Maria Jordi Ritz (Universitäts-Kinderspital beider Basel, UKBB), Dr. med. Mireille Neumann (Spital Zofingen), Dr. Marwan Obeid (Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais), Michela Pfyffer von Altishofen (Clinica Sant'Anna), Bekim Qerimi (AndreasKlinik Cham Zug), Nadine Schneider (Privatklinik Bethanien), PD Dr. med. Sven Staender (Spital Männedorf).

Bedanken möchten wir uns bei den Berufsverbänden und Organisationen, die das Programm ideell unterstützt haben, wie die FMCH Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica, FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, SBV TOA Schweizerischer Berufsverband Dipl. Fachfrauen/-männer Operationstechnik HF, LOPS Vereinigung für leitendes OP-Personal und OP-Management, SIGA/FSIA Schweizerische Interessengemeinschaft für Anästhesiepflege, H+ Die Spitäler der Schweiz.

Ein Dank gilt auch den Mitgliedern der Steuerungsgruppe progress!, die die Entwicklungen im Programm eng verfolgt und bei den halbjährlichen Reportings mitgestaltet haben.

**Prof. Dr. David Schwappach, MPH,
Direktor Stiftung Patientensicherheit Schweiz**

**Anita Imhof, MSc,
Programmleiterin**

**Dr. Annemarie Fridrich,
wissenschaftliche Mitarbeiterin**

2 | Vorwort

Das nationale Pilotprogramm «progress! COM-Check – Sichere Chirurgie» ist das fünfte nationale Pilotprogramm, das Patientensicherheit Schweiz nach 1) Sichere Chirurgie, 2) Sichere Medikation an Schnittstellen, 3) Sicherheit bei Blasenkathetern und 4) Sichere Medikation in Pflegeheimen umgesetzt hat. Es unterscheidet sich von den Vorgängerprogrammen dadurch, dass nicht die Einführung neuer evidenzbasierter Massnahmen im Zentrum stand, sondern der Aufbau betriebsinterner Beobachtungs-, Beurteilungs- und Feedbackkompetenzen. Gerade der Feedbackkompetenz wird besondere Bedeutung zugemessen, da sie ein wichtiger Teil der Sicherheitskultur ist. Im Programm galt es, eine geeignete Feedbacktechnik zu finden, die einfach anwendbar, im streng getakteten Operationsalltag umsetzbar und wirksam ist, das heisst Reflexion und Lernen im Operationsteam und beim einzelnen Teammitglied anregt. Durch den Aufbau dieser internen Kompetenz entstehen «Kulturträger», die ein Teil der Organisation sind.

In dieser Schriftenreihe 5+ wird ein Monitoring-Konzept zur Messung und Verbesserung der Compliance mit der chirurgischen Checkliste vorgestellt. Das Monitoring-Konzept baut auf den Grundlagen aus dem ersten nationalen Pilotprogramm wie der Checkliste Sichere Chirurgie und der Schriftenreihe 5 «Operation Sichere Chirurgie» (1) auf. Die aktuelle Schriftenreihe ist als Ergänzung dazu zu verstehen und wurde deshalb Schriftenreihe 5+ «COM-Check – Sichere Chirurgie» genannt. Wer die chirurgische Checkliste in seinem Betrieb neu implementieren möchte, sollte sowohl die Schriftenreihe 5 als auch den ersten Teil der Schriftenreihe 5+ lesen. Für Betriebe, die bereits mit der chirurgischen Checkliste arbeiten und deren Anwendung verbessern möchten, empfehlen wir die Schriftenreihe 5+ zu lesen und das Grundlagendokument Schriftenreihe 5 gezielt als Nachschlagewerk zu nutzen.

Das nationale Pilotprogramm «progress! COM-Check – Sichere Chirurgie» wurde vom Bundesamt für Gesundheit – BAG, der Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica – FMCH sowie der HANELA-Stiftung finanziert.

Folgende Verbände und Organisationen haben das Programm ideell unterstützt:

- FMCH Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica
- FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
- SBV TOA Schweizerischer Berufsverband Dipl. Fachfrauen/-männer Operationstechnik HF
- LOPS Vereinigung für leitendes OP-Personal und OP-Management
- SIGA/FSIA Schweizerische Interessengemeinschaft für Anästhesiepflege
- H+ Die Spitäler der Schweiz (in Abklärung)



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

3 | Einleitung

Seit der Publikation der Checkliste Sichere Chirurgie und der Schriftenreihe 5 «Operation Sichere Chirurgie» (1) durch Patientensicherheit Schweiz sind zehn Jahre vergangen. In dieser Zeit ist die chirurgische Checkliste im stationären Bereich zum Standard geworden. Untersuchungen in der Schweiz und weltweit zeigen jedoch, dass die Checkliste nicht immer mit der gleichen Konsequenz und in hoher Güte angewendet wird (2–8). Aus diesem Grund hat Patientensicherheit Schweiz das fünfte nationale Pilotprogramm «progress! COM-Check – Sichere Chirurgie» lanciert und durchgeführt. COM-Check steht für Compliance mit der chirurgischen Checkliste. Eine hohe Compliance bedeutet, dass die chirurgische Checkliste vom ganzen interprofessionellen Operationsteam konsequent und korrekt angewendet wird.

Erfahrungen aus der Praxis und dem nationalen Pilotprogramm «progress! COM-Check – Sichere Chirurgie» haben zu neuen Erkenntnissen im Hinblick auf die Checkliste, ihre Funktion und einzelne Items, ihre Anpassung an lokale Kontexte, ihre Passung für Kurz-, Notfall- und Spezialeingriffe sowie die dazugehörigen Markier- und Durchführungsrichtlinien und den gesamten Checklistenprozess geführt. Kapitel 4 beschreibt diese Erkenntnisse, die als Ergänzung zu den Ausführungen in Schriftenreihe 5 (1) zu verstehen sind.

Eine gut designte Checkliste kann ihre Wirksamkeit jedoch nur vollständig entfalten, wenn sie vom ganzen Operationsteam konsequent und korrekt angewendet wird, das heisst bei jedem Eingriff und in hoher Qualität. Erkenntnisse aus der Praxis zeigen, dass dies nicht immer der Fall ist – es scheint Optimierungspotenzial hinsichtlich der Compliance mit der chirurgischen Checkliste zu geben. Mit dem nationalen Pilotprogramm «progress! COM-Check – Sichere Chirurgie» wurde daher ein Monitoring-Konzept entwickelt, um die Compliance mit der chirurgischen Checkliste zu messen und nachhaltig zu verbessern. In der vorliegenden Schriftenreihe wird das Monitoring-Konzept vorgestellt, welches in 12 Pilotbetrieben mit 15 Standorten getestet wurde. Es werden die einzelnen Schritte zur Einführung des Monitoring-Konzeptes in einem Betrieb beschrieben und durch Daten aus dem Programm sowie mit Aussagen von Teilnehmenden der Pilotbetriebe veranschaulicht.

Der Leitsatz im COM-Check-Programm «ein Team – ein Ziel» betont die Wichtigkeit von Team- und Kommunikationsprozessen. Für eine wirksame Checklistenanwendung wird das Engagement aller Teammitglieder benötigt. Demnach liegt auch das Messen und Verbessern der Compliance in der Verantwortung aller beteiligten Professionen. Der Kern vom COM-Check-Programm ist daher das interprofessionelle Projekt- und Beobachtungsteam, das sich jeweils aus Ärztinnen und Ärzten der Chirurgie und der Anästhesie sowie Fachpersonen der Operations- und Anästhesiepflege zusammensetzt.

Das Monitoring-Konzept, bei dem die Compliance mit der chirurgischen Checkliste gemessen und gleichzeitig durch Beobachtung und Feedback verbessert wird, ist als Massnahme im kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu verstehen und sollte in regelmässigen Abständen wiederholt werden. Anhand der ausgewerteten Daten einer Messperiode werden Verbesserungsmassnahmen abgeleitet und umgesetzt. Das Ziel ist eine nachhaltige Checklistenanwendung in hoher Qualität, und zwar rund um die Uhr, bei ambulanten und stationären Eingriffen sowie bei elektiven und Notfalleingriffen.

Datenquellen

Der nachfolgende Text in der Schriftenreihe 5+ wird mit Daten und Analysen aus dem fünften nationalen Pilotprogramm «progress! COM-Check – Sichere Chirurgie» veranschaulicht. Die Daten stammen aus den folgenden vier Quellen:

PROGRAMM COM-CHECK CHECKLISTENVERGLEICH 2020

Zu Beginn des COM-Check-Programms wurden 24 Checklisten von 18 Betrieben im Hinblick auf Form und Inhalt analysiert und mit den Checklistenvorlagen der World Health Organization und der Stiftung Patientensicherheit Schweiz verglichen. Die detaillierten Ergebnisse wurden Anfang 2021 im Journal of Patient Safety publiziert (13).

PROGRAMM COM-CHECK DATENERHEBUNG 2021: HÄUFIGKEITSERFASSUNG*

12 Betriebe mit 15 Standorten erfassten im COM-Check-Programm Häufigkeitsdaten zur Checklistencompliance. Insgesamt wurden gültige Daten zu 8'622 Eingriffen erfasst.

PROGRAMM COM-CHECK DATENERHEBUNG 2021: BEOBACHTUNG UND FEEDBACK*

In 11 Betrieben mit 14 Standorten führten interne, interprofessionelle Teams im Rahmen des COM-Check-Programms Beobachtungen zur Checklistencompliance durch. Insgesamt wurden dabei gültige Daten von 715 Beobachtungen erfasst. Auf Basis der Beobachtungen wurde in 565 Fällen Feedback zur Checklistencompliance gegeben und Daten dazu erfasst.

PROGRAMMEVALUATION COM-CHECK 2021

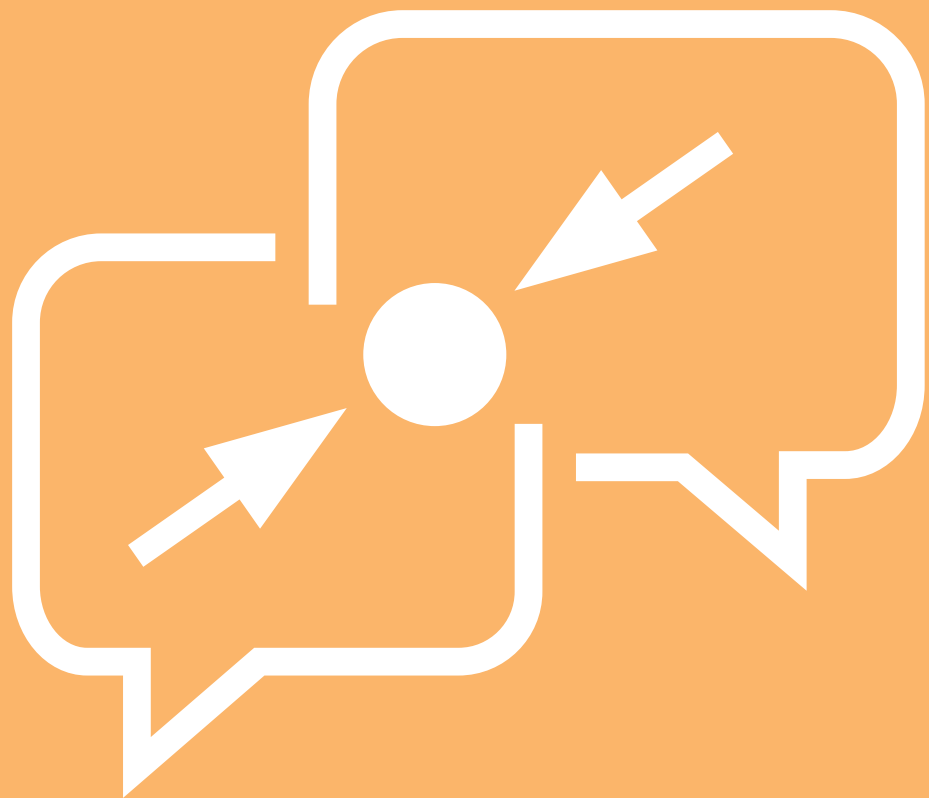
Im August 2021 erhielten alle Programmteilnehmenden (N=71) die Gelegenheit, das Programm via Online-Fragebogen zu evaluieren. 27 Personen nahmen an der Online-Befragung teil, was einem Rücklauf von 38% entspricht.

* Im Programm COM-Check wurden drei Aspekte der Compliance gemessen (s. Kap. 5.4): die Häufigkeit der Checklistenanwendung (Daten zur Häufigkeitserfassung), die Vollständigkeit der Itemabfrage und die Qualität der Durchführung (Daten zu Beobachtung). Ein Teil der Daten wurde als Poster beim International Forum on Quality and Safety in Healthcare Europe im Juni 2021 präsentiert. Die Publikation der Daten in einem wissenschaftlichen Journal steht zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieser Schriftenreihe noch aus.



TEIL A

COM-Check – Sichere Chirurgie



4 | Ergänzungen zu Schriftenreihe 5: Checklistendesign und Durchführungsrichtlinien

Seit dem nationalen Pilotprogramm «progress! Sichere Chirurgie» und der Einführung der chirurgischen Checkliste in der Schweiz konnten einige Erfahrungen mit der Checkliste in der Praxis gesammelt werden. Das Nachfolgeprogramm «progress! COM-Check – Sichere Chirurgie» hat ebenfalls zu wertvollen Erkenntnissen zum Checklistendesign und den Durchführungsrichtlinien geführt. In diesem Kapitel sind die wichtigsten Erkenntnisse, welche als Ergänzung zu den Ausführungen aus Schriftenreihe 5 (1) zu verstehen sind, zusammengefasst.

In der Praxis hat sich eine grosse Varianz im Hinblick auf die Komplexität der eingesetzten chirurgischen Checklisten gezeigt. Der hohe Detailgrad von manchen chirurgischen Checklisten könnte auf einem falschen Verständnis der Funktion der chirurgischen Checkliste beruhen. Kapitel 4.1 beschäftigt sich daher damit, welche Funktion die chirurgische Checkliste hat und welche nicht.

Weiterhin hat sich gezeigt, dass die Unterscheidung der beiden Itemarten «process checks» und «conversation prompts» in der Praxis nur teilweise bekannt ist und verstanden wird. Da diese Unterscheidung insbesondere im Hinblick auf die Anpassung der Checkliste an den lokalen Kontext wichtig ist, werden in Kapitel 4.2 Definitionen und Beispiele für beide Itemtypen dargestellt.

Die Anpassung der Checkliste an den lokalen Kontext eines Betriebes oder im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses wird häufig eher intuitiv und situativ als systematisch vorgenommen. Dies birgt die Gefahr, dass wichtige inhaltliche und prozessuale Aspekte – sogenannte Kernelemente – reduziert oder eliminiert werden oder dass die Komplexität der Checkliste erhöht wird. Beides kann in einer reduzierten Anwendungsfreundlichkeit und letztlich in einer verringerten Wirksamkeit resultieren. Kapitel 4.3 gibt daher Hinweise, die bei der Anpassung der Checkliste unbedingt beachtet werden sollten.

Die 2012 von Patientensicherheit Schweiz publizierte Checkliste wurde aufgrund der Erfahrungen im COM-Check-Programm und im Austausch mit Fachpersonen aus der Praxis kritisch reflektiert. Kapitel 4.4 thematisiert positive Möglichkeiten zur Anpassung.

In der Praxis werden zum Teil innerhalb eines Betriebes mehrere Checklisten verwendet. Generell sollte möglichst eine generische, das heisst breit einsetzbare Checkliste verwendet werden. Kapitel 4.5 gibt Empfehlungen, in welchen Fällen zusätzliche Checklisten sinnvoll sein können.

Insbesondere bei Kurz-, Notfall- und Spezialeingriffen wird die chirurgische Checkliste noch nicht konsequent angewendet. Doch auch bei diesen Eingriffen kann die chirurgische Checkliste helfen, schwere Patientenschäden zu vermeiden. Daher empfiehlt Patientensicherheit Schweiz zumindest den Einsatz einer verkürzten Checkliste und formuliert in Kapitel 4.6 ein Mindestset an Standarditems, die in jeder Checkliste enthalten sein sollten.

Eine Checkliste kann nur ihr volles Potenzial entfalten, wenn allen involvierten Personen klar ist, wie, wann und durch wen die Checkliste im jeweiligen Betrieb durchgeführt werden muss. Jeder Betrieb sollte dies in verbindlichen Richtlinien festlegen. Kapitel 4.7 zeigt auf, welche Aspekte in den Durchführungsrichtlinien unbedingt definiert werden müssen.

