PATIENTENSICHERHEIT 01.01.2017

Safety Clip: OP-Sicherheitscheckliste und präoperative Checkliste – Nützlich oder lästig?



Umsetzung und Nutzen in der täglichen Krankenhauspraxis

Die OP-Sicherheitscheckliste ist ein Instrument, das der Erhöhung der Patientensicherheit dient. Der Nutzen ist belegt. Im Rahmen von Studien [1, 2] hat sich gezeigt, dass die Nutzung einer OP-Sicherheitscheckliste die perioperative Morbidität und Mortalität nachweislich reduziert. Trotz heute vorliegender, gut nachvollziehbarer und einsichtiger Argumente, die für einen standardisierten Einsatz von Checklisten sprechen, werden OP-Sicherheitschecklisten in den Krankenhäusern nach wie vor in unterschiedlicher Form und in unterschiedlichem Umfang genutzt.

Einer der Gründe dafür könnte sein, dass viele Krankenhäuser bei der Einführung von OP-Sicherheitschecklisten den Schwerpunkt eher darauf legten, eine zusätzliche, die üblichen Abläufe ergänzende Maßnahme zu implementieren, als darauf, die Prozesse kontrolliert neu zu organisieren. Zudem wurde den beteiligten Mitarbeitenden nicht immer hinreichend deutlich vermittelt, welche Grundgedanken die Checkliste verfolgt, nämlich u. a. die Intensivierung der interprofessionellen Zusammenarbeit, unabhängig von der Stellung im hierarchischen Gefüge der OP-Abteilung bzw. des Krankenhauses.

Die Umsetzung der Checklistenvorgaben hängt stark davon ab, welche Leitungs- bzw. Kommunikationsstrukturen im Krankenhaus herrschen. Entsprechend unterschiedlich ist die Umsetzung der Checklistenvorgaben in den einzelnen Krankenhäusern ausgeprägt. Wie erwähnt, liegen die Gründe für eine unzureichende Nutzung der Checkliste häufig in bereits vor ihrer Einführung existierenden Vorgehensweisen bei Arbeitsschritten, die in der Liste aufgeführt sind. Während die geforderte interprofessionelle Zusammenarbeit beispielsweise beim Part „Team-Time-Out“ in der Regel gut funktioniert, da sie für diesen Arbeitsschritt Voraussetzung ist, hapert es beim Part „Einschleusung des Patienten“ vielfach. Oft ist es auch nach Einführung der Checkliste üblich, dass nur ein einziger Mitarbeiter allein die Abfrage der definierten Kriterien vornimmt.

Die Praxis zeigt also, dass allein die Vorgabe an die Mitarbeitenden, die OP-Sicherheitscheckliste zu nutzen und auszufüllen, nicht zwingend dazu führt, eine erfolgreiche Umsetzung und damit die Optimierung der Patientensicherheit in der OP-Abteilung zu erreichen.

Wichtig ist es daher, allen Beteiligten bei Einführung der OP-Sicherheitscheckliste sowohl den mit dem Instrument verbundenen Grundgedanken der interprofessionellen Zusammenarbeit zu vermitteln als auch dessen Inhalte und das Handling. Berufsgruppenübergreifende Schulungssequenzen für die Mitarbeitenden sind hierfür empfehlenswert.

Im Zuge der GRB-Sicherheits- und Risikoanalysen fiel wiederholt auf, dass die Inhalte der – vielfach noch handschriftlich auszufüllenden – OP-Sicherheitschecklisten oft nicht vollständig und nachweisbar bearbeitet werden. Werden vorgegebene Standards nicht eingehalten, besteht jedoch das Risiko, dass im Falle einer späteren Anspruchsstellung eines Patienten der patientenbezogene Nachweis via Checkliste, wie beispielsweise

vom Aktionsbündnis Patientensicherheit empfohlen und zwischenzeitlich auch gefordert, nur bedingt oder gar nicht möglich ist. So wird mit Einführung der Checkliste unter Umständen das Gegenteil des ursprünglich angestrebten Ziels erreicht. Damit die OP-Sicherheitscheckliste ihrem präventiven Zweck gerecht werden kann, gilt es, entsprechende Reorganisationsmaßnahmen einzuleiten, wie in diesem Artikel beschrieben.