Die Markierung der Operationsstelle sowie das Überprüfen der Markierung ist essenziell, um Seiten- und Eingriffsverwechslungen zu verhindern. Auch wenn die Markierung bei gewissen Eingriffen schwierig sein kann, empfiehlt Patientensicherheit Schweiz die konsequente Markierung bei allen Eingriffen und zeigt in Kapitel 4.8 Beispiele, wie schon heute in manchen Spitälern solche Eingriffe (z. B. in der Augenchirurgie) markiert werden.

4.1 | Zwei Arten von Checklisten: Read-do und Do-confirm

Erfahrungen im COM-Check-Programm haben gezeigt, dass die Checklisten in den einzelnen Betrieben zum Teil sehr lang und ausführlich sind. Lange Checklisten garantieren keine Sicherheit, denn sie werden seltener oder schlechter angewendet (9). Nach 60 bis 90 Sekunden kommt es in der Regel zu einer Ablenkung, die Menschen nehmen Abkürzungen und lassen wichtige Items aus oder der Checklistenprozess wird von aussen gestört (9,10). Eine Checkliste sollte daher nicht mehr als 5 bis 9 Items haben. Der hohe Detailgrad von manchen chirurgischen Checklisten könnte auf einem falschen Verständnis der Funktion der chirurgischen Checkliste basieren. Die chirurgische Checkliste ist keine Checkliste im Sinne einer Handlungsanleitung (Read-do) (10), die Schritt für Schritt vollständig durch ein Prozedere leitet. Bei der Konstruktion der chirurgischen Checkliste wurde nämlich davon ausgegangen, dass jede am Operationsgeschehen beteiligte Berufsgruppe ihre Aufgaben kennt und diese bereits professionell durchführt (11). Die chirurgische Checkliste ist somit ein Backup-Prozedere (Do-confirm), bei dem am Ende jedes Prozessschrittes gemeinsam im jeweiligen Team anhand der Checkliste geprüft wird, dass keiner der wichtigsten und potenziell gefährlichsten Punkte vergessen wurde. Dadurch sollen alle beteiligten Personen das gleiche mentale Modell vom geplanten Eingriff haben und bei einer Abweichung schnell reagieren können (9,10,12).

Programm COM-Check Checklistenvergleich 2020 (13)

Die Checklisten der teilnehmenden Betriebe unterscheiden sich im Vergleich mit den Checklisten der Stiftung Patientensicherheit Schweiz (SPS) und der World Health Organization (WHO) stark hinsichtlich Anzahl und Inhalt der Items. Während die Checkliste Sichere Chirurgie (SPS) und die Surgical Safety Checklist (WHO) zum Beispiel insgesamt 30 respektive 22 Items haben, lag die Spannweite der untersuchten Checklisten bei 15 bis 76 Items.

Mehr Informationen zur Datenquelle s. S. 7

4.2 | Zwei Arten von Checklistenitems: Checks und Prompts

Eine wichtige Funktion der chirurgischen Checkliste ist die Verbesserung und Strukturierung des Informationsaustausches im Operationsteam. Die einzelnen Checklistenitems sollen wie ein Trigger das Team auffordern, Sicherheitsschritte, die leicht vergessen gehen, aber einen grossen Einfluss auf das Operationsergebnis haben, zu besprechen und zu prüfen (11). Dabei kann man zwei Arten von Checklistenitems unterscheiden: Kontrollitems «process checks» und Aufforderungsitems «conversation prompts».

Bei den Kontrollitems werden gemäss des Safe Surgery Implementation Guides (11) wichtige Informationen im Team ausgetauscht, aktiv kontrolliert und verbal bestätigt. Die Kontrollen werden mindestens zu zweit durchgeführt und erfordern den Abgleich mit mindestens einer zusätzlichen Informationsquelle, zum Beispiel kann die Aussage der Patientin oder des Patienten mit der Dokumentation abgeglichen werden. Wer die jeweiligen Items überprüfen soll und wie die Kontrollen durchzuführen sind (verbaler oder visueller Abgleich; mit Patientin/Patient oder Dokumentation etc.), muss in den internen Durchführungsrichtlinien klar definiert werden. Ziel der Kontrollitems ist das systematische Prüfen der für die Patientensicherheit wichtigsten und kritischsten Schritte. Bei einer Unstimmigkeit muss der Operationsprozess gestoppt werden. Erst nach einer vollständigen Klärung darf der Prozess fortgesetzt werden. Die Kontrolle der Identität beim Sign In, die Kontrolle von Eingriffsort/Markierung beim Team Time Out und die Kontrolle der korrekten Zählung beim Sign Out sind zum Beispiel eindeutig als Kontrollitems einzuordnen (s. Anhang I).

Mit den Aufforderungsitems wird das Operationsteam aufgefordert, kritische Aspekte zum geplanten Eingriff sowie patientenspezifische Risiken gemeinsam auszutauschen, Bedenken zu äussern und Fragen zu stellen. Die Aufforderungsitems haben zum Ziel, dass das gesamte Operationsteam das gleiche mentale Modell zur bevorstehenden Operation hat und dadurch Abweichungen schnell erkennen und sofort darauf reagieren kann. Es wird angenommen, dass der Informationsaustausch durch die Aufforderungsitems einen enormen Einfluss auf die Zusammenarbeit im Operationsteam hat (1,11). Sie sollten auf keinen Fall aus der Checkliste entfernt werden. Der Informationsaustausch zu «schwieriger Atemweg / erhöhtes Aspirationsrisiko» beim Sign In, der

Informationsaustausch zu kritischen oder aussergewöhnlichen Operationsschritten beim Team Time Out und der Informationsaustausch zur postoperativen Betreuung beim Sign Out sind zum Beispiel eindeutig als Aufforderungsitems einzuordnen (s. Anhang I).

Programm COM-Check Checklistenvergleich 2020 (13)

Während die Checklisten der Stiftung Patientensicherheit Schweiz (SPS) und der World Health Organization (WHO) 21 respektive 12 Kontrollitems enthalten, umfassen die Checklisten der Pilotbetriebe einen Median von 15,5 Kontrollitems (Spannweite: 3–25). Während die Checklisten der SPS und der WHO 9 respektive 10 Aufforderungsitems enthalten, umfassen die Checklisten der Pilotbetriebe einen Median von 4 Aufforderungsitems (Spannweite: 0–10).

Mehr Informationen zur Datenquelle s. S. 7

4.3 | Anpassung der Checkliste an den lokalen Kontext oder im Rahmen der kontinuierlichen Verbesserung

Sowohl Patientensicherheit Schweiz als auch die World Health Organization (WHO) empfehlen bei der Einführung der chirurgischen Checkliste in den eigenen Betrieb, diese an den lokalen Kontext anzupassen. Spezifische Anpassungen an der Checkliste können die Passung zwischen Checkliste und lokalem Kontext erhöhen. Der Anpassungsprozess im möglichst interdisziplinären Team kann zusätzlich die Übernahme und Identifikation mit der Checkliste positiv beeinflussen und das Gefühl der Eigenverantwortung stärken (1,11). Ausserdem kann eine erfolgreiche Anpassung auch zur Weiterentwicklung einer Praktik führen (s. Kap. 4.4). Der Anpassungsprozess birgt jedoch auch verschiedene Gefahren: Zum Beispiel können wichtige Bestandteile der Checkliste verloren gehen, die Hinzunahme von Items kann zulasten der Übersichtlichkeit gehen, Umstrukturierungen können den Fokus verschieben und die eigentliche Funktion der Checkliste beeinträchtigen. All dies kann eine reduzierte Wirksamkeit zur Folge haben. Wichtig ist daher ein systematisches Vorgehen bei der Anpassung – sowohl bei der initialen Anpassung

der Checkliste an lokale Gegebenheiten als auch bei späteren Anpassungen an den dynamischen Gesundheits- und Spitalkontext im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

Vor der Anpassung der chirurgischen Checkliste sollte man sich im Klaren sein, welche Anpassungen unbedenklich oder sogar wünschenswert sind und welche Anpassungen eher vermieden oder nur mit Vorsicht vorgenommen werden sollten, weil sie möglicherweise die Wirksamkeit einschränken. Das heisst, man muss zwischen den Kernelementen, die zwingend erhalten bleiben müssen, und den veränderbaren peripheren Elementen unterscheiden (14). Trotz sorgfältiger Entwicklung und Testung konnte bisher nicht ausreichend belegt werden, welches genau die Kernelemente der chirurgischen Checkliste sind. Es wird jedoch angenommen, dass aus inhaltlicher Sicht den Aufforderungsitems eine besondere Bedeutung zukommt, weil sie die Art und Weise, wie das interprofessionelle Operationsteam miteinander und mit den Patientinnen und Patienten kommuniziert, verändern (11). Daher sind diese als Kernelemente zu verstehen und sollten im Anpassungsprozess nicht aus der Checkliste entfernt werden. Die Unterscheidung in Kontroll- und Aufforderungsitems wurde anhand der Vorlage Checkliste Sichere Chirurgie mit farblich unterlegten Feldern gekennzeichnet (s. Anhang I). Aus Prozessperspektive werden unter anderem die drei Zeitpunkte der Checklistenanwendung und der interprofessionelle Austausch als weitere Kernelemente betrachtet.

Programm COM-Check Checklistenvergleich 2020 (13)

Die Checklisten der teilnehmenden Betriebe unterscheiden sich im Vergleich zu den Checklisten von Patientensicherheit Schweiz und der World Health Organization (WHO) stark: Zum Teil wurden Aufforderungsitems gestrichen, einige Checklisten enthalten deutlich weniger oder deutlich mehr Items als die Vorlagen. Daher kann nicht mehr bei allen analysierten Checklisten von einer gleich hohen Wirksamkeit und Anwendungsfreundlichkeit ausgegangen werden, wie dies für die Surgical Safety Checklist der WHO belegt wurde.

Mehr Informationen zur Datenquelle s. S. 7

Zu den peripheren und veränderbaren Elementen gehören neben den lexikalischen und gestalterischen Anpassungen das Definieren der internen Prozesse, Verantwortlichkeiten und Vorgehensweisen (s. Kap. 4.7). Pro Checklistenenteil muss bestimmt werden, wer für die Bearbeitung der Checkliste anwesend sein muss, wer den Prozess leitet, wie die Items bearbeitet werden und wie bei einer Unstimmigkeit vorgegangen werden muss.

Es gibt inzwischen verschiedene Hilfsmittel für einen systematischen Anpassungsprozess, die von systematischen Planungstools bis hin zu Anleitungen, wie man bereits gemachte Anpassungen dokumentieren soll, reichen (14). Exemplarisch sei hier das Framework for Reporting Adaptations and Modifications-Enhanced (FRAME) (15) aufgrund seiner Praxisnähe genannt. Gemäss diesem sollen folgende Aspekte der Anpassung dokumentiert werden:

- War die Anpassung geplant?
- Wann wurde die Anpassung gemacht?
- Was wurde angepasst?
- Welche Art von inhaltlichen Anpassungen wurden gemacht?
- Welche Art von formalen Anpassungen wurden gemacht?
- Inwieweit wurden die Kernelemente beibehalten?
- Für wen oder was wurden die Anpassung gemacht?
- Wer hat entschieden, die Anpassung zu machen?
- Was war das Ziel der Anpassung?
- Welche Gründe hatte die Anpassung?

Das FRAME-Konzept bietet ausserdem eine umfangreiche Checkliste mit möglichen Antwortoptionen. Auch wenn das Konzept eigentlich für die nachträgliche Dokumentation von Anpassungen konzipiert wurde, kann es durchaus auch bei der Planung von Anpassungen genutzt werden, um Art, Umfang, Gründe und Folgen für geplante Anpassungen vorab zu reflektieren.

4.4 | Positive Adaptionenmöglichkeiten

Die 2012 von Patientensicherheit Schweiz publizierte chirurgische Checkliste wurde aufgrund der Erfahrungen im COM-Check-Programm und im Austausch mit Fachpersonen aus der Praxis kritisch reflektiert. Auf eine Revision der Checkliste wurde jedoch aus zwei Gründen bewusst verzichtet: Zum einen entsprechen die Checklistenitems sowie der generelle Aufbau der Checkliste weiterhin dem aktuellen Stand der Erkenntnisse. Zum anderen ist die Checkliste von Patientensicherheit Schweiz als Vorlage zu verstehen, die an den jeweiligen

lokalen Kontext angepasst werden sollte (s. Kap. 4.3), das heisst, sie hat nicht den Anspruch für jeden Kontext und jedes spezifische Setting vollständig und passgenau zu sein. Beim Checklistenvergleich zu Beginn des COM-Check-Programms haben sich einige interessante Hinweise auf positive Adaptionenmöglichkeiten gezeigt, die die peripheren Checklistenelemente betreffen, das heisst verändert werden dürfen, ohne die Wirksamkeit der Checkliste zu beeinträchtigen:

Betrifft alle drei Checklistenteile:

- Generell sollte die Checkliste nur die nötigsten Informationen enthalten, da sie ein Backup-Prozedere und keine Handlungsanweisung ist (s. Kap. 4.1). Detailinformationen, die die Durchführung betreffen, wie zum Beispiel eine Anleitung, wie oder durch wen ein Item überprüft werden soll, sollten in den Durchführungsrichtlinien (s. Kap. 4.7) definiert und genau beschrieben werden.
- Im Hinblick auf eine einfachere und klarere Unterscheidung von Kontroll- und Aufforderungsitems (s. Kap. 4.2) kann es sinnvoll sein, die beiden Itemarten unterschiedlich (z. B. farblich) zu markieren, nach Itemtyp zu gruppieren oder durch Überschriften (z. B. «Prüfung» bei Kontrollitems oder «Benennung» bei Aufforderungsitems) zu kennzeichnen. Auf diese Weise kann die Checklistenkoordination auf einen Blick erkennen, ob es sich um ein Kontrollitem handelt, bei dem die jeweilige Information mit einer zweiten Quelle abgeglichen werden muss, oder um ein Aufforderungsitem, welches dem Informationsaustausch im Operationsteam dient.
- Das Abhaken eines Items sollte bei allen Items die gleiche Bedeutung haben (abgehakt = überprüft). Schwierigkeiten können entstehen, wenn ein Item für einen Eingriff nicht relevant ist und es keine Antwortalternative dafür gibt. In diesem Fall sollte das Item trotzdem durch die Checklistenkoordination aufgerufen, als «nicht relevant» eingestuft und anschliessend abgehakt werden. Eine Legende auf der Checkliste, die erläutert, was ein abgehaktes Item bedeutet, könnte helfen, solche Unsicherheiten zu vermeiden.
- Ebenso wichtig wie eine klare Initiierung durch die Checklistenkoordination ist auch ein klarer Abschluss des jeweiligen Checklistenteils. Eine Erwähnung des Abschlusses auf der Checkliste je Checklistenteil (z. B. «Sign In beendet») kann der Checklistenkoordination dabei helfen, an einen klaren Abschluss zu denken.

Betrifft das Sign In:

- Statt einem Item für die Patienteneinwilligung Chirurgie und Anästhesie kann es sinnvoll sein, beide Einwilligungen als einzelne Items aufzuführen.

Betrifft das Team Time Out:

- Das Item Teamvorstellung ist auf vielen Checklisten nicht enthalten, da es oftmals als sozial unpassend wahrgenommen wird. Wir empfehlen dennoch, das Item aufzunehmen, da es wichtig ist, dass sich alle Teammitglieder kennen und wissen, wer beim aktuellen Eingriff welche Rolle hat. Das Item baut auf der Erkenntnis auf, dass Menschen, die zu Beginn eines Gespräches die Gelegenheit erhalten, sich zu äussern, auch im Verlauf einfacher ihre Bedenken einbringen können (10,11). Das Item könnte bei stabilen Teams, in denen sich alle kennen, um folgenden Zusatz ergänzt werden: «Operationsteams, die sich alle kennen, bestätigen, dass sie bereit fürs Team Time Out sind». Ein Hilfsmittel ist die Verwendung von Operationshauben, die mit Name (Rufname) und Funktion angeschriebenen sind (16).
- Falls der Eingriffsort zusätzlich zur Markierung mit einer weiteren Quelle (z. B. mit dem Operationsplan) überprüft werden soll, ist es sinnvoll das Item Eingriffsort (Markierung) in zwei Items aufzuteilen.
- Am Ende vom Team Time Out kann mit dem Item Bedenken/Einwände das ganze OP-Team nochmals aktiv zum Speak up aufgefordert werden.

4.5 | Eine oder mehrere Checklisten?