Pro Patientensicherheit: Argumente für den systematischen Einsatz von OP-Sicherheitschecklisten und präoperativen Checklisten bzw. für die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit auf den Stationen und in der OP-Abteilung

Neben den genannten Gründen, die für den Einsatz von OP-Sicherheitschecklisten sprechen, wird an dieser Stelle u. a. auch ausgeführt, dass es sinnvoll ist, zusätzlich eine einheitliche präoperative Checkliste in den stationären Bereichen einzuführen. Ziel sollte es aus Sicht der Autorin sein, die beiden Listen in einem Dokument zusammenzuführen (Vorderseite präoperative Checkliste, Rückseite OP-Sicherheitscheckliste). Auf diese Weise lässt sich, ähnlich wie bei einem Staffellauf, die abgestimmte Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Arbeitsbereichen nachvollziehbar darstellen.

Ein weiterer Vorteil von Checklisten ist es, dass die einzelnen Inhalte der stark arbeitsteiligen Prozesse (Stationen und OP-Abteilung) bei konsequenter Abfrage der Checklisteninhalte arbeitsbereichsübergreifend hinterfragt und so Verbesserungspotenziale in der Praxis angestoßen werden können. Zudem gehen aus den Unterschriften der Mitarbeitenden zu den jeweiligen Abfragepunkten sowie aus den Vorgaben in Arbeits- oder Verfahrensanweisungen die Aufgabenteilung und die Verantwortlichkeiten klar hervor.

In den Checklisten ist die Anzahl der Abfragen so gering wie möglich zu halten. Außerdem ist es wichtig, die Inhalte der Checklisten an die Gegebenheiten im jeweiligen Krankenhaus anzupassen. So kann beispielsweise in einer neurochirurgischen Abteilung, in der die Operationen in der Regel sehr lange dauern, die Prüfung der korrekten Lagerung des Patienten nach einem definierten Zeitraum als Bestandteil des Team-Time-Outs in die Checkliste aufgenommen werden. An die Praxis angepasste Checklisteninhalte haben zudem den Vorteil, dass die Nutzung der Liste nicht zur reinen Routine wird, sondern für die beteiligten Mitarbeitenden die Möglichkeit der aktiven Gestaltung besteht, was bei ihnen wiederum die Sensibilität für Aspekte erhöht, die – z. B. beim Team-Time-Out – für die Patientensicherheit relevant sind.

Ein entscheidender Punkt für einen erfolgreichen Einsatz ist, die Vertreter des Arzt- und Pflegedienstes in den stationären Bereichen und in der OP-Abteilung sowohl bei der Gestaltung als auch bei der praktischen Nutzung der Checklisten von Beginn an aktiv einzubeziehen. Der Arzt- und Pflegedienst ist außerdem dafür zu gewinnen, die Kolleginnen und Kollegen über die Nutzung in der Praxis zu informieren (z. B. via Schulungen).

Sowohl bei der Einführung als auch bei der Reaktivierung einer Checkliste sind alle Ideen und Innovationen unterstützend mit zu berücksichtigen. Neben den Basisinhalten der Checklisten ist das für deren Nutzung erforderliche Prozedere in einer Legende oder separaten Arbeitsanleitung verbindlich festzulegen. Das gilt vor allem für den Fall, dass Fehler bzw. Abweichungen in den Prozessen auftreten (Beispiel: Patient trifft ohne Kennzeichnung der OP-Seite an der OP-Schleuse ein – Was ist zu tun?). Umgekehrt sind in Verfahrensanweisungen zur Identitätssicherung und Vermeidung von Verwechslungen Hinweise auf die OP-Sicherheitscheckliste und die präoperative Checkliste als „zusätzlich relevante Unterlagen“ aufzunehmen.

Widerstände der Mitarbeitenden gegen die OP-Sicherheitscheckliste, die präoperative Checkliste und Möglichkeiten der Bearbeitung für eine erfolgreiche Umsetzung