Die beiden Checklistenvorlagen Sichere Chirurgie und Surgical Safety Checklist sind bewusst allgemein gehalten, damit sie in möglichst vielen verschiedenen chirurgischen Disziplinen anwendbar sind. Es hat sich aber gezeigt, dass die Checklisten bei Kurzeingriffen, wie in der Augenchirurgie, oder bei sehr komplexen Eingriffen, wie in der Herzchirurgie, weniger gut geeignet sein können. Erfahrungen aus den beiden nationalen Pilotprogrammen haben gezeigt, dass teilweise spezifische Checklisten für interventionelle und diagnostische Eingriffe in der Augen- und Zahnchirurgie sowie bei lebensbedrohlichen Notfalleingriffen verwendet werden. Auch bei solchen Spezialchecklisten sollte jedoch der Mindeststandard (s. Kap. 4.6) eingehalten werden.

Grundsätzlich wird davon abgeraten, dass in einem Operationssaal viele verschiedene Checklisten zum Einsatz kommen (11).

Programm COM-Check Checklistenvergleich 2020 (13)

22% der teilnehmenden Betriebe verwenden mehr als eine Checkliste. Unterschiedliche Checklisten kommen nach Art der Anästhesie (Lokalanästhesie vs. Vollnarkose), nach Typ der Intervention (chirurgisch vs. diagnostisch) oder nach Disziplin (Kinderchirurgie vs. Allgemeine Chirurgie) zum Einsatz.

Mehr Informationen zur Datenquelle s. S. 7

4.6 | Mindeststandard für Kurz-, Notfall- und Spezialeingriffe

Weil Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass die generische Checkliste Sichere Chirurgie bei Kurz-, Notfall- und Spezialeingriffen in der Anwendung zu viele oder viele unpassende Items hat und daher häufig nicht durchgeführt wird, hat Patientensicherheit Schweiz ein Mindestset an Standarditems definiert, die bei jedem Eingriff geprüft werden müssen – unabhängig von der Art der Checkliste und der betroffenen Disziplin. Damit soll sichergestellt werden, dass auch bei den oben genannten Spezialfällen die chirurgische Checkliste angewendet werden kann und entscheidende Kernelemente auch in den jeweiligen Spezialchecklisten enthalten sind.

Tabelle 1: Mindestset Standarditems für kurze Eingriffe

Sign In	- Identität - Eingriffsart - Markierung / Eingriffsort - Allergien
Team Time Out	- Identität - Eingriffsart - Markierung / Eingriffsort - Risiken Anästhesie - Risiken Operateurin/ Operateur
Sign Out	- Benennung der durchgeführten Eingriffe - Postoperative Betreuung

Programm COM-Check Datenerhebung 2021: Häufigkeitserfassung

64% der Checklisten enthielten alle vier Sign In-«Standarditems», 79% alle fünf Team Time Out-«Standarditems» und 93% die beiden Sign Out-«Standarditems».

Mehr Informationen zur Datenquelle s. S. 7

4.7 | Durchführungsrichtlinien

Spezifische Durchführungsrichtlinien sind eine wichtige Voraussetzung, damit alle Mitglieder des Operationsteams wissen, wie, wann, durch wen und auf welche Art und Weise die Checkliste angewendet wird. Die Kernaspekte sollten schriftlich in Form von Durchführungsrichtlinien festgehalten werden. Diese Durchführungsrichtlinien sind bindend für alle Mitarbeitenden und sollten für alle Mitarbeitenden jederzeit zugänglich sein (z. B. im Intranet). Sie können die Einarbeitung von neuen Mitarbeitenden erleichtern, als Schulungsunterlagen oder Nachschlagewerk bei Unklarheiten genutzt werden sowie Änderungen nach Revision der Checkliste oder des Checklistenprozesses aufzeigen. Sie sind eine notwendige Grundlage, um die korrekte Anwendung der Checkliste im Compliance-Monitoring überhaupt erfassen und beurteilen zu können (s. Kap. 5.4.3).

Programm COM-Check Checklistenvergleich 2020 (13)

Nur 33% der Betriebe verfügen über umfassende Richtlinien zur Checklistendurchführung.

Mehr Informationen zur Datenquelle s. S. 7

Insbesondere folgende Aspekte sollten in den Durchführungsrichtlinien definiert werden:

Zeitpunkt der Durchführung: Wann muss welcher Checklisten teil durchgeführt werden?

Der Zeitpunkt der Checklistenanwendung ist bei jedem Checklisten teil an eine Pause im Operationsablauf verknüpft. Er ist so gewählt, dass die Arbeitsaufgaben bereits ausgeführt sind und dass lediglich nochmals geprüft wird, dass nichts vergessen gegangen ist, bevor der nächste Prozessschritt eingeleitet wird. In den Durchführungsrichtlinien soll pro Checklisten teil definiert werden, wann der jeweilige Checklisten teil durchgeführt werden soll.

Programm COM-Check Checklistenvergleich 2020 (13)

88% der Betriebe haben in ihren Richtlinien oder auf den Checklisten Informationen zum Zeitpunkt der Durchführung erfasst.

Programm COM-Check Datenerhebung 2021: Beobachtung und Feedback

Über alle drei Checklisten teile hinweg wurde die Checkliste in 90% der Fälle zum von der Stiftung Patientensicherheit Schweiz empfohlenen Zeitpunkt durchgeführt, in 8% zu früh und in 2% zu spät.

Mehr Informationen zur Datenquelle s. S. 7

Anwesende Teammitglieder: Wer muss bei welchem Checklisten teil anwesend sein?

Die chirurgische Checkliste hat das Ziel, die Kommunikation und Zusammenarbeit im interprofessionellen Operationsteam zu verbessern. Das bedeutet, dass die Checkliste nicht von einer Person allein bearbeitet und abgehakt wird, sondern im Team bearbeitet werden muss. Damit die Checkliste das Ziel eines verbesserten Informationsaustausches erfüllen kann, ist die Anwesenheit des zentralen Teams pro Checklisten teil von enormer Wichtigkeit. In den Durchführungsrichtlinien soll pro Checklisten teil definiert werden, welche Teammitglieder im Minimum bei der Bearbeitung der Checklisten teile anwesend sein müssen.

Programm COM-Check Checklistenvergleich 2020 (13)

38% der Betriebe haben in ihren Richtlinien oder auf den Checklisten Informationen zu den Teammitgliedern, die pro Checklisten teil anwesend sein müssen, erfasst. Diese Angaben sind jedoch oft eher allgemein gehalten und zu wenig spezifisch (z. B. «ganzes Operationsteam»).

Programm COM-Check Datenerhebung 2021: Beobachtung und Feedback

Über alle drei Checklisten teile hinweg waren in 88% der Fälle alle relevanten Teammitglieder (gemäss internen Richtlinien) bei der Checklisten durchführung anwesend.

Mehr Informationen zur Datenquelle s. S. 7

Rolle der Checklistenkoordination: Wer übernimmt bei welchem Checklisten teil die Checklistenkoordination? Was sind die Aufgaben der Checklistenkoordination?

Für einen gut strukturierten und vollständigen Checklistenprozess ist es wichtig, dass dieser klar geleitet wird. Als Leitung des Checklistenprozesses wird in der Schriftenreihe 5 (1) die Rolle der Checklistenkoordination ausführlich beschrieben. Die Checklistenkoordination initiiert beispielsweise den jeweiligen Checklisten teil zum richtigen Zeitpunkt und ruft alle Items in der Reihenfolge der Checkliste klar und deutlich auf. Grundsätzlich kann jede Person vom Operationsteam die Leitung des Prozesses übernehmen. Sie sollte auf jeden Fall die notwendigen Kompetenzen haben, um bei einer Unstimmigkeit den Prozess abubrechen und klärende Schritte gemäss Richtlinien einzuleiten. In den Durchführungsrichtlinien sollte pro Checklisten teil definiert werden, wer die Rolle der Checklistenkoordination übernimmt und welche Aufgaben/Kompetenzen die Checklistenkoordination beinhaltet.

Programm COM-Check Checklistenvergleich 2020 (13)

67% der Betriebe haben in ihren Richtlinien oder auf den Checklisten Informationen zur Checklistenkoordination erfasst.

Programm COM-Check Datenerhebung 2021: Beobachtung und Feedback

Beim Sign In übernahm die Anästhesiepflege am häufigsten (64%) von allen involvierten Professionen die Checklistenkoordination, beim Team Time Out die Zudienung (51%) und beim Sign Out die Chirurgin oder der Chirurg (43%).

Mehr Informationen zur Datenquelle s. S. 7

Bearbeitung der Items: Wie werden welche Items bearbeitet? Was bedeutet ein abgehaktes/angekreuztes Checklistenitem? Wo sind welche Kontrollen anzuwenden?

Die chirurgische Checkliste besteht aus zwei Arten von Items, die unterschiedlich bearbeitet werden (s. Kap. 4.2). In den Durchführungsrichtlinien sollte pro Item definiert werden, wie das jeweilige Item von wem bearbeitet werden soll. Bei Kontrollitems ist insbesondere wichtig zu definieren, mit welcher zusätzlichen Quelle (Patientin/Patient, Operationsprogramm, Patientendokumentation etc.) eine Information abgeglichen werden soll. Beispielsweise kann definiert sein, dass beim Team Time Out die Patientenidentität von der Anästhesiepflege anhand des Patientenarmbandes geprüft werden soll. Bei den Aufforderungsitems ist es wichtig zu definieren, welche Informationen mit dem Team geteilt werden sollen. Beispielsweise kann beim Team Time Out bei den patientenspezifischen Risiken das Blutungs-, Thrombosen- oder Dekubitusrisiko besprochen werden.

Programm COM-Check Datenerhebung 2021: Beobachtung und Feedback

Es zeigte sich, dass beim Sign In die Identität der Patientin oder des Patienten in 98% der Fälle verbal aufgerufen, aber nur in 76% der Fälle visuell kontrolliert wurde. Beim Team Time Out wurde die Identität in 97% der Fälle verbal aufgerufen, aber nur in 45% der Fälle visuell kontrolliert.

Mehr Informationen zur Datenquelle s. S. 7

Vorgehen bei Unstimmigkeiten: Wie ist das Vorgehen bei Unstimmigkeiten? Wer übernimmt welche Aufgabe?

Die Funktion der Checkliste als Backup-Prozedere, mit dem Komplikationen und Schädigungen von Patientinnen und der Patienten vermieden werden können, zeigt sich unter anderem darin, dass Unstimmigkeiten im Checklistenprozess rechtzeitig entdeckt und behoben werden können. Für die Checklistenkoordination und das beteiligte Operationsteam ist es wichtig zu wissen, wie bei einer Unstimmigkeit vorgegangen werden muss. Es ist Teil der Sicherheitskultur, wie konsequent solche Unstimmigkeiten behoben werden – auch wenn dies möglicherweise mit Verzögerungen im geplanten Operationsprozess einhergeht. Kommt es bei einem Item besonders häufig zu einer Unstimmigkeit, so kann dies ein Hinweis sein, an welcher Stelle die Prozesse optimiert und Verbesserungsmaßnahmen angesetzt werden müssen. In den Durchführungsrichtlinien soll pro Checklistenenteil (insbesondere bei den Kontrollitems) definiert werden, wie bei einer Unstimmigkeit vorgegangen werden soll und wer dabei welche Aufgabe übernehmen soll.

Programm COM-Check Datenerhebung 2021: Beobachtung und Feedback

In 10% der Sign Ins, in 11% der Team Time Outs und in 10% der Sign Outs wurden eine oder mehrere Unstimmigkeiten entdeckt.

Mehr Informationen zur Datenquelle s. S. 7

4.8 | Markierungsrichtlinien

Der Einsatz der chirurgischen Checkliste beeinflusst die perioperativen Arbeitsprozesse und diese wiederum haben einen Einfluss auf die Patientenergebnisse (17). Bei einer erfolgreich eingeführten Checkliste müssen auch die vor- und nachgelagerten Prozesse optimiert und aufeinander abgestimmt werden. Ein Beispiel betrifft die Markierung, die im ganzen Betrieb einheitlich gehandhabt und klar geregelt werden muss. So muss beispielsweise gewährleistet werden, dass auch Eingriffe in der ambulanten Chirurgie oder durch Belegärztinnen und -ärzte markiert werden. Eingriffe am falschen Patienten, auf der falschen Körperseite oder am falschen Eingriffsort gehören zu den schwerwiegendsten Be-

handlungsfehlern in der Chirurgie. Durch die korrekte Markierung der Eingriffsstelle und das konsequente und zuverlässige Prüfen im Rahmen des Checklistenprozesses könnten sie theoretisch komplett vermieden werden. Da Eingriffsverwechslungen bei jedem Eingriff vorkommen können, empfiehlt Patientensicherheit Schweiz, alle Eingriffe zu markieren, ausser es handelt sich um einen hochakut-lebensbedrohlichen Notfall.

Wie eine aktuelle Studie aus dem UK zeigt (18), gibt es grosse Unterschiede bei der präoperativen Markierung. Auch in der Schweiz gibt es aktuell noch keine einheitlichen Richtlinien, wie markiert wird. Jeder Betrieb sollte in internen Markierungsrichtlinien die Art und Weise festlegen, wie und womit markiert wird, wer dafür zuständig ist etc. Wichtige Grundzüge des Markierens, wie der Einbezug der Patientinnen und Patienten oder die vorgängige Prüfung der Patientenidentität und Eingriffsart, sind in der Schriftenreihe 5 (1) beschrieben. Zahlreiche Eingriffe, insbesondere in der Augen-, Zahn- oder Wirbelsäulenchirurgie, erfordern sehr spezifische Vorgehensweisen beim Markieren. Spezialisierte Kliniken haben verschiedene Techniken ausprobiert und können praktische Empfehlungen geben. So wird in der Augen- chirurgie zum Teil mit farbigen Armbändern oder Pflastern im Gesicht gearbeitet, andere Kliniken bringen bei Eingriffen im Gesicht eine Markierung auf der jeweiligen Hand an, um die richtige Seite zu markieren.

Da die Prozesse beim Anbringen einer Markierung bei stationären und ambulanten Eingriffen, bei internen Operierenden und Belegärztinnen oder -ärzten unterschiedlich sein können, müssen diese inklusive der Verantwortlichkeiten festgelegt werden.

Programm COM-Check Datenerhebung 2021: Beobachtung und Feedback

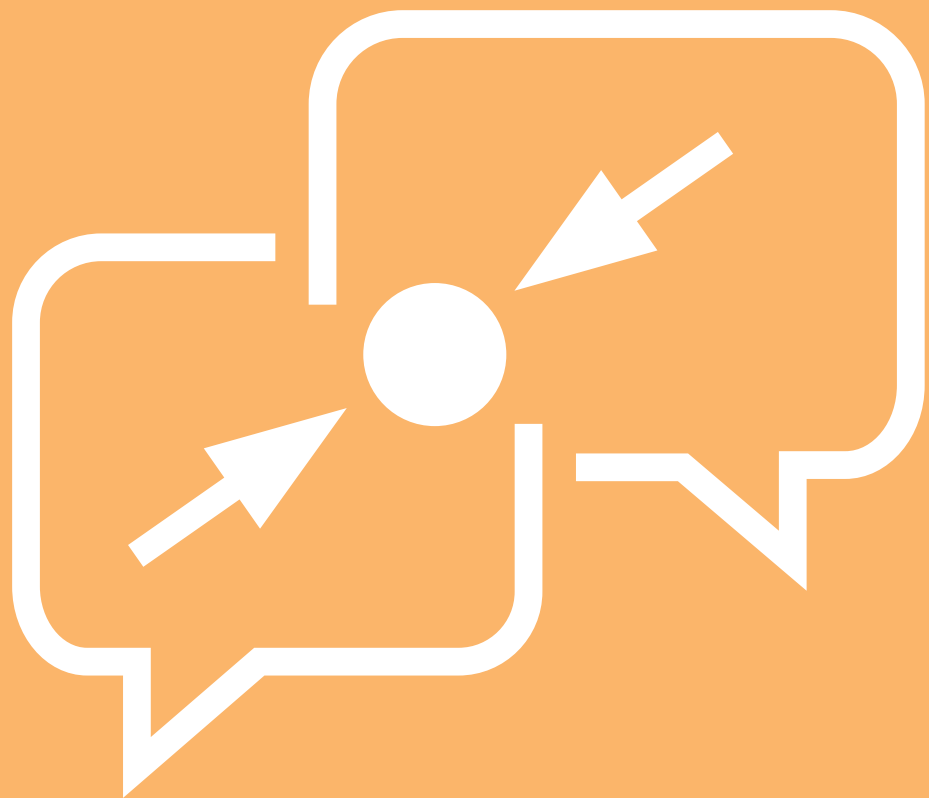
Es zeigte sich, dass das Item Markierung beim Sign In 72% der Fälle aufgerufen und in 61% der Fälle visuell kontrolliert wurde. Beim Team Time Out wurde das Item Markierung in 84% der Fälle aufgerufen und in 32% der Fälle visuell kontrolliert.

Mehr Informationen zur Datenquelle s. S. 7



TEIL B

COM-Check – Sichere Chirurgie



5 | Mehr Sicherheit durch Selbstevaluation und Feedback

Patientensicherheit Schweiz hat ein Monitoring-Konzept zur Messung und Verbesserung der Compliance mit der chirurgischen Checkliste (Definition s. Kap. 5.4.1) entwickelt. Dabei messen die Betriebe ihre Compliance selbst, führen Beobachtungen im Operationssaal durch (s. Kap. 5.4) und geben dem beteiligten Operationsteam unmittelbar nach der Beobachtung ein kollegiales und lernförderliches Feedback (s. Kap. 5.5). Die Selbstevaluation hat den Vorteil, dass die dafür benötigten Kompetenzen bei den klinisch tätigen Mitarbeitenden in den Betrieben aufgebaut werden und so Kulturtragende entstehen, die Teil der Organisation sind. Compliance-Messungen durch externe Personen geschehen im Rahmen eines Audits. Solche Audits können jedoch nur punktuell und selten durchgeführt werden und haben häufig den Charakter einer «Kontrolle». Zielführender ist ein regelmässiges Monitoring der Compliance durch Beobachtung und direktes Feedback in «real time» (19).

Das hier beschriebene Monitoring-Konzept ist Teil eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (s. Kap. 5.8). Es soll bereits bei der Einführung so geplant werden, dass regelmässige Verlaufsmessungen mit Beobachtung und unmittelbarem Feedback möglich sind. Compliance wird sowohl anhand der Dokumentation – zum Beispiel durch Auszählung von Checklisten in Papierform – als auch durch Beobachtung gemessen und durch unmittelbar an die Beobachtung anschliessendes Feedback verbessert. Durch Beobachtung und Feedback soll Lernen im interprofessionellen Operationsteam stattfinden: Verhalten soll bewusst gemacht, Wissen aufgebaut, Unklarheiten diskutiert und schlechte Routinen durchbrochen werden.

Folgende Schritte sind für die erfolgreiche Einführung des Monitoring-Konzeptes notwendig:

- Interprofessionelles Projekt- und Beobachtungsteam bilden (s. Kap. 5.1)
- Individuelle Monitoring-Ziele und allgemeine Kennzahlen festlegen (s. Kap. 5.2)
- Beobachtungen und Datenerfassung planen (s. Kap. 5.4.2 und 5.4.3)
- Interne Kommunikation festlegen (s. Kap. 5.3)
- Instrumente für die Messung der Compliance mit der chirurgischen Checkliste anpassen (s. Kap. 5.4)
- Umgang mit dem Beobachtungsinstrument einüben (s. Kap. 5.7)
- Kollegiales und lernförderliches Feedback einüben (s. Kap. 5.7)
- Beobachtungen und Datenerfassung umsetzen
- Daten auswerten und Ergebnisse kommunizieren (s. Kap. 5.8)
- Verbesserungen umsetzen und Verlaufsmessungen planen (s. Kap. 5.8)

Nachfolgend werden die einzelnen Schritte beschrieben und mit Erfahrungen aus dem Pilotprogramm sowie mit Aussagen der Projektmitglieder der teilnehmenden Pilotbetriebe ergänzt.



Das Glühbirnensymbol kennzeichnet konkrete Hinweise und Empfehlungen zur Einführung des Monitoring-Konzeptes im Betrieb.

5.1 | Interprofessionelles Projekt- und Beobachtungsteam bilden

Um die Akzeptanz und die Nachhaltigkeit des Compliance-Monitorings sicherzustellen, müssen im Projekt- und Beobachtungsteam alle zentralen Professionen, die am Checklistenprozess beteiligt sind, vertreten sein.

Patientensicherheit Schweiz empfiehlt, dass die Beobachtungen und Feedbacks von Führungspersonen, wie den leitenden Ärztinnen und Ärzten der Chirurgie und der Anästhesie sowie den Leitungen der Operations- und Anästhesiepflege, durchgeführt werden. Die Projektgruppe sollte durch Mitarbeitende des Qualitäts- und Risikomanagements ergänzt werden. In grösseren Betrieben können auch das Operationsmanagement, die Technik oder Bildungsverantwortliche einbezogen werden. Es hat sich gezeigt, dass Feedbacks besser akzeptiert werden, wenn sie von Personen gegeben werden, die über angemessenes Fachwissen und Fähigkeiten verfügen (20).



Im COM-Check-Programm haben in gewissen Pilotbetrieben auch Mitarbeitende des Qualitäts- und Risikomanagements Beobachtungen und Feedbacks durchgeführt. Setzen Sie Ihr Projekt- und Beobachtungsteam so zusammen, dass die Beobachtungen und Feedbacks vom Operationsteam akzeptiert werden. Dies kann je nach Kultur des Betriebes unterschiedlich sein.

« Bei uns haben nach entsprechender Einführung auch die Qualitätsbeauftragten Beobachtungen und Feedbacks durchgeführt. Es wurde sehr positiv aufgenommen. »

« Wir haben die Beobachtungen mit Feedback zum Führungsinstrument gemacht. »

5.2 | Individuelle Monitoring-Ziele und allgemeine Kennzahlen festlegen

Im zuvor gebildeten interprofessionellen Projekt- und Beobachtungsteam sollten als nächstes die Ziele des Compliance-Monitorings definiert werden. Soll zum Beispiel das Monitoring einen Gesamtüberblick über die Checklisten-Compliance im ganzen Betrieb geben oder stehen einzelne chirurgische Disziplinen, bestimmte Wochentage oder Tageszeiten im Fokus?

Zusätzlich zu den Compliance-Daten sollten allgemeine Kennzahlen erfasst werden, die einen potenziellen Einfluss auf die Durchführung der Checkliste haben (s. Tab. 2). Diese helfen bei der Interpretation der Ergebnisse und erlauben bei ausreichend hohen Fallzahlen interne Vergleichsgruppen zu bilden – zum Beispiel zwischen verschiedenen Kliniken oder zwischen ambulanten und stationären Eingriffen.

Tabelle 2: Kriterien zur Erfassung der allgemeinen Kennzahlen

Kriterium	Vergleichsgruppen
Datum	Mo–Fr versus Sa/So
Uhrzeit	Tag (7.30 – 16.59 Uhr) versus Nacht (17.00 – 7.29Uhr) ¹
Ambulant / stationär	Ambulant, stationär
Chirurgische Disziplin	Viszeralchirurgie, Orthopädie, Gynäkologie etc.
Elektiv / Notfall	Elektiv, Notfall <i>Optional: inkl. Dringlichkeit der Notfälle</i>
Anästhesie	Vollnarkose, Regionalanästhesie, Lokalanästhesie
<i>Optional: Standort</i>	<i>Standort A, Standort B</i>
<i>Optional: interne / externe Operateurinnen, Operateure</i>	<i>Interne Chirurgeninnen und Chirurgen, Belegärztinnen und -ärzte</i>
<i>Optional bei der Beobachtung: Profession der beobachtenden Person</i>	<i>Chirurgie, Anästhesie, Operations- oder Anästhesiepflege, Operationsmanagement, Qualitäts- und Risikomanagement</i>

Anmerkung: ¹Einteilung nach van Klei et al., 2012 (21)



Bedenken Sie bei der Definition Ihrer Monitoring-Ziele, dass zuverlässige Vergleiche eine entsprechende Stichprobengrösse benötigen. Patientensicherheit Schweiz empfiehlt, die Monitoring-Ziele schon von Beginn an realistisch und unter Berücksichtigung vorhandener Ressourcen zu planen. Zu Beginn der Datenerhebung besteht die Gefahr, dass man sehr umfassende oder anspruchsvolle Daten erheben möchte, deren Erfassung über einen längeren Zeitraum jedoch nicht gewährleistet werden kann.

Überprüfen Sie als nächstes, ob die allgemeinen Kennzahlen die für Ihre Monitoring-Ziele benötigten Informationen abdecken. Definieren Sie allenfalls ergänzende Kriterien (s. Tabelle 2 «Optional»).

Stellen Sie sicher, dass die allgemeinen Kennzahlen (ggf. inkl. Ergänzungen) in die nachfolgend beschriebenen Erhebungsinstrumente (s. Kap. 5.4) integriert und miterhoben werden.

5.3 | Interne Kommunikation festlegen

Mit der Einführung des Monitoring-Konzeptes muss frühzeitig überlegt werden, welche Mitarbeitergruppen zu welchem Zeitpunkt wie informiert werden. Insbesondere die Ankündigung der Beobachtungen mit den unmittelbaren Feedbacks sollte gut eingeführt werden, damit die davon betroffenen Mitarbeitenden sich darauf einstellen können. Die Art und Weise (E-Mail, Intranet, Plakat, Meetings etc.), die Vorgehensweise (z. B. zuerst die Führungsebene, dann die Mitarbeitenden) sowie der Zeitpunkt sollten in der interprofessionellen Projektgruppe festgelegt werden.

Die Kommunikation der Ergebnisse der Compliance-Messung muss ebenfalls im Voraus festgelegt werden. Durch die Beobachtungen und Feedbacks sind die Mitarbeitenden des Operationsbereiches direkt in die Compliance-Messung involviert. Es ist wichtig, dass Sie eine Rückmeldung zu Ihren Ergebnissen erhalten und diese mitdiskutieren können.

« Es braucht Feedback mit Kennzahlen. Das Operationsteam muss sehen, in welche Richtung es geht. »

5.4 | Instrumente für die Messung der Compliance mit der chirurgischen Checkliste anpassen

Für die Vergleichbarkeit von Compliance-Kennzahlen (intern, im Verlauf, extern), muss die Compliance mit der Checkliste einheitlich definiert und die Messmethode standardisiert werden. Patientensicherheit Schweiz hat entsprechende Instrumente entwickelt und diese im Rahmen vom COM-Check-Programm getestet und optimiert.

« Wichtig ist der Benchmark. Wo steht man im Vergleich zu anderen? »

5.4.1 | Definition der Compliance

Die Compliance mit der chirurgischen Checkliste wird anhand von drei Aspekten gemessen: Häufigkeit, Vollständigkeit und Qualität der Durchführung.

Eine hohe Compliance bez. **Häufigkeit** der Checklistenanwendung bedeutet, dass alle drei Teile der chirurgischen Checkliste bei jedem Eingriff bearbeitet werden – zu jeder Tageszeit, bei jeder Anästhesieform, in jeder chirurgischen Disziplin, bei elektiven- und bei Notfall-eingriffen sowie im stationären als auch im ambulanten Bereich.

Eine hohe Compliance bez. **Vollständigkeit** der Itemabfrage bedeutet, dass bei jedem Checklistenteil alle Items bearbeitet werden. Ein Item gilt als bearbeitet, wenn das Checklistenitem thematisiert, das heisst mindestens aufgerufen wurde (2,22).

Die **Qualität der Durchführung** entspricht dem Grad der «Umsetzungstreue» (fidelity), das heisst inwiefern die Checkliste so angewendet wird, wie in den dazugehörigen Durchführungsrichtlinien festgelegt ist (3,23). Dazu gehören unabhängig von den betriebsinternen Richtlinien eine klare Initiierung und strukturierte Führung durch die Checkliste, die aktive und konzentrierte Beteiligung des jeweiligen Teams und das korrekte Bearbeiten der Checklistenitems. Die Kontrollitems erfordern einen zuverlässigen Abgleich mit einer zusätzlichen Informationsquelle und die Aufforderungsitems einen guten Informationsaustausch im Operationsteam (s. Kap. 4.2).

Die drei Aspekte der Compliance werden anhand der Dokumentation (Häufigkeit) und durch Beobachtung (Vollständigkeit und Qualität) gemessen.

5.4.2 | Häufigkeit der Compliance

Die Häufigkeit der Checklistenanwendung wird anhand von Dokumenten (Papierchecklisten oder Laufzetteln) erfasst. Falls die Checklistendurchführung bereits elektronisch erfasst wird, können die Daten direkt aus dem elektronischen System exportiert werden. Die Häufigkeitsmessung soll Auskunft darüber geben, wie oft die drei Checklistenanteile Sign In, Team Time Out und Sign Out angewendet werden. Falls vorhanden, können auch weitere Checklistenanteile, wie zum Beispiel eine Checkliste auf der Station, in die Compliance-Messung mit einbezogen werden.

Erhebungsinstrument (s. Vorlage im Anhang II)

Pro Eingriff wird geprüft, ob jeder der drei Checklistenanteile durchgeführt, teilweise durchgeführt oder nicht durchgeführt wurde.

«Durchgeführt»:	Alle Items des Checklistenanteils sind vollständig abgehakt
«Teilweise durchgeführt»:	Mindestens ein Item des Checklistenanteils ist abgehakt, aber nicht alle
«Nicht durchgeführt»:	Kein Item des Checklistenanteils ist abgehakt oder Checkliste fehlt

Bei der Erfassung der Häufigkeit der Compliance müssen pro Eingriff auch die allgemeinen Kennzahlen (s. Kap. 5.2) erhoben werden. Um zu prüfen, ob in der definierten Messperiode alle Eingriffe ohne Auslassung erfasst wurden sowie ob fehlende oder doppelte Einträge bei der Datenerfassung vorliegen, muss zusätzlich eine eindeutige Kennzahl zur Identifikation des Eingriffes miterhoben werden. Diese sollte möglichst wenig Aufschluss über sensible Daten geben und kann nach der Datenüberprüfung aus dem Datensatz gelöscht werden.

In Betrieben, wo die Durchführung der Checkliste gemäss internen Richtlinien mit Datum und Unterschrift bestätigt wird, kann das Visieren bei der Häufigkeitsmessung zusätzlich erfasst werden. Eine fehlende Unterschrift sollte jedoch nicht in die Compliance-Werte einfließen, das heisst, sie sollte nicht als zusätzliches Item betrachtet werden. Mit der Unterschrift kann lediglich die Durchführung der Checkliste bezeugt werden, jedoch nicht die Vollständigkeit und Korrektheit, wie die Checkliste bearbeitet wurde (1).

Erforderliche Datenmenge

Die Betriebsgrösse und das Operationsvolumen bestimmen die maximale Datenmenge, die in einer bestimmten Zeitperiode erfasst werden können. Als Mindestdatenmenge empfiehlt Patientensicherheit Schweiz für die Häufigkeitserfassung einen Datensatz von 200 Eingriffen. Bei der Vollerhebung, das heisst der Erfassung aller aufeinanderfolgenden Eingriffe für eine bestimmte Dauer, sollte das Zeitfenster mindestens einen Monat betragen, damit auch die Eingriffe am Wochenende und in der Nacht in die Messung einfließen. Falls gemäss den definierten Monitoring-Zielen (s. Kap. 5.2) Vergleiche zwischen einzelnen Gruppen (z. B. zwischen verschiedenen chirurgischen Disziplinen) gemacht werden sollen, muss die Stichprobengrösse entsprechend erhöht werden, um statistisch signifikante Unterschiede finden zu können.

Programm COM-Check Datenerhebung 2021: Häufigkeit

Die 12 teilnehmenden Pilotbetriebe haben während der Datenerfassung von November 2020 bis März 2021 im Durchschnitt 719 gültige Eingriffe erfasst.

Mehr Informationen zur Datenquelle s. S. 7

Form der Checkliste

Wenn die Checkliste auf Papier bearbeitet wird, so muss für die Häufigkeitsmessung festgelegt werden, wie und wo die Checklisten gesammelt werden sowie wer die Checklisten mit dem Operationsplan abgleicht und elektronisch erfasst.

Wird die Checkliste mündlich anhand einer visuellen Referenz (Poster, laminierte Checkliste) bearbeitet, muss für die Zeit der Datenerhebung ein Laufzettel pro Eingriff ausgefüllt werden. Bei der Einführung eines Laufzettels müssen Verantwortlichkeiten und Prozesse sowohl für die lückenlose Verwendung der Laufzettel während der Messperiode als auch für die vollständige elektronische Erfassung derjenigen festgelegt werden.

Wenn die Durchführung der chirurgischen Checkliste bereits in einem elektronischen System erfasst wird, muss geprüft werden, ob die Daten inklusive der allgemeinen Kennzahlen exportiert werden können. Gegebenenfalls müssen vorab zusätzliche Erfassungsfelder oder Schnittstellen programmiert werden.