Wenn Mitarbeitende des Arzt- und Pflegedienstes auf den Stationen und in der OP-Abteilung der Einführung zusätzlicher Checklisten und dem damit verbundenen Dokumentationsaufwand ablehnend gegenüberstehen, kann das verschiedene Gründe haben, etwa das Gewohnt sein an Prozesse, die viele Jahre lang gleich abgelaufen sind, oder der Wunsch nach ungestörter Eigenständigkeit, die keine Rücksicht auf Mitarbeitende anderer Berufsgruppen und Hierarchieebenen nehmen muss. Mitunter wird die Einführung der Checklisten und ihrer Inhalte auch als Ausdruck fehlender Wertschätzung gegenüber den bisherigen beruflichen und praktischen Erfahrungen der Mitarbeitenden empfunden. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, gerade auch langjährig erfahrene Mitarbeitende aktiv in die Einführung und Nutzung der Checklisten einzubeziehen (z. B. in die Gestaltung und die inhaltliche Anpassung der Checklisten, in die Organisation und Durchführung von Schulungen für Mitarbeitende). Gelingt es nicht, Mitarbeitende mit ablehnender Haltung zu überzeugen, besteht das Risiko, dass sie die standardisierten Abfragen monoton abarbeiten oder dass sie sich abweichend verhalten – mit der möglichen Folge, bei Patienten präoperativ bedeutsame Aspekte zu übersehen, weil die Sensibilität und Aufmerksamkeit für tatsächliche Risikopotenziale fehlt.

Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die fortlaufende Unterstützung und Motivation der beteiligten Akteurinnen und Akteure vonseiten der Leitungsebene. Nur das konsequente Einfordern bei den Mitarbeitenden, die OP-Sicherheitscheckliste und die präoperative Checkliste zu nutzen (inklusive Kontrolle und Vereinbarung von Maßnahmen für den Fall des Nichteinhaltens bestehender Vorgaben) ist letztlich der Schlüssel zum Erfolg. Dauerhaft ist zu empfehlen, zur Beurteilung des Umsetzungsgrades stichprobenartig ausgefüllte OP-Sicherheitschecklisten und präoperative Checklisten zentral auszuwerten, die Mitarbeitenden über die Ergebnisse zu informieren und bei Auffälligkeiten die Verantwortlichen in den jeweiligen Abteilungen aufzufordern, Optimierungsprozesse einzuleiten.

Ein oft von Mitarbeitenden angeführtes Argument gegen die Nutzung der Checklisten lautet dahingehend, dass ja bereits im Vorfeld der OP, z. B. in den Ärztebesprechungen, sicherheitsrelevante Aspekte wie die Festlegung der OP-Indikation abgeprüft würden, weitere Prüfschritte daher nicht notwendig seien.

Die Mitarbeitenden müssen überzeugt werden, dass es sinnvoll ist, patientenbezogene risikorelevante Aspekte nicht nur einmal, sondern mehrfach und in einem abgestuften Verfahren von Personen unterschiedlicher Berufsgruppen und Hierarchiestufen prüfen zu lassen. Denn: Wird das beschriebene Verfahren ernsthaft und nachhaltig in der Praxis verfolgt, verringert sich das Risiko, etwas zu übersehen, und das automatisierte sich aufeinander Verlassen der Mitarbeitenden wird durchbrochen.

Treten in der Praxis Situationen auf, die positive Effekte der Checklistennutzung wie die Aufdeckung eines Risikopotenzials zeigen, ist zu empfehlen, die Mitarbeitenden über den Erfolg der Prävention zu informieren.

Struktur, Inhalte und Erfassung der Abfragen aus OP-Sicherheitscheckliste und präoperativer Checkliste

Wie oben erwähnt, ist es zielführend, OP-Sicherheitscheckliste und präoperative Checkliste auf der Vorder- und Rückseite eines einzigen Formulars anzuordnen. Grundsätzlich sind die Inhalte der Checklisten auf das notwendige Maß zu begrenzen. Detaillierte und operationsspezifische präoperative Vorbereitungen sind in gesonderten Standards schriftlich zu fixieren, auf die in den Listen ggf. Bezug genommen wird.

Es ist zu empfehlen, die Checklistenabfragen so präzise wie möglich zu formulieren (z. B. „OP-Einwilligung liegt mit den Unterschriften des Patienten und des Arztes vor“). Alternativ kann das zu den jeweiligen Abfragepunkten erforderliche Procedere in einer separaten Arbeits- oder Verfahrensanweisung detailliert beschrieben werden. In der Checkliste stünde dann z. B. die Formulierung „OP-Einwilligung gemäß Arbeits-/Verfahrensanweisung vorhanden/durchgeführt.“

Das Layout der Checklisten ist so zu gestalten, dass die Inhalte übersichtlich dargestellt sind. Die Ankreuz- bzw. Antwortmöglichkeiten sind beispielsweise durchgehend auf einer Seite und nicht auf wechselnden Seiten anzulegen. So wird u. a. sichergestellt, dass alle Fragen gesehen und schriftlich beantwortet werden.