Patientensicherheit Schweiz empfiehlt im Vorfeld der Datenerhebung in einem einwöchigen Pilottest zu prüfen, ob der festgelegte Prozess funktioniert und alle benötigten Informationen erhoben werden können. Alle Daten sollten unabhängig von der Form der Checkliste und Art der Erhebung im Rahmen der Datenaufbereitung auf Doppel-/Mehrfacheinträge überprüft werden, um eine hohe Datenqualität sicherzustellen.

« Informatik kann helfen, den Prozess zu vereinfachen, zum Beispiel durch einen Scanner im OP. »

« Wir müssen die Informatik synchronisieren. Die einzelnen Checklistenanteile werden in unterschiedlichen Programmen erfasst, die bisher nicht miteinander korrespondieren. »

5.4.3 | Vollständigkeit und Qualität der Compliance

Die Vollständigkeit der Itemabfrage und die Qualität der Durchführung wird durch Beobachtung erhoben. Patientensicherheit Schweiz hat zur Erfassung der Vollständigkeit und Qualität der Compliance ein Beobachtungsinstrument entwickelt und dieses im COM-Check-Programm in 11 Betrieben und an 14 Standorten getestet und weiter optimiert. Es basiert auf bestehenden Instrumenten wie dem Checklist Usability Tool (24), der WHO-BARS (25), Erkenntnissen aus einer nationalen Studie der Universität Neuenburg (<http://p3.snf.ch/Project-156882>), aus Elementen der Closed Loop Communication (26,27) und Grundlagen zur Anatomie der chirurgischen Checkliste (11). Ziel des Beobachtungsinstrumentes ist es, die sicherheitsrelevanten Prozesse auf Itemebene abzubilden.

Die Verwendung eines Beobachtungsinstrumentes hilft, den Fokus auf spezifische Verhaltensweisen zu legen, die Beobachtungen durch unterschiedliche Personen standardisiert und einheitlich zu erfassen und ein konkretes Thema für das anschliessende Feedback an das beteiligte Team auszuwählen (11).

Beobachtungsinstrument

(s. Vorlage im Anhang III)

Das Beobachtungsinstrument ist in vier Teile gegliedert: 1) die allgemeinen Kennzahlen (s. Kap. 5.2), 2) die Initiierung, 3) das Bearbeiten der Items und 4) die Gesamtbewertung. Die allgemeinen Kennzahlen werden unmittelbar vor der Beobachtung erfasst. Wir empfehlen, zusätzlich zu den allgemeinen Kennzahlen, die Profession der beobachtenden Person zu erheben. Je nach beruflichem Hintergrund kann der Fokus bei der Beobachtung und im Feedback auf unterschiedlichen Aspekten der Checklistenanwendung liegen.

Initiierung des Checklistenprozesses

Zu einer guten Initiierung gehört ein klares Startsignal, der richtige Zeitpunkt, die Anwesenheit aller benötigten Teammitglieder und das Pausieren der Arbeit durch alle involvierten Personen. Das Startsignal gibt den Teammitgliedern die Möglichkeit, ihre Bereitschaft zu bestätigen oder um Aufschub zu bitten, falls eine Arbeit zuerst beendet werden muss. Durch das Startsignal wissen die Teammitglieder, dass sie nun ihre Aufmerksamkeit dem Checklistenprozess widmen sollen.

Das Startsignal wird in der Regel durch die mit der Checklistenkoordination beauftragte Person gegeben. Sie schaut, dass alle benötigten Teammitglieder anwesend und aufmerksam sind. Für einen strukturierten Checklistenprozess und damit keines der Items ausgelassen wird, ist es wichtig, dass die Items in der Reihenfolge der Checkliste laut und deutlich abgelesen und an die betreffenden Personen adressiert werden. In den internen Durchführungsrichtlinien (s. Kap. 4.7) ist pro Checklistenanteil festgelegt, welche Person in welcher Funktion die Aufgabe der Checklistenkoordination innehat.

Tabelle 3 zeigt die von Patientensicherheit Schweiz empfohlenen Kriterien zur Einschätzung der Initiierung des Checklistenprozesses.

Tabelle 3: Kriterien zur Einschätzung der Initiierung des Checklistenprozesses

Kriterium	Antwortkategorie
Klare Initiierung	Ja Teilweise Nein
Richtiger Zeitpunkt von Sign In / Team Time Out / Sign Out	Ja, vor Anästhesieeinleitung / Ja, vor Schnitt / Ja, bevor Operateurin, Operateur den Operationssaal verlässt / Nein, zu früh / Nein, zu spät
Alle anwesend	Anästhesistin / Anästhesist Anästhesiepflege <i>alle Berufsgruppen / Funktionen auflisten, die gemäss internen Richtlinien pro Checklisten teil anwesend sein müssen</i> Wenn nein, wer hat gefehlt
Alle pausieren ihre Arbeit	Ja Teilweise Nein
Wer leitet das Sign In / Team Time Out / Sign Out?	Anästhesistin / Anästhesist Anästhesiepflege <i>alle Berufsgruppen / Funktionen auflisten, die gemäss internen Richtlinien pro Checklisten teil anwesend sein müssen</i> (Mehrfachauswahl ermöglichen)
Ablesen der Checklistenitems	Ja Teilweise Nein



Die Erfahrungen im Programm COM-Check haben gezeigt, dass nicht immer klar ist, wer die Funktion der Checklistenkoordination innehat und für die Führung verantwortlich ist. Zum Teil haben mehrere Personen gleichzeitig die Führung übernommen oder im Verlauf gewechselt. Daher sollte im Erfassungstool bei der Leitung des Checklistenteils eine Mehrfachauswahl möglich sein.

« Beim Checklistenlead gibt es zwei Varianten: Entweder rigoros oder nur teilweise. Diejenigen, die nur teilweise führen, sind sich dessen nicht bewusst. »

« Es braucht eine einheitliche Initiierung, vor allem beim Team Time Out. »

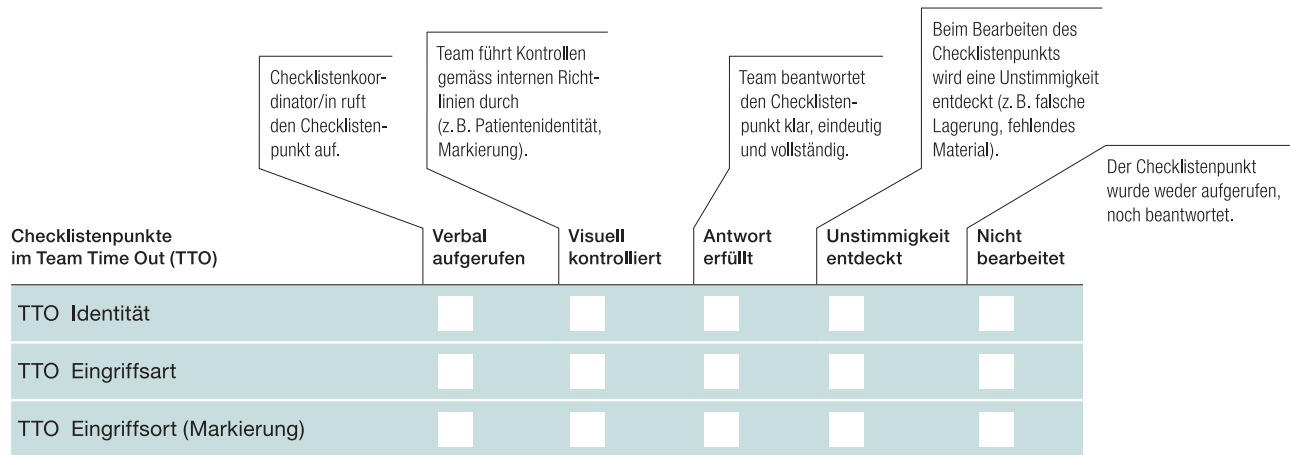
Bearbeiten der Items

Das korrekte Bearbeiten der Checkliste erfordert eine «Ping-pong»-Kommunikation zwischen der Checklistenkoordination und dem beteiligten Team (s. Abb. 1). Die Checklistenkoordination ruft das Item klar und deutlich auf (verbal aufgerufen). Bei Kontrollitems führt das zuständige Team die Kontrolle zuverlässig aus (visuell kontrolliert) und bestätigt verbal (Antwort erfüllt). Bei Aufforderungsitems teilen die involvierten Personen die benötigten Informationen miteinander (Antwort erfüllt) (s. Kap. 4.2). Wird ein Item weder aufgerufen noch beantwortet, so gilt es als nicht bearbeitet.

Wird während der Bearbeitung eines Items eine Unstimmigkeit entdeckt, wie zum Beispiel eine fehlende Unterschrift auf der Einverständniserklärung oder ein unpassendes Implantat, so wird dies beim betreffenden Item als «Unstimmigkeit entdeckt» erfasst (s. Abb. 1). Bei einer entdeckten Unstimmigkeit muss gemäss internen Richtlinien (s. Kap. 4.7) sofort interveniert und die Unstimmigkeit vollständig behoben werden (1).

Abbildung 1 zeigt den Prozess auf, wie die einzelnen Checklistenitems korrekt bearbeitet werden. Für die Berechnung der Vollständigkeit der Compliance gilt ein Item als bearbeitet, wenn es mindestens aufgerufen oder beantwortet wurde. Die entdeckten Unstimmigkeiten sind für die Berechnung der Compliance nicht relevant. Sie zeigen vielmehr auf, dass die Checkliste Wirkung hat und dass durch ihre korrekte Anwendung potenziell folgenschwere Fehler vermieden werden können; sie verweisen auch darauf, wo die vorgelagerten Prozesse noch optimiert werden müssen.

Abbildung 1: Ausschnitt aus dem Beobachtungsinstrument: Bearbeitung der Checklistenpunkte



« Man kann die Checkliste auch als Marketinginstrument nutzen, wenn man den Patientinnen erklärt, warum die Checkliste in ihrer Anwesenheit gemacht wird. »

« Speak up kann auch von den Patientinnen kommen. Man kann sagen: «Halten Sie mich auf, wenn ich einen Fehler mache!». »

Gesamtbewertung

Abschliessend soll der Checklistenprozess im Gesamten bewertet werden, und zwar im Hinblick auf folgende Aspekte: Checklistenlead, Teamengagement, Stimmung, Rhythmus, akustische Verständlichkeit. Im COM-Check-Programm wurden die Gesamtbewertungskriterien auf einer bipolaren Skala erfasst (s. Abb. 2). Die Resultate zeigten hohe Durchschnittswerte und wenig Varianz. Über alle Kriterien hinweg lag der Durchschnitt bei 4.2.



Tipps für die Beobachtung:

- Das Beobachten und Einschätzen im Beobachtungsinstrument, insbesondere wie die Items bearbeitet werden, ist eine Übungssache. Im COM-Check-Programm haben wir festgestellt, dass zu Übungszwecken mindestens fünf Beobachtungen zu zweit durchgeführt, unabhängig voneinander eingeschätzt und gemeinsam besprochen werden sollten.
- Die Reihenfolge und Benennung der Checklistenitems im Beobachtungsinstrument sollten der verwendeten Checkliste entsprechen.
- Die Position für die Beobachtung muss sorgfältig gewählt werden. Achten Sie zu Beginn der Beobachtung darauf, dass Sie alle Teammitglieder gut sehen können.
- Falls es schwierig ist, der Checklistenanwendung zu folgen, notieren Sie den Grund dafür. Möglicherweise wurde zu leise gesprochen, die Checkliste wurde zu schnell/hektisch bearbeitet oder die Reihenfolge der Checkliste wurde nicht eingehalten. Thematisieren Sie diese Beobachtungen im anschliessenden Feedback.

Abbildung 2: Kriterien der Gesamtbewertung gemäss Programm COM-Check

		1	2	3	4	5	
Checklisten Lead	keine Führung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	klare Führung
Team Engagement	passive, unbeteiligt, jede und jeder für sich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	aktiv, beteiligt, ein Miteinander
Stimmung	angespannt, irritiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	offen wertschätzend, Speak up möglich
Rhythmus	gehetzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ruhig
akustische Verständlichkeit (Lärm)	nicht verständlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	gut verständlich

Patientensicherheit Schweiz schlägt daher vor, die Gesamtbewertungskriterien anhand von positiv formulierten Kriterien (s. Tabelle 4) zu erfassen. Möglicherweise fällt es den beobachtenden Personen leichter, ein positiv formuliertes Item objektiv zu beurteilen, als ein Item auf einem Kontinuum mit positiv und negativ formulierten Endpunkten. Die neu formulierten Kriterien wurden noch nicht umfassend in der Praxis getestet.

Tabelle 4: Kriterien der Gesamtbewertung (empfohlen)

Kriterium	Antwortkategorie
Die Führung durch den Checklistenprozess war klar und strukturiert.	Ja Teilweise Nein
Das ganze Team hat sich aktiv am Checklistenprozess beteiligt.	Ja Teilweise Nein
Die Stimmung im Team war offen und wertschätzend, so dass Speak up jederzeit möglich war.	Ja Teilweise Nein
Das Tempo beim Bearbeiten der Checkliste war angemessen und ruhig.	Ja Zu schnell Zu langsam
Das Gesprochene war akustisch gut verständlich.	Ja Teilweise Nein

Rahmenbedingungen für die Beobachtung

Es sollen offene und nichtteilnehmende Beobachtungen durchgeführt werden, das heisst, die beobachtende Person ist während der Checklistendurchführung anwesend, greift aber nicht in das Geschehen ein, ausser es geht um die Verhinderung eines folgenschweren Fehlers. Offen bedeutet, dass vor der Beobachtung das am Checklistenprozess beteiligte Team begrüsst und der Grund der Anwesenheit, nämlich die Beobachtung mit anschliessendem Feedback, bekannt gegeben wird. Das offene Beobachten ist Zeichen einer Vertrauenskultur und Voraussetzung für das anschliessende kollegiale und lernförderliche Feedback.

Die Beobachtungen sollen jedoch unangekündigt durchgeführt werden. Das heisst, das Operationspersonal weiss, in welchem Zeitraum die Compliance-Messungen mit Beobachtung und Feedback durchgeführt werden. Es weiss aber nicht an welchem Tag und zu welcher Uhrzeit.

Erforderliche Datenmenge

Zur Erhebung der Vollständigkeit und Qualität der Checklistenanwendung empfiehlt Patientensicherheit Schweiz, eine Mindestanzahl von 30 Beobachtungen mit unmittelbarem Feedback durchzuführen, und zwar gleichmässig verteilt auf die drei Checklistenteile wie auch auf die Professionen im Beobachtungsteam. Zehn Beobachtungen und Feedbacks pro Person sind notwendig, um einen Lerneffekt feststellen zu können.

Programm COM-Check Datenerhebung 2021: Beobachtung und Feedback

Die 11 Pilotbetriebe haben während der Datenerfassung von November 2020 bis März 2021 im Schnitt 65 gültige Beobachtungen erfasst.

Mehr Informationen zur Datenquelle s. S. 7



Prüfen Sie im Projekt- und Beobachtungsteam vor der Durchführung von Beobachtungen, ob Sie ein einheitliches Verständnis davon haben, wie die drei Teile der chirurgischen Checkliste in Ihrem Betrieb korrekt angewendet werden sollen. Dies sollte in den internen Durchführungsrichtlinien beschrieben sein (s. Kap. 4.7). Ohne klare Vorstellung einer korrekten Ausführung kann die Qualität des Checklistenprozesses nicht einheitlich und zuverlässig eingeschätzt werden.

« Beobachtung und Feedback braucht Schulung. Es ist eine Tätigkeit, bei der man nach und nach Fähigkeiten dazugewinnt. »

« Beim Beobachten gibt es eine steile Lernkurve. »

5.5 | Kollegiales und lernförderliches Feedback

Beobachtung und Feedback ist eine wirksame Methode, um Lernen im interprofessionellen Operationsteam zu ermöglichen. Verhalten soll reflektiert, Wissen aufgebaut, Unklarheiten diskutiert und schlechte Routinen durchbrochen werden. Das Feedbackkonzept im COM-Check-Programm verfolgt zwei Ziele: Es muss wirksam sein, das heisst Lernen und Verhaltensänderung im interprofessionellen Operationsteam ermöglichen und es muss im praktischen Operationsalltag umsetzbar sein.

Aufgrund von Interviews, die mit Projektleitungen der ehemaligen Pilotspitäler und weiteren Fachpersonen aus der Praxis geführt wurden (28), ergaben sich folgende Anforderungen für das Feedback im Rahmen des Compliance-Monitorings:

- Das Feedback soll unmittelbar nach der Beobachtung erfolgen.
- Beim Feedback soll das ganze beobachtete Team anwesend sein.
- Das Feedback soll maximal zwischen einer Minute und drei Minuten dauern.
- Im unmittelbaren Feedback wird nur ein Aspekt bzw. eine konkret beobachtete Situation thematisiert.
- Das Feedback muss erwünscht sein.
- Die Sicherheit der Patientin oder des Patienten muss jederzeit gewährleistet sein.
- In Ausnahmefällen kann das Feedback zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen oder in einem persönlichen 1:1-Gespräch stattfinden.

Das entwickelte Feedbackkonzept basiert auf der Clinical Performance Feedback Theory (CP-FIT) (20), dem «debriefing with good judgement» (29,30) und den Empfehlungen zum Coaching aus dem Implementation Guide von Ariadne Labs (11).

Programm COM-Check Datenerhebung 2021: Beobachtung und Feedback

In 79% der Beobachtungen konnte ein Feedback gegeben werden. Das Zeitlimit von maximal 3 Minuten für das Feedback konnte in 96% der Fälle eingehalten werden.

Mehr Informationen zur Datenquelle s. S. 7

5.5.1 | Grundhaltung und Atmosphäre

Die kritische Auseinandersetzung mit Verhalten ist ein essenzieller Teil von Lernen. Damit Reflexion möglich ist und zu einer positiven Lernerfahrung wird, muss eine Atmosphäre von psychologischer Sicherheit geschaffen werden (31).

Der Ansatz des «debriefing with good judgement» beschreibt eine Haltung, die davon ausgeht, dass die Teilnehmenden kompetent sind, ihr Bestes geben und Lernen wollen (29,30). Im Gesundheitswesen kann davon ausgegangen werden, dass alle zum Wohle der Patientinnen und Patienten handeln wollen (20).

Zu dieser positiven Grundhaltung der feedbackgebenden Person gehört das Wissen, dass jedes Verhalten eine Ursache hat. Fehler können auch infolge von beabsichtigten, rationalen Handlungen auftreten, wenn sie auf irrtümlichen Annahmen beruhen. Menschen reagieren nicht passiv auf die Umgebung. Aufgrund von Wissen, Erfahrungen und inneren Bildern geben sie einer Situation aktiv einen Sinn und reagieren entsprechend darauf (29,30). Diese einer Handlung zugrunde liegenden Annahmen werden Frames, mentales Modell oder Schemata genannt. Diese Frames sind nicht sichtbar. Im Debriefing werden sie durch die Gesprächstechnik von Advocacy (Statement, Beurteilung) und Inquiry (Befragung) bewusst gemacht, reflektiert und alternative Handlungsmöglichkeiten abgeleitet. Im Wissen um diese Frames entsteht eine Grundhaltung von Neugier und Wertschätzung gegenüber den beobachteten Personen. Gemeinsam wird versucht, das beobachtete Verhalten in Bezug auf das gemeinsame Ziel einer konsequenten und korrekten Checklistenanwendung zu verstehen. Dabei ist sich die Person, die das Feedback leitet, bewusst, dass auch ihr eigenes Verhalten und die eigenen Einschätzungen von Frames geleitet sind. Daraus ergibt sich eine Offenheit, auch die eigenen Einschätzungen in Frage zu stellen und gemeinsam zu reflektieren. In einem ein- bis dreiminütigen Feedback ist diese Tiefe nicht erreichbar. Mit der Drei-Schritte-Feedbacktechnik können Reflexionsprozesse jedoch angestossen werden.

5.5.2 | Feedback nach der Drei-Schritte-Technik

Das strukturierte Feedback nach drei Schritten ist eine Gesprächstechnik, die dem beobachteten Team in einer objektiven und transparenten Weise Informationen zu seinem Verhalten im Checklistenprozess zurückmeldet und es durch die offene Frage aktiv ins Gespräch mit einbezieht (11).

Das Feedback besteht aus den folgenden drei Schritten:

1. Zuerst wird beschrieben, was konkret beobachtet wurde. Die Beschreibung sollte möglichst spezifisch, klar und objektiv formuliert sein.
2. Die feedbackgebende Person formuliert in transparenter Weise die persönliche Sicht zur geschilderten Situation. Das kann in Form einer Beurteilung, eines Statements oder einer Wissensvermittlung sein.
3. Mit der offenen und wertungsfreien Frage wird den Teilnehmenden die Möglichkeit gegeben, aktiv ihre eigene Sichtweise darzustellen und Schlussfolgerungen zu ziehen.

Tabelle 5: Feedback nach der Drei-Schritte-Technik

Beobachtung	Beurteilung, Wissensvermittlung, Statement	Befragung
Ich möchte gerne einen Punkt ansprechen, und zwar habe ich gesehen, dass ...	Aus meiner Sicht sollte das Das könnte zu einem Sicherheitsproblem führen, weil ... Gemäss unseren Richtlinien müsste das ...	Wie seht ihr das? Was meint ihr dazu?

Es ist wichtig, dass die beobachteten Personen mit dem dritten Schritt «Befragung» die Gelegenheit erhalten, sich zum Feedback zu äussern, denn erwachsene Menschen lernen am besten, wenn sie ihre eigenen Schlussfolgerungen ziehen können (11). Beim unidirektionalen Feedback bleiben die Teilnehmenden passiv (32).

Im Feedback muss nicht immer ein kritisches Verhalten angesprochen werden. Das Feedback kann auch genutzt werden, um positive Verhaltensweisen zu verstärken. Für das Lernen aus positiven Erfahrungen sollte die gleiche Drei-Schritten-Feedbacktechnik angewendet werden.

Als Erinnerungshilfe für die Durchführung von Beobachtung und Feedback hat Patientensicherheit Schweiz eine Pocketcard (s. Anhang IV) entwickelt, die den konkreten Ablauf von der Begrüssung bis zur Verabschiedung inklusive Formulierungshilfen beschreibt. Diese ist auf der Webseite www.patientensicherheit.ch/com-check verfügbar.

5.5.3 | Schwierige Feedbacksituationen

Schwierige Feedbacksituationen können sich ergeben, wenn das Einverständnis für das Feedback nicht eingeholt wurde und das beobachtete Team nicht bereit dafür ist. Feedback kann zudem schwierig werden, wenn die feedbackgebende Person die erforderliche positive und wertschätzende Grundhaltung (s. Kap. 5.5.1) nicht einnehmen kann oder wenn die Beurteilung versteckte Botschaften enthält.

Folgende Fehler sollten im Feedback vermieden werden (11):

- Keine Generalisierungen machen wie «Ich denke, die Kommunikation ist bei uns generell nicht so gut».
- Keine Annahmen treffen und Verhalten zu erklären versuchen wie «Ich vermute, dass ihr ..., weil ...»
- Keine Fragen stellen, bei dem das Team erraten muss, was Sie sagen wollen, wie «Was denkt ihr, was falsch gewesen ist?»
- Keine Fragen stellen, in denen die Antwort enthalten ist (Suggestivfrage) wie «Was meint ihr, wäre es nicht besser gewesen, wenn ...»
- Persönliche Statements in einer Frage verstecken wie «Wollt ihr wirklich, dass ...»



Mit dem zweiten Schritt der Feedbacktechnik «Beurteilung» beziehen Sie als Feedbackgeberin und Feedbackgeber klar und transparent Stellung in Bezug auf eine konkret beobachtete Situation. Transparenz und Klarheit schafft Vertrauen. Achten Sie darauf, dass die einzelnen Teammitglieder nicht blossgestellt oder beschämt werden.

Programm COM-Check Datenerhebung 2021: Beobachtung und Feedback

In 64% der Fälle reagierten die Operationsteams hauptsächlich positiv auf das Feedback und nur in 1% der Fälle hauptsächlich negativ. Bei den restlichen 35% war die Reaktion gemischt oder neutral. Wenn Unklarheiten diskutiert wurden, war die Reaktion sogar in 80% der Fälle hauptsächlich positiv.

Programmevaluation COM-Check 2021

Bei der Programmevaluation gaben 78% der befragten Personen an, dass sie sich beim Beobachten und Feedbackgeben wohl gefühlt haben und 74%, dass sie bei Verlaufsmessungen weiterhin für Beobachtung und Feedback zur Verfügung stehen würden.

Mehr Informationen zur Datenquelle s. S. 7

« Beim Sign In ist Feedbackgeben vor dem wachen Patienten schwierig, insbesondere bei negativem Feedback. »

5.5.4 | Monitoring des Feedbacks

Optional können Daten zum Feedback erhoben werden. Anhand der Feedbackthemen kann das Projekt- und Beobachtungsteam Stärken und Verbesserungspotenziale im Checklistenprozess erkennen und konkrete Verbesserungsmaßnahmen einleiten.

Im COM-Check-Programm wurden folgende Kriterien zum Feedback erhoben (s. Tabelle 6):

Tabelle 6: Kriterien zur Erfassung des Feedbacks

Kriterium	Antwortformat
Unmittelbares Feedback konnte gegeben werden	Ja Nein Zu anderem Zeitpunkt
Gründe für kein Feedback	Akutsituation Grosser Zeitdruck Spannungen im Team Feedback abgelehnt Sonstiges: Textfeld
Thema des Feedbacks	Textfeld
Fokus des Feedbacks	Positives Verhalten verstärken Verbesserungspotenzial aufzeigen Unklarheiten diskutieren
Nachbereitung in der Projektgruppe notwendig	Ja Nein
Reaktion des Operationsteams auf Feedback	Positiv, interessiert Neutral Gemischt (einige interessiert, andere nicht) Ablehnend, negative Bemerkungen
Dauer des Feedbacks	< 1 Minute 1–3 Minuten >3 Minuten

5.6 | Instrumente für die Datenerhebung vorbereiten

Vor der Datenerhebung müssen die Erhebungsinstrumente für die Datenerfassung erstellt werden, und zwar eines für die Erfassung der Häufigkeit der Compliance (s. Kap. 5.4.2) und je eines pro Checklisten teil für die Erfassung der Beobachtung und des Feedbacks (s. Kap. 5.4.3, Kap. 5.5.4). Werden in einem Betrieb mehrere verschiedene Checklisten verwendet, so erhöht sich die Anzahl der dafür benötigten Beobachtungsinstrumente für jede Checkliste und jeden Checklisten teil.

Eine kostengünstige und einfach umsetzbare Möglichkeit der elektronischen Datenerfassung ist beispielsweise die Nutzung von Microsoft Forms oder Google Forms. Gerne stellen wir Ihnen auf Anfrage die Masterforms für die Datenerfassung zur Verfügung (info@patientensicherheit.ch). Die darin erstellten Formulare können bei der Beobachtung und beim Feedback entweder direkt am Handy oder Tablet ausgefüllt, auf Papier ausgedruckt oder von Hand ausgefüllt und anschliessend am PC in die digitale Form übertragen werden.



Achten Sie insbesondere beim Beobachtungsinstrument darauf, dass die Erfassungsmatrix für die Beurteilung der Bearbeitung der Items exakt der Reihenfolge und dem Wortlaut der Items auf Ihrer Checkliste entspricht. Für die Schulung in Beobachtung und Feedback ist es wichtig, dass bereits mit Ihren individuellen Erhebungsinstrumenten geübt werden kann.

« Es braucht ein Reporting-System, das Realtime-Monitoring erlaubt, um eine höhere Aufmerksamkeit zu erreichen. »

5.7 | Beobachtung und Feedback trainieren

Beobachten und Feedbackgeben sind Fähigkeiten, die geschult und geübt werden müssen. Es sind Kompetenzen, die auch in anderen Tätigkeitsbereichen wie in einer Führungsfunktion oder beim Teaching benötigt werden.

Im COM-Check-Programm wurde ein Schulungstag für die interprofessionellen Projekt- und Beobachtungsteams durchgeführt. Inhaltlich wurde Wissen zur Definition und Messung der Compliance sowie zur Drei-Schritte-Feedbacktechnik vermittelt. Die Beurteilung der Vollständigkeit und Qualität der Checklistenanwendung, die zuverlässige Erfassung im Beobachtungsinstrument und das Formulieren von Feedbacks wurde anhand von neuseeländischen Schulungsvideos (25) praktisch geübt. Es hat sich gezeigt, dass das Üben anhand von Videos aus einem anderen Kulturraum, mit unterschiedlichem Rollenverständnis im Checklistenprozess und unterschiedlichen Items pro Checklistenenteil, etwas abstrakt bleibt und für den Transfer in die eigene Institution eine zusätzliche Anpassungsleistung erfordert.

Aus diesem Grund empfiehlt Patientensicherheit Schweiz, die Schulungen für die Compliance-Messung exklusiv im eigenen Betrieb für das ganze interprofessionelle Projekt- und Beobachtungsteam durchzuführen. Die Einschätzung der Vollständigkeit und Qualität der Checklistenanwendung soll an realen Situationen, zum Beispiel bei Live-Beobachtungen im Operationsaal oder anhand von selbst erstellten Videos, und mit dem an den eigenen Betrieb angepassten Beobachtungsinstrument geübt werden. Der Schulungstag soll Raum bieten, um die Vorstellungen einer korrekten Checklistenanwendung im interprofessionellen Team zu diskutieren und mit den internen Richtlinien abzugleichen. Anhand dieser realen und für den Betrieb typischen Checklistenprozesse wird in geschütztem Rahmen das Formulieren von Feedbacks nach der 3-Schritte Technik geübt.



Bereiten Sie den Schulungstag so vor, dass das interprofessionelle Projekt- und Beobachtungsteam am Schulungstag anhand möglichst realer Situationen die Beobachtung und das Feedback üben kann. Die bei der Compliance-Messung verwendeten Erhebungsfomulare (s. Kap. 5.6) sollten in der Form vorliegen, wie sie verwendet werden sollen. Wo die Daten direkt elektronisch am Handy oder Tablet erfasst werden, müssen entsprechende Geräte und Datenerhebungsfomulare verfügbar und erprobt sein.

Beobachten und Feedbackgeben sind Kompetenzen, die entwickelt werden müssen. Erlernen Sie die Techniken in geschütztem Rahmen in einer internen Schulung. Üben Sie anschließend das Beobachten und Feedbackgeben in Ihrem Projekt- und Beobachtungsteam. Sie können dafür auch die im nationalen Pilotprogramm verwendeten Schulungsvideos einsetzen. Die Schulungsvideos stammen vom neuseeländischen Forschungsteam der Universität Auckland, welche sie zur Schulung des Beobachtungsinstrumentes WHOBARS entwickelt haben (25). Gerne stellen wir Ihnen auf Anfrage diese Videos zur Verfügung (info@patientensicherheit.ch). Beginnen Sie mit der Umsetzung von Beobachtung und Feedback bei Operationsteams, die an einem guten Checklistenprozess interessiert und offen für Lernerfahrungen sind.