Es ist darauf zu achten, dass die Antwortmöglichkeiten in den Checklisten selbsterklärend sind. Das bedeutet, dass bei den Abfragen – z. B. „Markierung der OP-Seite“ – neben den Antwortfeldern „ja“ und „nein“ zusätzlich ein Feld „nicht erforderlich“ oder „nicht notwendig“ in der Checkliste vorgesehen wird.

Im Falle der Anspruchsstellung eines Patienten kann es für die Nachweisführung vonseiten des Krankenhauses von Bedeutung sein, welches Vorgehen ein „Nein“ in der Checkliste in der Praxis nach sich zieht (z. B. bei fehlender Markierung der OP-Seite). Daher ist es sinnvoll, in einer Legende/Anweisung das jeweilige Vorgehen sowie die Verantwortlichkeiten bei der Bearbeitung der einzelnen Abfragen verbindlich zu beschreiben (beim genannten Beispiel einer fehlenden Markierung: „Mitarbeiter an der OP-Schleuse stoppt den Prozess ‚Einschleusen‘; der zuständige Operateur wird persönlich hinzugezogen und führt die Markierung der OP-Seite durch“).

Je nach Zuständigkeits- und Verantwortungsbereich sind für die Abfragen in den Arbeitsabschnitten der Checklisten Unterschriftenrubriken einzufügen, damit die handelnden Mitarbeitenden berufsgruppenspezifisch per Unterzeichnung die korrekte Durchführung der Abfrage bestätigen können.

In vielen Kliniken werden in der OP-Sicherheitscheckliste unter der Rubrik „Team-Time-Out“ zunächst die Personen, die sich im OP-Saal befinden, namentlich vorgestellt. Dieser Abfragepunkt stammt aus der ursprünglichen WHO-Vorlage für die OP-Sicherheitsliste. In den USA ist es von jeher üblich, dass die OP-Teams aus häufig wechselnden und auch aus externen Personen (z. B. Gastärzten) zusammengesetzt sind. Da dies bei der Einführung der OP-Sicherheitscheckliste vor Jahren für Deutschland eher untypisch war, wurde der Punkt damals vielfach kritisiert und belächelt, vor allem von Ärzten (häufiges Argument für die Ablehnung der Liste). Inzwischen hat sich durch den Einsatz von Honorarärzten und Leiharbeitskräften die Situation in den Krankenhäusern (und in den OP-Abteilungen) auch hierzulande geändert. Die Formulierung ist so zu wählen, dass zwei Antworten möglich sind (z. B. „Mitglieder der OP-Teams kennen sich“ oder „Mitglieder der OP-Teams haben sich mit Namen vorgestellt“).

In einigen Krankenhäusern werden die Abfragen der OP-Sicherheitscheckliste und der präoperativen Checkliste inzwischen auf den jeweiligen Patienten bezogen elektronisch erfasst. Die Erfahrungen der Mitarbeitenden mit einer solchen EDV-gestützten Erfassung sind durchaus positiv. Die gezielte Vorbereitung ist ebenso zu gewährleisten wie die an die Arbeitsprozesse angepasste EDV-gestützte Erfassung der Abfragen (vom Startzeitpunkt der präoperativen Vorbereitung bis zum Zeitpunkt der Ausschleusung des Patienten aus der OP-Abteilung). Dafür ist krankenhausintern ein Projekt aufzulegen (falls erforderlich, mit Pilotphase zur inhaltlichen Anpassung des EDV-Programmes). U. a. ist die Installierung von Pflichtfeldern in der OP-Sicherheitscheckliste und der präoperativen Checkliste zu beachten. Außerdem ist dafür zu sorgen, dass eine ausreichende Anzahl von PCs/Notebooks auf den Stationen (zur Bearbeitung der präoperativen Checkliste) und an den verschiedenen Arbeitsplätzen in der OP-Abteilung (an der OP-Schleuse, in den OP-Vorbereitungsräumen usw.) vorhanden ist, damit die elektronischen Eingaben zu den einzelnen Abfragen direkt und auf kurzem Wege vorgenommen werden können.

Die Verantwortlichkeiten für einzelne in den jeweiligen Checklisten fixierte Arbeitsschritte sind in einer Arbeits- oder Verfahrensanweisung verbindlich zu beschreiben (Beispiel: „Der Operateur ist für die Durchführung des Team-Time-Out verantwortlich und der OP-Springer übernimmt die Dokumentation zu den Abfragepunkten im elektronischen System“).

Zusammenfassend lässt sich sagen: Es ist sehr empfehlenswert, die OP-Sicherheitscheckliste und die präoperative Checkliste als Instrumente für die Patientensicherheit konsequent in der praktischen Arbeit im Krankenhaus zu nutzen.

Patientensicherheitsziele können Krankenhäuser mit Hilfe von Kennzahlen festlegen und abprüfen lassen. D. h. der Umsetzungsgrad der Maßnahmen – z. B. der Einsatz von Checklisten – ist durch Kennzahlen verbindlich definiert und kann so in festgelegten Zeitintervallen geprüft und transparent gemacht werden. Die Ergebnisse der Auswertungen und daraus abzuleitende Konsequenzen sind gemeinsam mit den beteiligten Mitarbeitenden zu reflektieren. Bei der Nutzung von Instrumenten zur Erhöhung der Patientensicherheit ist es generell wichtig, den Mitarbeitenden zu vermitteln, dass dahinter immer die Philosophie der arbeitsbereichs- und berufsgruppenübergreifenden sowie hierarchiedurchdringenden Zusammenarbeit steht. Einzelne positive Praxisbeispiele für Situationen, in denen die Abfrage von Inhalten der OP-Sicherheitscheckliste die Schädigung eines Patienten verringert bzw. vermieden hat, sind zentral gesteuert an die Krankenhausmitarbeitenden weiterzugeben, um ihnen den Nutzen des Vorgehens immer wieder vor Augen zu führen.

Der Erfolg der OP-Sicherheitscheckliste und der präoperativen Checkliste hat in vielen Krankenhäusern inzwischen Initiativen ausgelöst, auch für weitere Arbeitsbereiche, etwa die Endoskopie oder das Herzkatheter-Labor, spezifische Checklisten zu entwickeln und nutzbar zu machen.

CHECKLISTE

Risikomanagement Grundsätze der Präventionsmaßnahme „OP-Sicherheitscheckliste“

- Eine bedarfsgerecht entwickelte OP-Sicherheitscheckliste kommt zum Einsatz. Diese orientiert sich an anerkannten wissenschaftlich-medizinischen Empfehlungen.
- Bei Unstimmigkeiten/Unsicherheiten, die während des Sicherheitschecks via OP-Checkliste auffallen, wird immer das gesamte OP-Team verständigt und dann werden gemeinsam etwaige Änderungen/Recherchen veranlasst und dokumentiert. Falls erforderlich, wird der OP-Stopp ausgesprochen.
- Die anerkannten medizinischen Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie sind bekannt und werden umgesetzt:

  i. Aufklärung und Identifikation des Patienten

  ii. Markierung des Eingriffsortes

  iii. Zuordnung des Patienten zum richtigen Saal

  iv. Etablierung eines routinemäßigen Team-Time-Outs mit standardmäßigen Abfragepunkten unmittelbar vor Schnitt.

- Innerhalb des OP-Teams bestehen klare bzw. sichere Kommunikationsregeln, um Missverständnisse vor, während und nach der OP zu vermeiden. Elemente guter Kommunikation sind z. B: Briefing/Team-Time-Out, aktives Nachfragen bei undeutlichen, missverständlichen Anweisungen, Call-Recall-Methode (lautes Wiederholen von Anweisungen und Bestätigung bei Durchführung dieser), Reduzierung von „Seitengesprächen“
- Wird im OP-Saal eine Umlagerung des Patienten erforderlich, wird in diesem Augenblick der zu operierenden Seite nochmals besondere Aufmerksamkeit gewidmet und die Richtigkeit der OP-Seite im Rahmen des Team-Time-Outs von allen Beteiligten bestätigt.

Literatur

[1] Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. BMJ Qual Saf 2013; 0:1-20

[2] Borchard A, Schwappach DLB, Barbir A, Bezzola P. A Systematic Review of the Effectiveness, Compliance and Critical Factors for Implementation of Safety Checklists in Surgery. Annals of Surgery 2012; 256(6):925-33

[3] „High 5s-SOP Vermeidung von Eingriffsverwechslungen“, Action on Patient Safety: High 5s = Internationales WHO-Projekt (High 5s, Aktionsbündnis Patientensicherheit, ÄZQ, gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages)

Hinke K. Safety Clip: OP-Sicherheitscheckliste und präoperative Checkliste – Nützlich oder lästig? Passion Chirurgie. 2017 Januar, 7(01): Artikel 04_01.