« Beim zehnten Feedback ging es besser und sie wurden klarer. Es gibt einen Lerneffekt im Laufe der Beobachtungen und Feedbacks. »

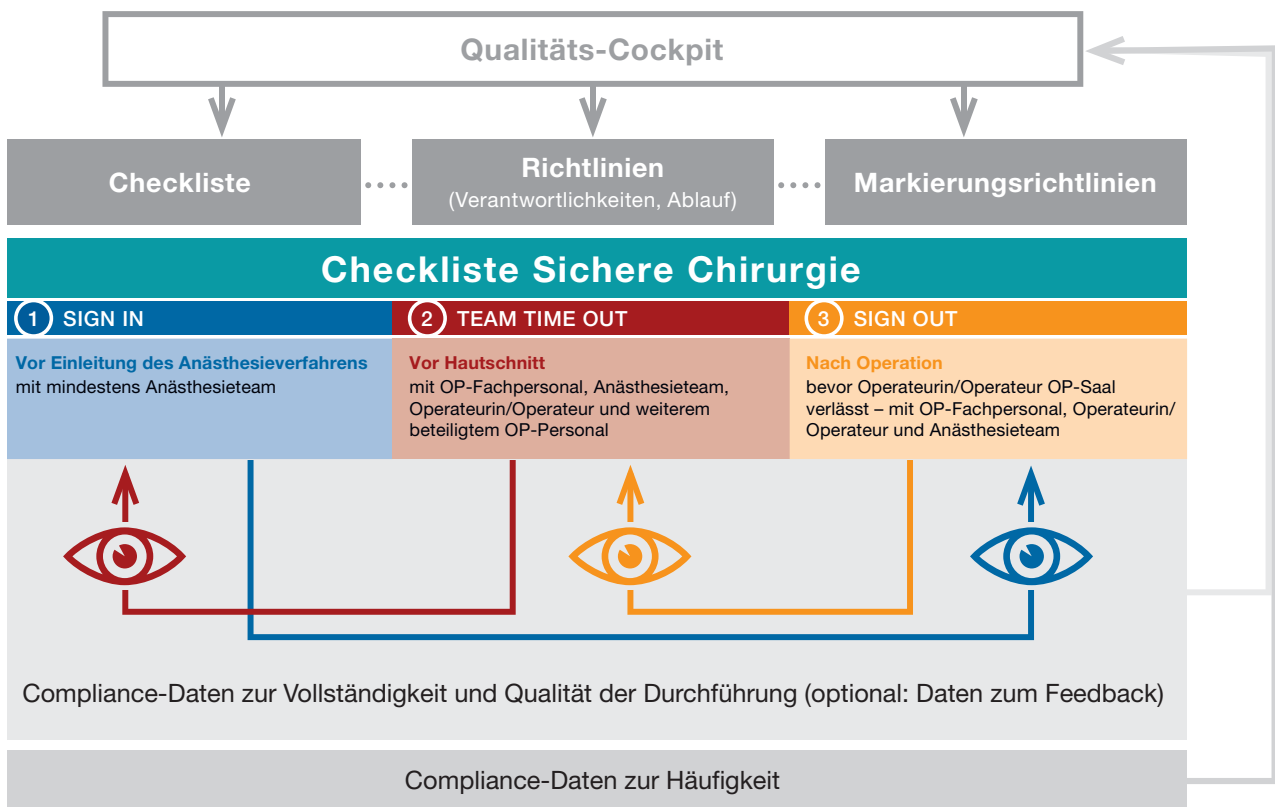
5.8 | Verbesserungen umsetzen und Verlaufsmessungen planen

Das Compliance-Monitoring ist Teil eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Die gesammelten Daten einer Messperiode müssen ausgewertet, analysiert und (intern) kommuniziert (s. Kap. 5.3) werden. Wo notwendig müssen Verbesserungsmaßnahmen wie zum Beispiel Ergänzungen in den Durchführungsrichtlinien etc. abgeleitet und umgesetzt werden.

« Die Steigerung der Compliance wurde in die jährlichen Qualitätsziele aufgenommen. »

« Die Compliance-Zahlen werden im Qualitätsbericht ausgewiesen. »

Abbildung 3: Compliance-Monitoring im kontinuierlichen Verbesserungsprozess



Patientensicherheit Schweiz empfiehlt, das Monitoring-Konzept fix zu installieren und die Compliance-Messungen inklusive Beobachtung und Feedback in regelmässigen Zyklen zu wiederholen. Wenn zu Beginn noch grosse Defizite in der Häufigkeit, Vollständigkeit oder Qualität der Checklistenanwendung bestehen, werden halbjährliche Messwiederholungen empfohlen. Bei einer konsequenten Anwendung in hoher Güte kann auf jährliche Messzyklen reduziert werden.

« Man muss die Beobachtungen mit Feedbacks wiederholen, sonst geraten sie in Vergessenheit. »

« Bei der Einführung der Checkliste waren wir der Meinung, dass es die Teamvorstellung im Team Time Out nicht braucht. Inzwischen haben wir so viele Belegärztinnen und Belegärzte, dass wir dies nochmals überdenken müssen. »

Da die Selbstevaluation den Nachteil hat, dass man sich einerseits an den eigenen Massstäben misst und andererseits blinde Flecken hat, empfiehlt Patientensicherheit Schweiz, dass die Mitglieder des Beobachtungsteams auch jene Checklistenanteile beobachten, die im Verantwortungsbereich einer anderen Profession liegen. So soll das chirurgische und pflegerische Personal auch das Sign In und das anästhesiologische Personal auch das Sign Out beobachten (s. Abb.3).

Nach einer Messperiode werden die gesammelten Daten ausgewertet, gemeinsam mit den Feedbackthemen analysiert, die Resultate im Operationsteam diskutiert und Verbesserungsmaßnahmen – wo notwendig – abgeleitet. Beispiele solcher Verbesserungsmaßnahmen sind im Synthesebericht (28) aufgeführt oder wurden auch von Teilnehmenden am Erfahrungsaustausch im COM-Check-Programm genannt.

« Bei uns hat die Anästhesie das Sign In beobachtet und die Pflege das Team Time Out. Wir hatten die Befürchtung, dass es falsch ankommen würde, wenn das Feedback aus einer anderen Berufsgruppe kommt. »

« Bei uns war es gerade umgekehrt, die Checklistenanteile wurden jeweils durch andere Berufsgruppen beobachtet, wie zum Beispiel das TTO durch die Anästhesie. »

« Wir haben gute Erfahrungen gemacht. In Zukunft wird es möglich sein, dass die Beobachtungen jeweils durch Personen von einem anderen Spitalstandort gemacht werden. »





6 | Literatur

1. Bezzola P, Hochreutener MA, Schwappach DLB, Patientensicherheit S für. Operation Sichere Chirurgie. Die chirurgische Checkliste und ihre Implementierung: Kultur-Team-Tools. Schriftenreihe Nr. 5. Zürich: Stiftung Patientensicherheit Schweiz; 2012.
2. Cullati S, Le Du S, Raë A-C, Micallef M, Khabiri E, Ourahmoune A, et al. Is the Surgical Safety Checklist successfully conducted? An observational study of social interactions in the operating rooms of a tertiary hospital. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2013 Aug;22(8):639–46. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2012-001634>
3. Levy SM, Senter CE, Hawkins RB, Zhao JY, Doody K, Kao LS, et al. Implementing a surgical checklist: More than checking a box. *Surgery* [Internet]. 2012 Sep;152(3):331–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2012.05.034>
4. Schwendimann R, Blatter C, Lüthy M, Mohr G, Girard T, Batzer S, et al. Adherence to the WHO surgical safety checklist: an observational study in a Swiss academic center. *Patient Saf Surg* [Internet]. 2019 Dec 12;13(1):14. Available from: <https://pssjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13037-019-0194-4>
5. Rydenfält C, Johansson G, Odenrick P, Åkerman K, Larsson PA, et al. Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2013;25(2):182–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzt004>
6. Vogts N, Hannam JA, Merry AF, Mitchell S. Compliance and quality in administration of a Surgical Safety Checklist in a tertiary New Zealand hospital. *J New Zeal Med Assoc.* 2011;124(1342):48–58.
7. Mayer EK, Sevdalis N, Rout S, Caris J, Russ S, Mansell J, et al. Surgical Checklist Implementation Project. *Ann Surg* [Internet]. 2016 Jan;263(1):58–63. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00000658-201601000-00010>
8. Biffi WL, Gallagher AW, Pieracci FM, Berumen C. Suboptimal compliance with surgical safety checklists in Colorado: A prospective observational study reveals differences between surgical specialties. *Patient Saf Surg.* 2015;9(5):10.1186/s13037-014-0056-z.
9. Degani A, Wiener EL. Cockpit Checklists: Concepts, Design, and Use. *Hum Factors* [Internet]. 1993;35(2):28–43. Available from: <http://ti.arc.nasa.gov/m/profile/adevani/CockpitChecklists.pdf>
10. Gawande A. *The Checklist Manifesto. How to Get Things Right.* 2nd ed. London: Profile Books LTD; 2011.
11. *Safe Surgery Checklist Implementation Guide* [Internet]. Boston MA: Ariadne Labs; 2015. Available from: www.ariadnelabs.org
12. Pennington B, Garside J. The perioperative Team Brief: A patient safety initiative or another tick-box exercise? *J Perioper Pract.* 2019;0(0):1–5.
13. Fridrich A, Imhof A, Schwappach DLB. How Much and What Local Adaptation Is Acceptable? A Comparison of 24 Surgical Safety Checklists in Switzerland. *J Patient Saf* [Internet]. 2021 Apr 14;17(3):217–22. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/PTS.0000000000000802>
14. Goodrich DE, Miake-Lye I, Braganza MZ, Wawrin N KA. Quality Enhancement Research Initiative. QUERI Roadmap for Implementation and Quality Improvement [Internet]. 2020. Available from: www.queri.research.va.gov/tools/roadmap/
15. Wiltsey Stirman S, Baumann AA, Miller CJ. The FRAME: an expanded framework for reporting adaptations and modifications to evidence-based interventions. *Implement Sci* [Internet]. 2019 Dec 6;14(1):58. Available from: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-019-0898-y>
16. Douglas N, Demeduk S, Conlan K, Salmon P, Chee B, Sullivan T, et al. Surgical caps displaying team members' names and roles improve effective communication in the operating room: a pilot study. *Patient Saf Surg* [Internet]. 2021 Dec 28;15(1):27. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13037-021-00301-w>
17. Haugen AS, Wæhle HV, Almeland SK, Harthug S, Sevdalis N, Eide GE, et al. Causal Analysis of World Health Organization's Surgical Safety Checklist Implementation Quality and Impact on Care Processes and Patient Outcomes. *Ann Surg* [Internet]. 2019 Feb;269(2):283–90. Available from: <http://journals.lww.com/00000658-201902000-00016>
18. Bathla S, Chadwick M, Nevins EJ, Seward J. Preoperative Site Marking: Are We Adhering to Good Surgical Practice? *J Patient Saf* [Internet]. 2021 Sep;17(6):e503–8. Available from: http://journals.lww.com/journalpatientsafety/Abstract/publishahead/Preoperative_Site_Marking___Are_We_Adhering_to.99486.aspx
19. Sendlhofer G, Leitgeb K, Kober B, Brunner G, Tax C, Kamolz L-P. Neue Wege zur Evaluierung von patientensicherheitsrelevanten Aspekten: Feedback-Patientensicherheit. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* [Internet]. 2016;114:13–27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2016.05.008>
20. Brown B, Gude WT, Blakeman T, van der Veer SN, Ivers N, Francis JJ, et al. Clinical Performance Feedback Intervention Theory (CP-FIT): a new theory for designing, implementing, and evaluating feedback in health care based on a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Implement Sci* [Internet]. 2019 Dec 26;14(1):40. Available from: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-019-0883-5>

21. van Klei WA, Hoff RG, van Aarnhem EEHL, Simmermacher RKJJ, Regli LPEE, Kappen TH, et al. Effects of the Introduction of the WHO "Surgical Safety Checklist" on In-Hospital Mortality. *Ann Surg* [Internet]. 2012 Jan;255(1):44–9. Available from: http://journals.lww.com/annalsofsurgery/Fulltext/2012/01000/Effects_of_the_Introduction_of_the_WHO_Surgical.8.aspx
22. Giles K, Munn Z, Aromataris E, Deakin A, Schultz T, Mandel C, et al. Use of surgical safety checklists in Australian operating theatres: an observational study. *ANZ J Surg* [Internet]. 2017 Dec;87(12):971–5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ans.13638>
23. Anderson KT, Bartz-Kurycki MA, Masada KM, Abraham JE, Wang J, Kawaguchi AL, et al. Decreasing intraoperative delays with meaningful use of the surgical safety checklist. *Surgery* [Internet]. 2018 Feb;163(2):259–63. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S003960601730538X>
24. Russ S, Rout S, Caris J, Mansell J, Davies R, Mayer E, et al. Measuring Variation in Use of the WHO Surgical Safety Checklist in the Operating Room: A Multicenter Prospective Cross-Sectional Study. *J Am Coll Surg* [Internet]. 2015 Jan;220(1):1–11.e4. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1072751514017190>
25. Devcich DA, Weller J, Mitchell SJ, McLaughlin S, Barker L, Rudolph JW, et al. A behaviourally anchored rating scale for evaluating the use of the WHO surgical safety checklist: development and initial evaluation of the WHOBARS. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2016 Oct;25(10):778–86. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2015-004448>
26. El-Shafy IA, Delgado J, Akerman M, Bullaro F, Christopherson NAM, Prince JM. Closed-Loop Communication Improves Task Completion in Pediatric Trauma Resuscitation. *J Surg Educ* [Internet]. 2018 Jan;75(1):58–64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsurg.2017.06.025>
27. Härgestam M, Lindkvist M, Brulin C, Jacobsson M, Hultin M. Communication in interdisciplinary teams: exploring closed-loop communication during in situ trauma team training. *BMJ Open* [Internet]. 2013 Oct;3(10):e003525. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2013-003525>
28. Imhof A, Niederhauser A, Häsler L. «progress! COM - Check – Sichere Chirurgie» Phase I - Synthesebericht 2019 [Internet]. 2019. Available from: https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/1_Projekte_und_Programme/progress_COM-Check/Synthesebericht_Erhebung_COM-Check_Juni2019.pdf
29. Rudolph JW, Simon R, Dufresne RL, Raemer DB. There's No Such Thing as "Nonjudgmental" Debriefing: A Theory and Method for Debriefing with Good Judgment. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc* [Internet]. 2006;1(1):49–55. Available from: <http://journals.lww.com/01266021-200600110-00006>
30. Rudolph JW, Simon R, Rivard P, Dufresne RL, Raemer DB. Debriefing with Good Judgment: Combining Rigorous Feedback with Genuine Inquiry. *Anesthesiol Clin* [Internet]. 2007 Jun;25(2):361–76. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1932227507000237>
31. Edmondson A. Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Adm Sci Q* [Internet]. 1999 Jun 24;44(2):350–83. Available from: <http://asq.sagepub.com/content/44/2/350.abstract>
32. Tannenbaum SI, Cerasoli CP. Do Team and Individual Debriefs Enhance Performance? A Meta-Analysis. *Hum Factors J Hum Factors Ergon Soc* [Internet]. 2013 Feb 4;55(1):231–45. Available from: <http://hfs.sagepub.com/content/55/1/231.abstract>

Anhang I: Kontroll- und Aufforderungsitems der Checkliste Sichere Chirurgie

Unterscheidung in Kontrollitems und die farblich unterlegten Aufforderungsitems

Checkliste Sichere Chirurgie

1 SIGN IN

Vor Einleitung des Anästhesieverfahrens
mit mindestens Anästhesieteam

Prüfung (und Bestätigung durch Patientin/Patient)

- Identität:** Name, Vorname, Geburtsdatum
- Eingriffsart**
- Eingriffsort**
- Geplantes Anästhesieverfahren**
- Patientenaufklärung – Patienteneinwilligung** (Chirurgie und Anästhesie)

- Prüfung der Markierung** (mit Aktenabgleich und wenn möglich aktivem Einbezug der Patientin/des Patienten)
- Keine Markierung gemäss internen Richtlinien

- Prüfung der Durchführung der Anästhesie-Sicherheitskontrollen** (Anästhesie-/Beatmungsgeräte, Monitoring wie EKG, Pulsoximeter, Blutdruck und Medikamente)

Patientenspezifische Risiken*

Bekannte Allergie?

- Nein
- Ja (Benennung)

Schwieriger Atemweg /erhöhtes Aspirationsrisiko?

- Nein
- Ja, benötigte Geräte/Personal vorhanden

Risiko von > 500 ml Blutverlust?

(7ml/kg bei Kindern)

- Nein
- Ja, genügend IV-Zugänge vorhanden/ausreichend Blutersatz organisiert

- Prüfung der Zuweisung zum richtigen OP-Saal**

2 TEAM TIME OUT

Vor Hautschnitt

mit OP-Fachpersonal, Anästhesieteam, Operateurin/Operateur und weiterem beteiligtem OP-Personal

- Alle Teammitglieder stellen sich vor** (Name und Funktion)

Aktive Bestätigung durch alle anwesenden Teammitglieder bzw. relevanten Berufsgruppen

- Identität:** Name, Vorname, Geburtsdatum
- Eingriffsart**
- Eingriffsort** (Markierung)
- Korrekt Lagerung**

Prüfung der Antibiotikaphylaxe

- Zeitgerecht verabreicht (in der Regel innerhalb des Zeitfensters von 60 Minuten vor Schnitt)?
- Im Bedarfsfall Antibiotikum für intraoperative Wiederholung vorbereitet?
- Nicht indiziert

Antizipation potenzieller kritischer Ereignisse

Anästhesieteam

- Patientenspezifische Risiken**

Operateurin/ Operateur

- Kritische oder aussergewöhnliche Operationsschritte**
- Operationsdauer**
- Erwarteter Blutverlust**

OP-Fachpersonal

- Bestätigung der Sterilität** (Instrumente, Material, inkl. Sterilitätsindikatoren)

- Besonderheiten betreffend Ausrüstung oder sonstige Bedenken**

Erforderliche Röntgen-, Ultraschall-, MRT-Bilder usw. der/des richtigen Patientin/Patienten, korrekte Seite

- Vorhanden
- Nicht anwendbar

Richtige Implantate

- Verfügbar/vorhanden
- Nicht anwendbar

3 SIGN OUT

Nach Operation

bevor Operateurin/Operateur OP-Saal verlässt – mit OP-Fachpersonal, Operateurin/Operateur und Anästhesistin/Anästhesist

Benennung der durchgeführten Eingriffe *

Bestätigung

- Korrekte Zählung der Instrumente, Tücher, Tupfer, Nadeln etc.**
- Nicht anwendbar
- Korrekte Kennzeichnung der Proben und Abgleich mit Laborformularen und Beschriftung der Laborgefässe**
(Kennzeichnung, Name, Vorname, Geburtsdatum)
- Nicht anwendbar

Material- und Ausrüstungsprobleme?

- Nein
- Ja (Benennung)

Operateurin/Operateur, Anästhesieteam und OP-Fachpersonal

Information über Hauptaspekte für die postoperative Betreuung und für die weitere Behandlung dieses Patienten

*Je nach Art wie das Item bearbeitet wird (s. Kap. 4.2, Kap. 4.7), kann das Checklistenitem als Kontrollitem oder als Aufforderungsitem definiert werden. In dieser Version sind die Aufforderungsitems farblich unterlegt.



patientensicherheit schweiz



Anleitung und Tipps zur Anwendung und Implementierung siehe Schriftenreihe Nr. 5 «Operation sichere Chirurgie» der Stiftung © Patientensicherheit Schweiz «Sichere Chirurgie» (Version 1, 2012; Überarbeitung 2021: Anpassung neue Rechtschreibung, Designfarben und gendergerechte Sprache)

Anhang II: Vorlage Erhebungsinstrument zur Erfassung der Häufigkeit

Kennzahl zur Identifikation des Eingriffes	Textfeld <i>Anonyme Fallnummer oder fortlaufende Nummerierung aller Operationen während der Messperiode</i>
Datum (der Operation)	Textfeld (Beispiel: 7. Januar 2021)
Zeit (Beginn der Operation)	Textfeld (Beispiel: 8:30 Uhr) <i>Genauen Zeitpunkt intern festlegen, z. B. Zeitpunkt vom Schnitt</i>
Ambulant / Stationär	Ambulant Stationär
Chirurgische (operative) Disziplin	Viszeralchirurgie Orthopädie Gynäkologie etc. <i>Auflistung der chirurgischen Disziplinen in Ihrem Betrieb resp. derjenigen, die sie gemäss Monitoring-Zielen erfassen möchten</i>
Elektiv / Notfall	Elektiv Notfall <i>Optional: inkl. Dringlichkeit der Notfälle</i>
Anästhesie	Vollnarkose Regionalanästhesie Lokalanästhesie
<i>Optional: Standort</i>	<i>Standort A</i> <i>Standort B</i>
<i>Optional: Operateurin, Operateur</i>	<i>Intern</i> <i>Belegärztin / Belegarzt</i>
<i>Optional: zusätzliche Checklistenanteile wie präoperativ auf Abteilung</i>	<i>Durchgeführt</i> <i>Teilweise</i> <i>Nicht durchgeführt</i> <i>Optional: Datum vorhanden (ja/nein), Unterschrift vorhanden (ja/nein)</i>
Sign In	Durchgeführt Teilweise Nicht durchgeführt <i>Optional: Datum vorhanden (ja/nein), Unterschrift vorhanden (ja/nein)</i>
Team Time Out	Durchgeführt Teilweise Nicht durchgeführt <i>Optional: Datum vorhanden (ja/nein), Unterschrift vorhanden (ja/nein)</i>
Sign Out	Durchgeführt Teilweise Nicht durchgeführt <i>Optional: Datum vorhanden (ja/nein), Unterschrift vorhanden (ja/nein)</i>
Kommentare / Bemerkungen (optional)	Textfeld

Anhang III: Vorlage Beobachtungsinstrument zur Erfassung der Vollständigkeit und Qualität der Durchführung (optional: inkl. Feedback)

Am Beispiel vom Sign In (optional: inkl. Feedback)

Allgemeine Kennzahlen (vor Beobachtung ausfüllen)	
<i>Optional: Beobachterin, Beobachter</i>	Chirurgin / Chirurg Anästhesistin / Anästhesist Operations- und Anästhesiepflege Operationsmanagement Qualitäts- und Risikomanagement Sonstige: Textfeld
Datum	Textfeld (Beispiel: 7. Januar 2019)
Zeit	Textfeld (Beispiel: 8:30 Uhr)
Ambulant / Stationär	Ambulant Stationär
Chirurgische (operative) Disziplin	Viszeralchirurgie Orthopädie Gynäkologie etc. <i>Auflistung der chirurgischen Disziplinen in Ihrem Betrieb resp. derjenigen, die sie gemäss Monitoring-Zielen erfassen möchten</i>
Elektiv / Notfall	Elektiv Notfall <i>Optional: inkl. Dringlichkeit der Notfälle</i>
Anästhesie	Vollnarkose Regionalanästhesie Lokalanästhesie
<i>Optional: Standort</i>	<i>Standort A</i> <i>Standort B</i>
<i>Optional: Operateurin, Operateur</i>	<i>Intern</i> <i>Belegärztin / Belegarzt</i>
Sign In durchgeführt?	Ja – fahren Sie mit Initiierung und Durchführung fort Nein – fahren Sie mit Fragen zum Feedback fort
Initiierung und Durchführung Sign In	
Klare Initiierung?	Ja Teilweise Nein
Wer leitet das Sign In?	Anästhesistin / Anästhesist Anästhesiepflege Sonstige: Textfeld
Richtiger Zeitpunkt?	Ja, vor Einleitung des Anästhesieverfahrens Nein, zu früh Nein, zu spät
Alle anwesend?	Ja Nein

Wenn nein, wer hat gefehlt?	Anästhesistin / Anästhesist Anästhesiepflege Sonstige: Textfeld
Alle pausieren ihre Arbeit?	Ja Teilweise Nein
Ablesen der Checklistenpunkte?	Ja Teilweise Nein
Bearbeitung der Items (Sign In) Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.	
Identität: Name, Vorname, Geburtsdatum	Verbal aufgerufen Visuell kontrolliert Antwort erfüllt Unstimmigkeit entdeckt Nicht bearbeitet
Eingriffsart	Verbal aufgerufen Visuell kontrolliert Antwort erfüllt Unstimmigkeit entdeckt Nicht bearbeitet
Eingriffsort	Verbal aufgerufen Visuell kontrolliert Antwort erfüllt Unstimmigkeit entdeckt Nicht bearbeitet
Geplantes Anästhesieverfahren	Verbal aufgerufen Visuell kontrolliert Antwort erfüllt Unstimmigkeit entdeckt Nicht bearbeitet
Patientenaufklärung – Patienteneinwilligung	Verbal aufgerufen Visuell kontrolliert Antwort erfüllt Unstimmigkeit entdeckt Nicht bearbeitet
Prüfung der Markierung	Verbal aufgerufen Visuell kontrolliert Antwort erfüllt Unstimmigkeit entdeckt Nicht bearbeitet
Prüfung der Durchführung der Anästhesiesicherheitskontrollen	Verbal aufgerufen Visuell kontrolliert Antwort erfüllt Unstimmigkeit entdeckt Nicht bearbeitet

Bekannte Allergie?	Verbal aufgerufen (Visuell kontrolliert) Antwort erfüllt Unstimmigkeit entdeckt Nicht bearbeitet
Schwieriger Atemweg / erhöhtes Aspirationsrisiko?	Verbal aufgerufen (Visuell kontrolliert) Antwort erfüllt Unstimmigkeit entdeckt Nicht bearbeitet
Risiko von > 500 ml Blutverlust?	Verbal aufgerufen (Visuell kontrolliert) Antwort erfüllt Unstimmigkeit entdeckt Nicht bearbeitet
Prüfung der Zuweisung zum richtigen OP-Saal	Verbal aufgerufen Visuell kontrolliert Antwort erfüllt Unstimmigkeit entdeckt Nicht bearbeitet
Gesamtbewertung	
Die Führung durch den Checklistenprozess war klar und strukturiert.	Ja Teilweise Nein
Das ganze Team hat sich aktiv am Checklistenprozess beteiligt.	Ja Teilweise Nein
Die Stimmung im Team war offen und wertschätzend, so dass Speak up jederzeit möglich war.	Ja Teilweise Nein
Das Tempo beim Bearbeiten der Checkliste war angemessen und ruhig.	Ja Zu schnell Zu langsam
Das Gesprochene war akustisch gut verständlich.	Ja Teilweise Nein

Optional: Feedback	
<i>Konnte unmittelbar nach der Beobachtung ein Feedback an das OP-Team gegeben werden?</i>	<i>Ja Nein Anderer Zeitpunkt</i>
<i>Wenn nein, warum konnte kein unmittelbares Feedback gegeben werden?</i>	<i>Akutsituation / medizinischer Zwischenfall Grosser Zeitdruck, keine Zeit Zu grosse Spannungen im Team Feedback wurde vom OP-Team abgelehnt Sonstiges: Textfeld</i>
<i>Was war das Thema des Feedbacks?</i>	<i>Textfeld</i>
<i>Was war der Fokus des Feedbacks?</i>	<i>Positives Verhalten verstärken Verbesserungspotenzial aufzeigen Unklarheiten diskutieren</i>
<i>Braucht es eine Nachbearbeitung? (z. B. in Projektgruppe, Anpassung Richtlinie, QM)</i>	<i>Ja Nein</i>
<i>Wie hat das OP-Team auf das Feedback reagiert?</i>	<i>Positiv, interessiert Neutral Gemischt (einige interessiert, andere nicht) Ablehnend, negative Bemerkungen</i>
<i>Wie lange hat das Feedback ungefähr gedauert?</i>	<i>Weniger als 1 Minute 1 bis 3 Minuten Länger als 3 Minuten</i>

**COM-Check
Sichere Chirurgie**

Ein Team – ein Ziel.

COM-Check

Compliance mit der Checkliste messen und verbessern

Ablauf: Beobachtung und Feedback

Begrüssung

«Hallo zusammen, ich bin (Name, Funktion). Ich werde heute den Checklistenprozess beobachten und anhand eines Instrumentes einschätzen. Gleich nach der Beobachtung würde ich euch gerne ein kurzes Feedback dazu geben.»

Feedback

«Ich wähle nur einen Aspekt aus, den ich euch zurückmelden möchte. Weitere Themen können wir gerne zu einem späteren Zeitpunkt besprechen.»

Beobachtung

«Ich habe gesehen, dass ...»
 «Ich habe nicht gehört, dass ...»
 «Positiv aufgefallen ist mir, dass ...»
 «Mir war nicht klar, dass ...»

Beurteilung

«Aus meiner Sicht müsste dies ..., weil ...»
 «Gemäss Richtlinien muss ...»
 «Der Sinn der Checkliste ist, dass ...»

Befragung

«Wie seht ihr das?» / «Wie siehst du (Name) das?»


Einverständnis

«Seid ihr damit einverstanden, wenn ich euch jetzt ein kurzes, maximal 3-minütiges Feedback gebe?»

Abschluss

«Danke für Eure Einschätzungen/Ideen/Anregungen. Diese nehme ich gerne auf. Weitere Fragen können wir zu einem späteren Zeitpunkt besprechen. Ich wünsche euch eine gute Operation. Bis bald.»


- 1 Begrüssung**
 - persönliche Vorstellung
 - kurze Information zu Beobachtung und anschliessendem Feedback
- 2 Beobachtung des Checklistenprozesses**
 - allgemeine Kennzahlen im Voraus erfassen
 - auf gute Positionierung achten
 - nicht eingreifen – nur beobachten! (ausser bei akuter Gefährdung)
 - Beobachtungsinstrument während Beobachtung ausfüllen
- 3 Einverständnis fürs Feedback beim OP-Team einholen**
- 4 Feedback nach 3-Schritte-Technik geben**
 - Beobachtung
 - Beurteilung
 - Befragung
- 5 Abschluss**
 - Offenheit für weitere Fragen zu späterem Zeitpunkt
 - Dank und Verabschiedung
- 6 Feedback erfassen**
 - Daten im Beobachtungsinstrument absenden



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera

Nov. 2021

progress!



COM-Check
Sichere Chirurgie

Ein Team – ein Ziel.

Formulierungstipps auf der Rückseite

COM-Check



Erklärungen zum Beobachtungsinstrument: Bearbeitung der Checklistenpunkte

Kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten pro Checklistenpunkt an.

Checklistenpunkte im Team Time Out (TTO)	<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Checklistenkoordinator/in ruft den Checklistenpunkt auf.</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Team führt Kontrollen gemäss internen Richtlinien durch (z. B. Patientenidentität, Markierung).</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Team beantwortet den Checklistenpunkt klar, eindeutig und vollständig.</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Beim Bearbeiten des Checklistenpunkts wird eine Unstimmigkeit entdeckt (z. B. falsche Lagerung, fehlendes Material).</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Der Checklistenpunkt wurde weder aufgerufen, noch beantwortet.</div> </div>				
	Verbal aufgerufen	Visuell kontrolliert	Antwort erfüllt	Unstimmigkeit entdeckt	Nicht bearbeitet
TTO Identität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TTO Eingriffsart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TTO Eingriffsort (Markierung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die drei oben aufgeführten Checklistenpunkte sind exemplarisch.

www.patientensicherheit.ch/programme-progress/com-check-sichere-chirurgie
 Referenz: Schriftenreihe 5+ «COM-Check – Sichere Chirurgie», Patientensicherheit Schweiz 2021,
 ISBN 978-3-905803-30-3



Impressum

Herausgeber:
Stiftung Patientensicherheit Schweiz, Zürich

Grafik:
schroederpartners.com

Druck, Lektorat und Korrektorat:
Neidhart + Schön Print AG

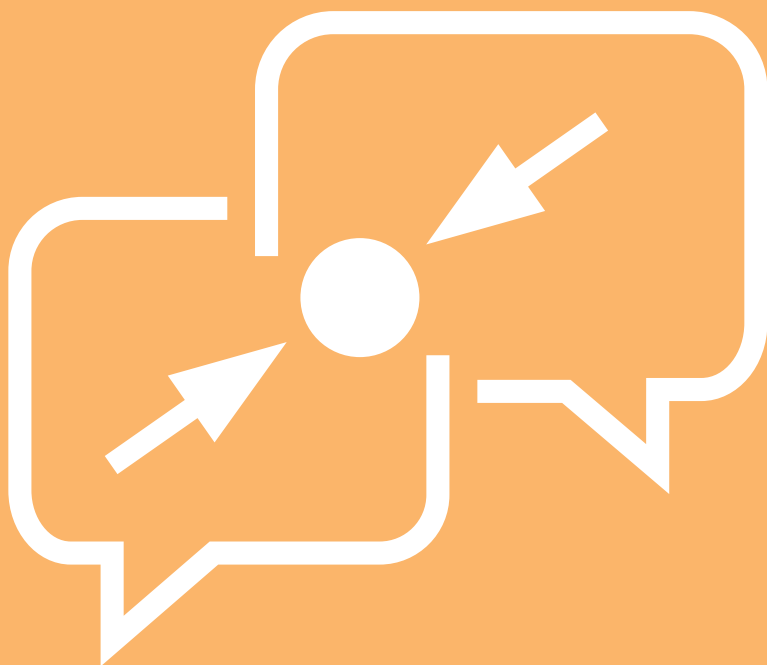
September 2021
© Stiftung Patientensicherheit Schweiz, Zürich

Stiftung Patientensicherheit Schweiz
Asylstrasse 77
CH-8032 Zürich
T +41 43 244 14 80
info@patientensicherheit.ch

Sitz der Stiftung:
c/o Schweizerische Akademie der Medizinischen
Wissenschaften (SAMW), Basel

Diese Schriftenreihe ist Teil der umfangreichen Publikationen der Stiftung Patientensicherheit Schweiz zu zahlreichen Aspekten der Patientensicherheit und des klinischen Risikomanagements. Sie finden Informationen und Bestellmöglichkeiten zu allen Dokumenten unter www.patientensicherheit.ch

Schriftenreihe Patientensicherheit Schweiz



Stiftung Patientensicherheit Schweiz
Asylstrasse 77
CH-8032 Zürich
T +41 43 244 14 80
info@patientensicherheit.ch

Sitz der Stiftung:
c/o Schweizerische Akademie
der Medizinischen Wissenschaften
(SAMW), Basel

ISBN 978-3-905803-30-3



patient safety switzerland
patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera