



**Internationales WHO-Projekt “Action on Patient Safety: High 5s”
Abschlussveranstaltung Berlin, 1./2. Juni 2015**

OP-Checklisten in Deutschland

- Wie es begann: Rückblick auf eine Dekade
- Checklisten-Strategie
- Implementierung und Evaluation
- Checklisten als Teil der Sicherheitskultur

Patientensicherheit

Wegweisende Initiativen 2005

122. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, München, 5. – 8. April 2005
Leitthema **PATIENTENSICHERHEIT – PRIMUM NIL NOCERE**

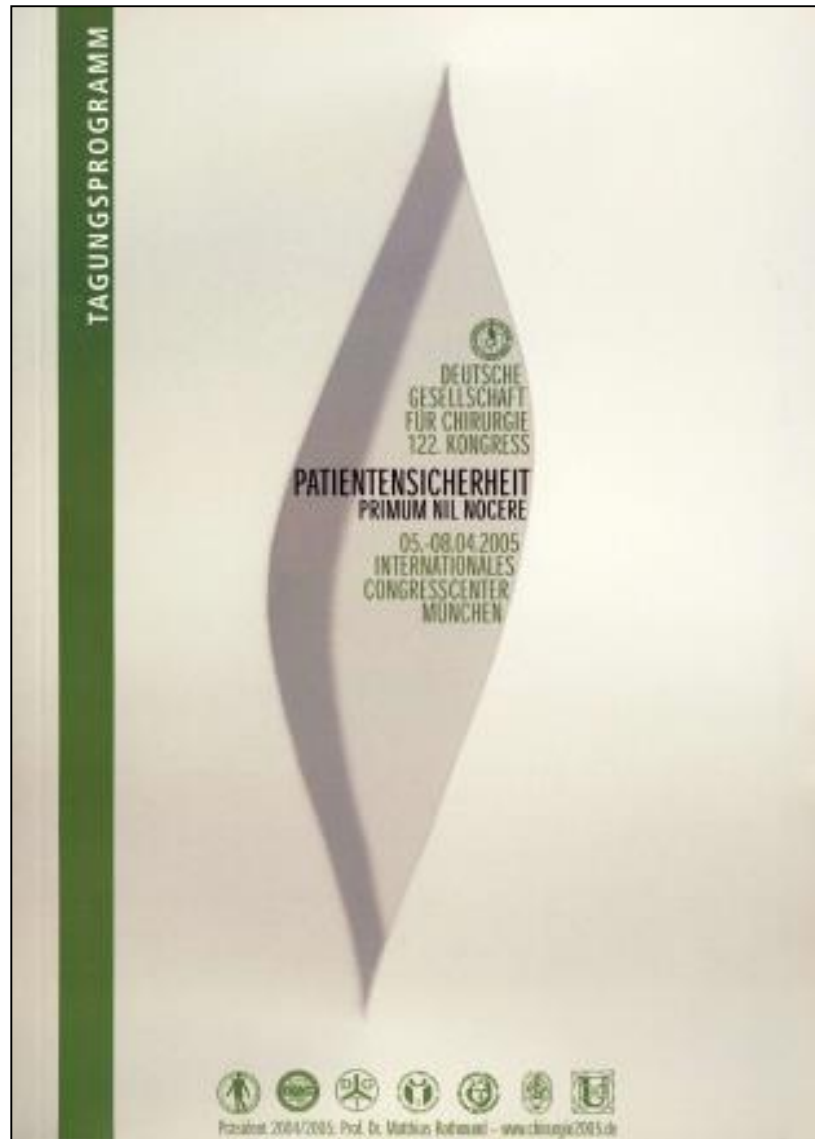


Gründung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS), Düsseldorf, 11. April 2005



108. Deutscher Ärztetag 2005, in Berlin, 3. bis 6. Mai 2005
TOP VII: Ärztliches Fehlermanagement/Patientensicherheit





Süddeutsche Zeitung

MÜNCHNER NEUESTE NACHRICHTEN AUS POLITIK, KULTUR, WIRTSCHAFT UND SPORT

Medizin

Mehr Tote durch Ärztepfeusch als im Straßenverkehr

05.04.2005

Der Präsi

Gesellsch

Internat

Ergebn

fehlten

davon ausgen

ist".....



DIE WELT

05.04.05

Kunstfehler töten mehr Deutsche als Verkehrsunfälle

Präsident der Chirurgischen Gesellschaft beklagt "Politik des Schweigens" - internationale Studien liefern „schockierende Ergebnisse“

Nach Redaktionsschluss

Mitteilungen DGCH Januar 2006

Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.

Handlungsempfehlungen zur Eingriffsverwechslung in der Chirurgie

Das „Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.“ ist am 11.4.2005 in Düsseldorf gegründet worden (www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de). Ihm geht es um die Identifizierung von Risiken und die Vermeidung von Fehlern. Unser Past President ist Prof. Dr. Gert Dornier, der die Patientensicherheit im Deutschen Chirurgenkongress vorantreibt.

Das Aktionsbündnis hat die kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheit als oberste Priorität. In der Chirurgie erarbeitet die Arbeitsgruppe des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. Handlungsempfehlungen, die in der Praxis umzusetzen sind. Diese Empfehlungen werden in den Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie veröffentlicht und zur Diskussion gestellt.

Präambel

Verwechslungen bei Operationen sind ein ernstzunehmendes Problem. Sie werden als „human error“ bezeichnet. Deren Vermeidung ist eine der wichtigsten Aufgaben der Chirurgie. Die Verwechslung von Patienten, Eingriffsorten oder der Verwechslung von Eingriffsarten sind die häufigsten Ursachen für vermeidbare Schäden. Die Vermeidung dieser Verwechslungen ist eine der wichtigsten Aufgaben der Chirurgie. Die Vermeidung dieser Verwechslungen ist eine der wichtigsten Aufgaben der Chirurgie.

Eingriffsverwechslungen sind vermeidbar und stellen damit ein beherrschbares Risiko dar. Für Betroffene können Sie einen



Gegründet 1872
Sitz Berlin

Nach Redaktionsschluss



Gegründet 1872
Sitz Berlin

Patientenakten und weiteren Aufzeichnungen und, solange der Patient ansprechbar und fähig ist zu antworten, in Absprache mit ihm.

Nicht selten wird die Einbeziehung des Patienten dadurch erschwert, dass es sich um Notfallpatienten, der deutschen Sprache nicht mächtige Patienten, demente oder geistig behinderte Menschen oder Kinder handelt. Soweit möglich, sollten Ärzte und Pflegepersonal alternative Wege finden, diese Patienten aktiv einzubeziehen (z. B. durch Dolmetscher, Sozialdienste, Angehörige).

Ambulanzen stützen. Zurzeit erarbeitet das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. eine Informationsbroschüre für Patienten.

Vier Stufen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen

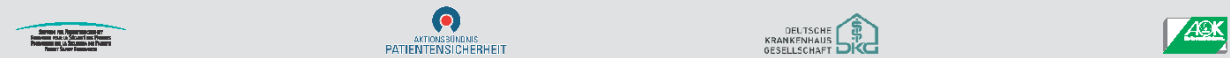
1. Aufklärung und Identifikation des Patienten

Wer: – der Operateur, wenn möglich, oder ein Facharzt
Wann: – während des Aufklärungsgesprächs vor oder nach

Empfehlungen zur Prävention von Eingriffsverwechslungen

<h3>1</h3>	<h3>2</h3>	<h3>3</h3>	<h3>4</h3>
<p>Identifikation Patient</p> <p>wer? – Operateur, aufklärender Arzt, voll informierter Arzt</p> <p>wann? – Aufklärungsgespräch vor oder nach Aufnahme</p> <p>was?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Richtiger Patient – Namen und Geburtsdatum sagen lassen und prüfen ■ Eingriffsart – im Gespräch mit dem Patienten bestätigen ■ Eingriffsort – aktiv fragen und zeigen lassen – Angehörige einbeziehen (vor allem bei Kindern und nicht urteilsfähigen Patienten) ■ Abgleich mit Akten und Bildern 	<p>Markierung Eingriffsort</p> <p>wer? – Operateur, aufklärender Arzt, voll informierter Arzt</p> <p>wann? – außerhalb des OPs – bei wachem Patienten</p> <p>was?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Abgleich mit Akten – richtiger Patient – Eingriffsart – Eingriffsort ■ Patienten aktiv einbeziehen – Eingriffsort zeigen lassen – Angehörige einbeziehen ■ Markierung – nur Eingriffsort – eindeutige Zeichen (Kreuz, Pfeil, Initialen) – nicht abwischbarer Stift – mehrere Eingriffsorte: alle markieren 	<p>Zuweisung zum richtigen OP-Saal</p> <p>wer? – definierte, verantwortliche Person</p> <p>wann? – unmittelbar vor Anästhesieeinleitung und vor Eintritt in den Saal</p> <p>was?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Patientenidentität – Namen und Geburtsdatum prüfen ■ Eingriffsart – prüfen und bestätigen ■ Eingriffsort – prüfen und bestätigen ■ Markierung prüfen – mit Aktenabgleich – wenn möglich aktive Befragung des Patienten ■ Saalcheck – Zuweisung zum OP-Saal überprüfen 	<p>Team-Time-Out vor Schnitt</p> <p>wer? – OP-Team – initiiert durch definierte, verantwortliche Person</p> <p>wann? – unmittelbar vor Schnitt</p> <p>was?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Letztes Innehalten – letzte Richtigkeitsprüfung ■ Mittels Minicheckliste – richtiger Patient (Namen und Geburtsdatum) – Eingriffsart – Eingriffsort – Aufnahmen bildgebender Verfahren – Richtige Implantate verfügbar ■ Alle Punkte durch OK bestätigen ■ Durchführung des Team-Time-Out dokumentieren

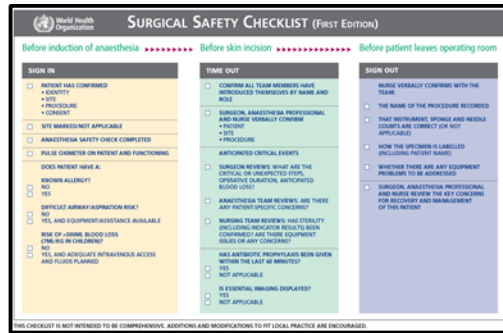
Jede Unstimmigkeit sofort klären **Jede Unstimmigkeit sofort klären** **STOP Ohne Markierung keine Anästhesie** **STOP Bei Unstimmigkeiten kein Schnitt**



nahme, Transport usw.) verändere. Dazu wurde ein verstärktes Befragungs- und Kontrollverfahren entwickelt. Sollte während einer dieser vier Stufen eine Verwechslung erkannt werden, ist es Aufgabe des Arztes und Pflegepersonals eine umgehende Korrektur vorzunehmen, die zugleich eine Benachrichtigung der nachfolgenden Stufen umfasst. Der Abgleich erfolgt anhand von

nommen werden.
Die Implementierung der Handlungsempfehlungen wird sich auf begleitende Materialien zur Verteilung in Krankenhäusern und

Wer: – Arzt oder Pflegepersonal
Wann: – zwischen Prämedikation und Narkoseeinleitung, unmittelbar vor Eintritt in den OP
Wo: – Einleitungsraum



A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population

Haynes et al. N ENGL J MED 2009; 360: 491-499

	vor Implementierung der Checkliste	nach	Signifikanz p
Anzahl der Patienten	3.733	3.955	
Wundinfektionen (%)	6,2	3,4	<0,001
Ungeplante Reoperation (%)	2,4	1,8	0,047
Mortalität (%)	1,5	0,8	0,003
Pneumonie (%)	1,3	1,8	0,46
Komplikationen Gesamt (%)	11,0	7,0	<0,001

Ergebnisse vor und nach Einführung der WHO- Checklisten. Studie in Kliniken von 8 Städten weltweit (Toronto, Kanada; New Delhi, Indien; Amman, Jordanien; Auckland, Neuseeland, Manila, Philippinen; Ifakara, Tansania; London, England; Seattle, USA)

Informationen



Gegründet 1872
Sitz Berlin

Safe Surgery Saves Lives 2008

M. Rothmund



WHO-Checkliste
Publikationen in den
Mitteilungen der DGCH:

- 2/2008
- 4/2008 (2)
- 2/2009
- 3/2009

Mitteilungen der DGCH, 4-0,8% ändern. Infek-tiosen, Zentren Center, Seamer, St. Mary's Hospital, London, St. Stephens Hospital, New Delhi, Prince Hamzah Hospital, Amman, Philippines General Hospital, Manila, St. Francis Hospital, Ifakara, Tansania).

Im Juni wurde in Washington eine weltweite WHO-Initiative mit dem oben genannten Namen gestartet. Die Aktion wird von mehr als 400 Fachgesellschaften und Organisationen weltweit, vor allem aus der angelsächsischen und Spanisch sprechenden Welt, unterstützt. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie war durch den Unterzeichner vertreten, der neben etwa 40 anderen anwesenden Repräsentanten den vom Generalsekretär unterzeichneten Unterstützungsbrief an Sir Liam Donaldson, dem Vorsitzenden der World Alliance for Patient Safety, übergab.

Geleitet wurde die Sitzung von Dr. Atul Gawande, einem Chirurgen der Harvard Medical School und ausgewiesenen Experten für Patientensicherheit. Grußworte sprachen der Präsident des American College of Surgeons, die Direktorin der Pan American Health Organisation, die Direktorin der Agency for Healthcare Research and Quality der USA und die persönliche Referentin von Senator Edward Kennedy anstelle ihres schwer erkrankten Chefs. Aus Kontinental-Europa waren neben der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie nur noch die spanische Chirurgengesellschaft durch ihren Präsidenten vertreten.

Kern der Initiative ist die in der April-Ausgabe der Mitteilungen veröffentlichte Checkliste, die weltweit angewandt werden soll. Modifikationen je nach lokalen Verhältnissen und Art der Eingriffe, z. B. Erfassung der Thromboseprophylaxe, sind wünschenswert. Die Liste ist für die Anwendung in industrialisierten Ländern wie auch der Dritten Welt gedacht. Sie könnte geeignet sein, die Zahl der perioperativen unerwünschten Ereignisse auf die Hälfte zu reduzieren. Daten aus 56 Ländern, erhoben im Jahre 2004, zeigten eine Gesamtzahl an größeren Operationen von 187-281

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie unterstützt nicht nur die WHO-Initiative, sondern rät auch all ihren Mitgliedern, die Checkliste in ihren Krankenhäusern einzuführen und täglich anzuwenden. Zur Erinnerung ist sie nochmals - diesmal auf Deutsch - abgedruckt.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. Matthias Rothmund
Philipps-Universität Marburg
Fachbereich Medizin
Baldingerstraße
35033 Marburg



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie unterstützt nicht nur die WHO- Initiative, sondern rät auch all ihren Mitgliedern, die Checkliste in ihren Krankenhäusern einzuführen und täglich anzuwenden. Zur Erinnerung ist sie nochmals - diesmal auf Deutsch - abgedruckt

World Health Organization

Sicherheits-Checkliste Chirurgie
„Safe surgery saves live“
Globale Initiative für Patientensicherheit der WHO

1. Initialer-Check (vor Narkoseeinleitung)

- Patient bestätigt: seine Identität (Personalien), Eingriffsort, Art des Eingriffs und Zustimmung zum Eingriff
- Eingriffsort markiert/nicht anwendbar
- Anästhesie – Sicherheitscheck abgeschlossen
- Pulsoxymeter ist am Patienten angebracht und funktioniert

Hat der Patient:

Allergie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Intubationsschwierigkeit/Aspirationsrisiko	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (notwendige Instrumente und Personal sind vorhanden)
Risiko von Blutverlust > 500 ml (> 7 ml/kg bei Kindern)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

2. Vor Hautschnitt (team time out)

- alle Mitglieder des Teams haben sich mit Namen und Funktion vorgestellt
- Operateur, Anästhesist und Pflegepersonen bestätigen Identität des Patienten, von Eingriffsort und -art sowie korrekte Lagerung

Vorhersehbare kritische Ereignisse

- Operateur fasst entscheidende und mögliche kritische Schritte der Operation zusammen und nennt zu erwartende(n) OP-Zeit und Blutverlust
- Anästhesieteam definiert evtl. notwendigen Reanimationsplan und patientenspezifische Probleme
- Pflege nennt Ergebnisse der Sterilisations-Indikatoren und Funktionsweise spezieller Geräte

Wurde Antibiotika-Prophylaxe während der letzten Stunde gegeben?

ja nicht sinnvoll

Wurden alle nötigen Bilder (Röntgen, MR usw.) sichtbar präsentiert?

ja nicht sinnvoll

andere Punkte

3. Finaler Check (bevor Patient OP Raum verlässt)

Pflege bestätigt mündlich:

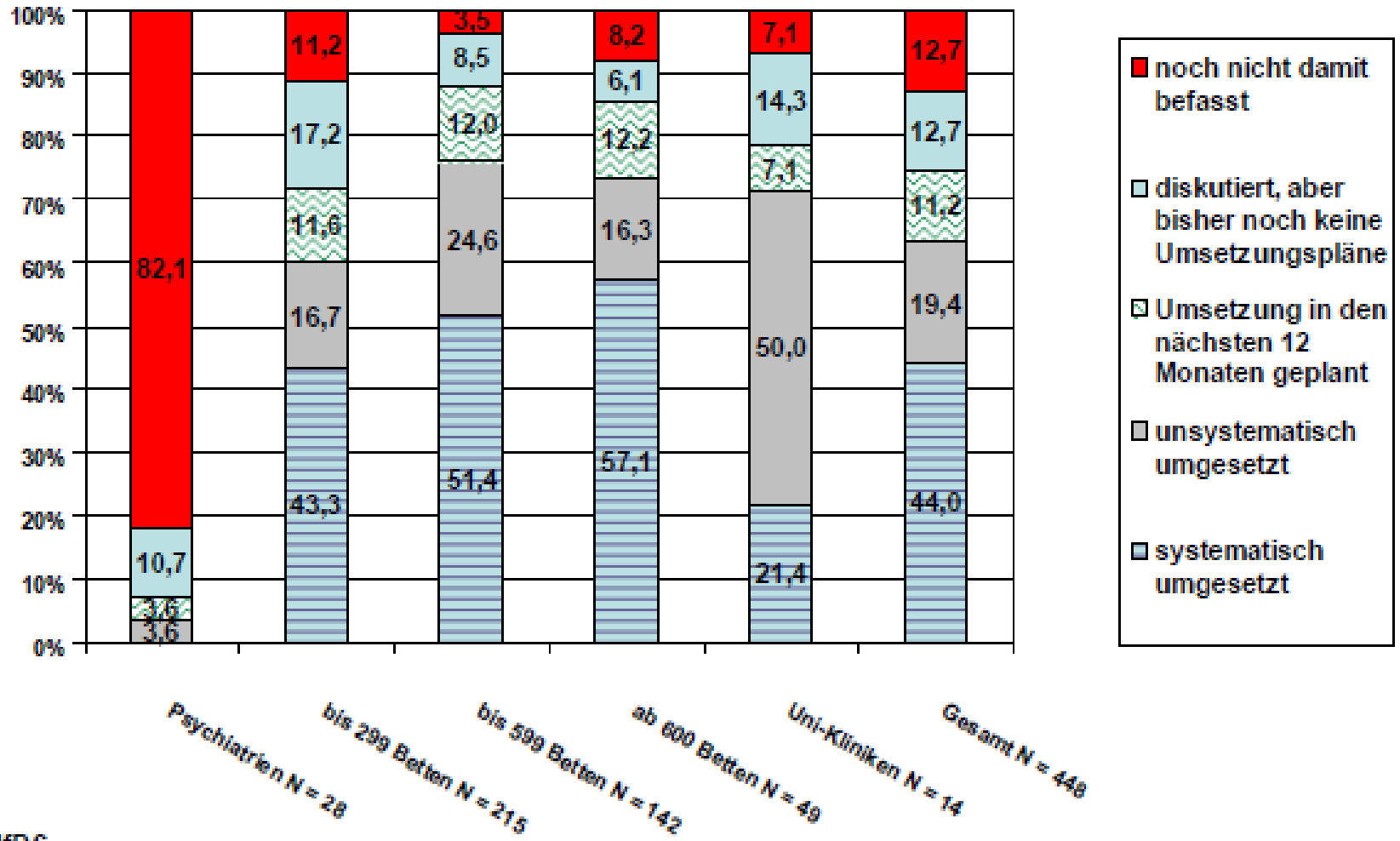
- Art des Eingriffs
- vollständige Zahl von Instrumenten, Tupfern, Bauchtüchern etc., Nadeln
- Korrekte Beschriftung der Gefäße für Pathologie (entnommenes Gewebe)
- evtl. Fehlfunktion von Geräten

Operateur, Anästhesist und Pflege definieren:

- wichtigste Gesichtspunkte für Aufwachphase und postoperative Versorgung

(Unterschrift) (Datum)
Für das Team

Konkrete Maßnahmen / Programme zur Beeinflussung klinischer Risiken: Einsatz von Checklisten bei Operationen (z.B. WHO-Checkliste "Safe Surgery", "Team Time-Out")



Deutschlands Zukunft gestalten
Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD
18. Legislaturperiode

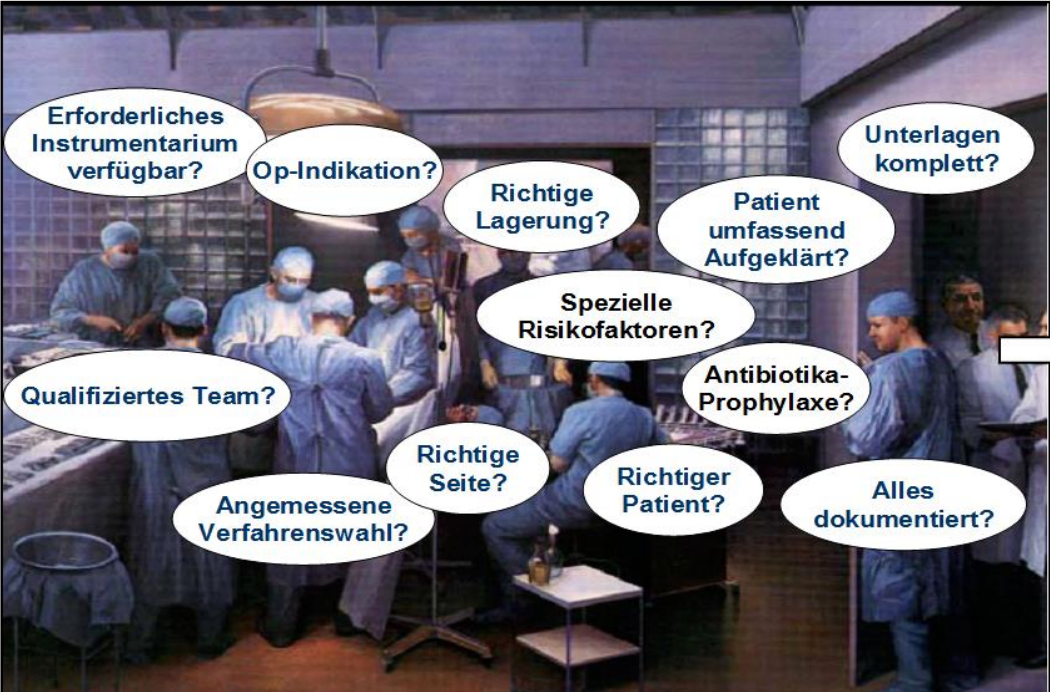
Krankenhausversorgung S. 78

... Die teilweise in Krankenhäusern bereits genutzten OP-Sicherheits-Checklisten werden allgemeiner Standard der Qualitätssicherung.

Checklisten-Strategie: Management von Komplexitäten

- Eine ordnungsgemäß durchgeführte Operation erfordert
- die korrekte Diagnosestellung
 - die Auswahl des richtigen Verfahrens
 - die korrekte Identifizierung des Patienten
 - die Festlegung des korrekten Operationsitus (topographische Region, korrekte Seite)
 - die richtige Lagerung des Patienten
 - die rechtzeitige und nach Art und Anzahl erforderliche Verfügbarkeit aller Apparate, Instrumente und Medizinprodukte
 - die Präsenz ausreichenden und, dem Eingriff angemessen, adäquat geschulten Personals

Der präoperative Vorbereitungsprozess



Typisch sind Fehlentscheidungen unter hohem Arbeitsdruck. Man neigt dazu, weniger durchdacht, sondern schnell und spontan zu reagieren und mögliche Risiken zu unterschätzen in der Annahme „es wird schon gut gehen.“

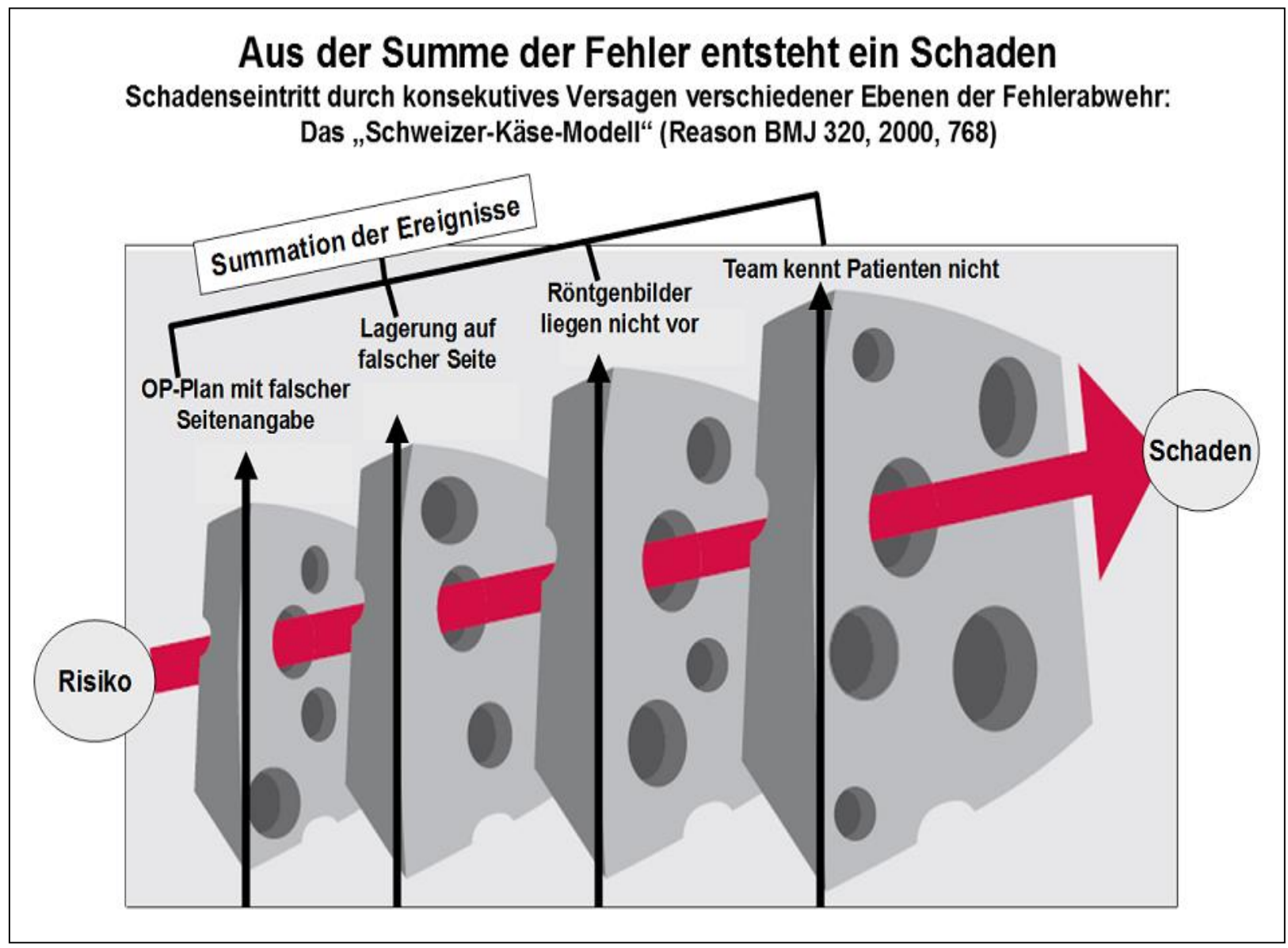
ATUL GAWANDE

btb

CHECKLIST-STRATEGIE
WIE SIE DIE DINGE IN DEN GRIFF BEKOMMEN

„Die Medizin wurde zur Kunst, extreme Komplexitäten zu managen, und somit zum Test-Fall, ob eine solche Komplexität überhaupt gemeistert werden kann.“

Hamburger Abendblatt
 29.03.03
Schock: Am falschen Bein operiert
"Verkettung unglücklicher Umstände"
 Durch ein Versehen wurde im OP-Plan das falsche Bein eingetragen. Der Operateur war am Morgen der OP ausgewechselt worden. Und: Bei einem neuen Gerät gab es eine verwirrende Beschriftung.





„Die verschiedenen Stadien eines Fluges sind mit den unterschiedlichen Phasen einer Operation durchaus vergleichbar“

P. Hinz (Chirurg und Pilot): Was Chirurgen von Piloten lernen können. In: Orthopädie Mitteilungen 1/2008: 58-61

Sicherheits-Checkliste Chirurgie



„Safe surgery saves lives“
 Globale Initiative für Patientensicherheit der WHO

1. Initialer-Check (vor Narkoseeinleitung)

- Patient bestätigt seine Identität (Personalien), Eingriffsort, Art des Eingriffs und Zustimmung zum Eingriff
 - Eingriffsort markiert/nicht anwendbar
 - Anästhesie – Sicherheitscheck abgeschlossen
 - Pulsoxymeter ist am Patienten angebracht und funktioniert
- Hat der Patient:
- | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|--|
| Allergie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Intubationsschwierigkeit/
Aspirationsrisiko | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | (notwendige Instrumente und Personal sind vorhanden) |
| Risiko von Blutverlust > 500 ml
(> 7 ml/kg bei Kindern) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |

2. Vor Hautschnitt (Team Time Out)

- alle Mitglieder des Teams haben sich mit Namen und Funktion vorgestellt
 - Operateur, Anästhesist und Pflegepersonen bestätigen Identität des Patienten, von Eingriffsort und -art sowie korrekte Lagerung
- Vorhersehbare kritische Ereignisse
- Operateur fasst entscheidende und mögliche kritische Schritte der Operation zusammen und nennt zu erwartende(n) OP-Zeit und Blutverlust
 - Anästhesieteam definiert evtl. notwendigen Reanimationsplan und patientenspezifische Probleme
 - Pflege nennt Ergebnisse der Sterilisations-Indikatoren und Funktionsweise spezieller Geräte
- Wurde Antibiotika-Prophylaxe während der letzten Stunde gegeben?
- ja nicht sinnvoll
- Wurden alle nötigen Bilder (Röntgen, MR usw.) sichtbar präsentiert?
- ja nicht sinnvoll
- andere Punkte

3. Finaler Check (bevor Patient OP Raum verlässt)

- Pflege bestätigt mündlich:
- Art des Eingriffs
 - vollständige Zahl von Instrumenten, Tupfern, Bauchtüchern, Nadeln, etc.
 - Korrekte Beschriftung der Gefäße für Pathologie (entnommenes Gewebe)
 - evtl. Fehlfunktion von Geräten
- Operateur, Anästhesist und Pflege definieren:
- wichtige Gesichtspunkte für Aufwachphase und postoperative Versorgung

(Unterschrift) Für das Team _____ (Datum) _____

Das „Time out“

Standardisierte Pause im OP vor dem Hautschnitt, die dem verantwortlichen Chirurgen ein formelles „Read back“ mit dem gesamten Team (Chirurgie, Anästhesie und Pflege) erlaubt, um Patientenidentität sowie Ort und Art des chirurgischen Eingriffs unmissverständlich zu verifizieren.

- ### 2. Vor Hautschnitt (Team Time Out)
- alle Mitglieder des Teams haben sich mit Namen und Funktion vorgestellt
 - Operateur, Anästhesist und Pflegepersonen bestätigen Identität des Patienten, von Eingriffsort und -art sowie korrekte Lagerung
- Vorherschaubare kritische Ereignisse
- Operateur fasst entscheidende und mögliche kritische Schritte der Operation zusammen und nennt zu erwartende(n) OP-Zeit und Blutverlust
 - Anästhesieteam definiert notwendigen Reanimationsplan und patientenspezifische Probleme



Gebet vor einer Bruchoperation aus Caspar Stromayr's Practica copiosa, illustrierte Handelsschrift 1559, Stadtbibliothek Lindau

OP-Checklisten


- haben sich als effektiv herausgestellt
- verbessern die Team-Interaktion und Kommunikation
- verstärken die Sicherheitskultur

**Voraussetzung:
adäquates Checklisten-Design**

Checklisten-Design

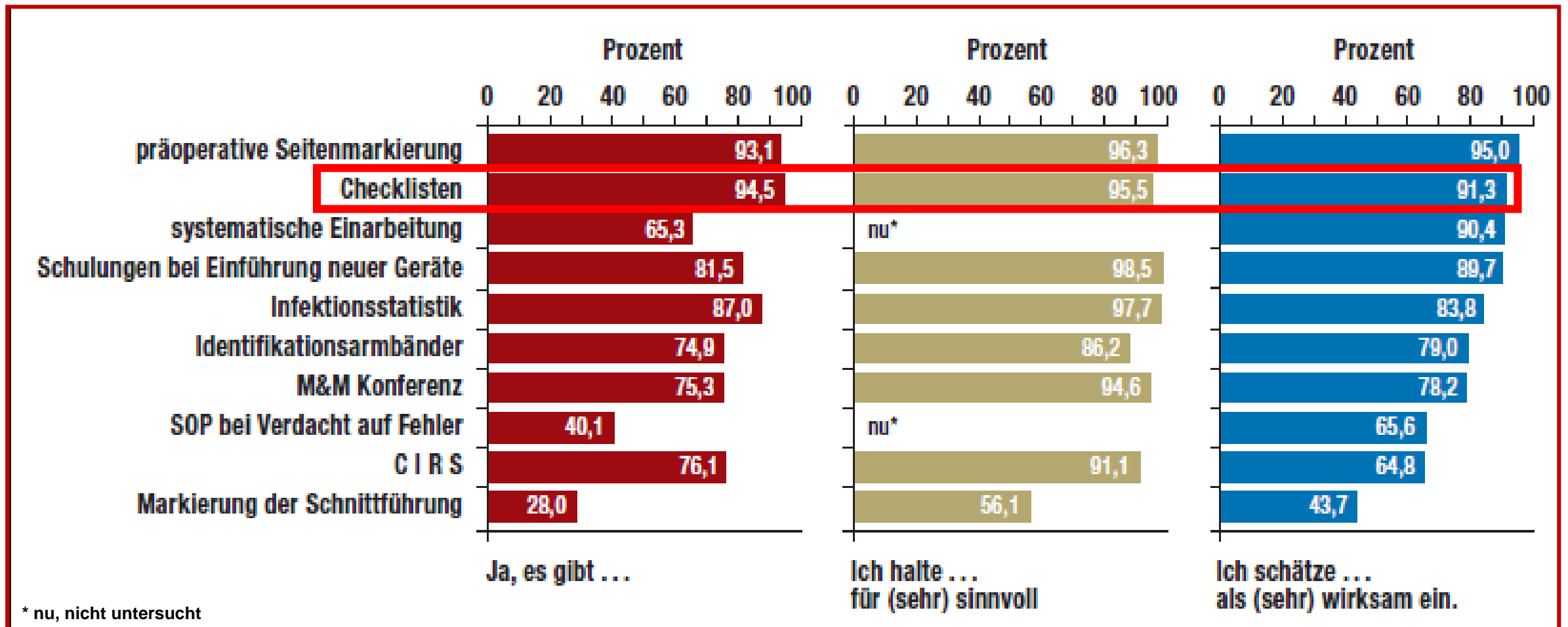
A CHECKLIST FOR CHECKLISTS

Development	Drafting	Validation
<input type="checkbox"/> Do you have clear, concise objectives for your checklist? <hr/> Is each item: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A critical safety step and in great danger of being missed? <input type="checkbox"/> Not adequately checked by other mechanisms? <input type="checkbox"/> Actionable, with a specific response required for each item? <input type="checkbox"/> Designed to be read aloud as a verbal check? <input type="checkbox"/> One that can be affected by the use of a checklist? <hr/> Have you considered: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adding items that will improve communication among team members? <input type="checkbox"/> Involving all members of the team in the checklist creation process? 	Does the Checklist: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Utilize natural breaks in workflow (pause points)? <input type="checkbox"/> Use simple sentence structure and basic language? <input type="checkbox"/> Have a title that reflects its objectives? <input type="checkbox"/> Have a simple, uncluttered, and logical format? <input type="checkbox"/> Fit on one page? <input type="checkbox"/> Minimize the use of color? <hr/> Is the font: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sans serif? <input type="checkbox"/> Upper and lower case text? <input type="checkbox"/> Large enough to be read easily? <input type="checkbox"/> Dark on a light background? <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Are there fewer than 10 items per pause point? <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Is the date of creation (or revision) clearly marked? 	Have you: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tried the checklist with front line users (either in a real or simulated situation)? <input type="checkbox"/> Modified the checklist in response to repeated trials? <hr/> Does the checklist: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fit the flow of work? <input type="checkbox"/> Detect errors at a time when they can still be corrected? <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Can the checklist be completed in a reasonably brief period of time? <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Have you made plans for future review and revision of the checklist?



www.projectcheck.org
 Stufflebeam DL www.wmich.edu/evalctr/checklists
 Weiser TG et al. Int J Qual Health Care 2010

Existenz, Sinnhaftigkeit und Einschätzung der Wirksamkeit von Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit

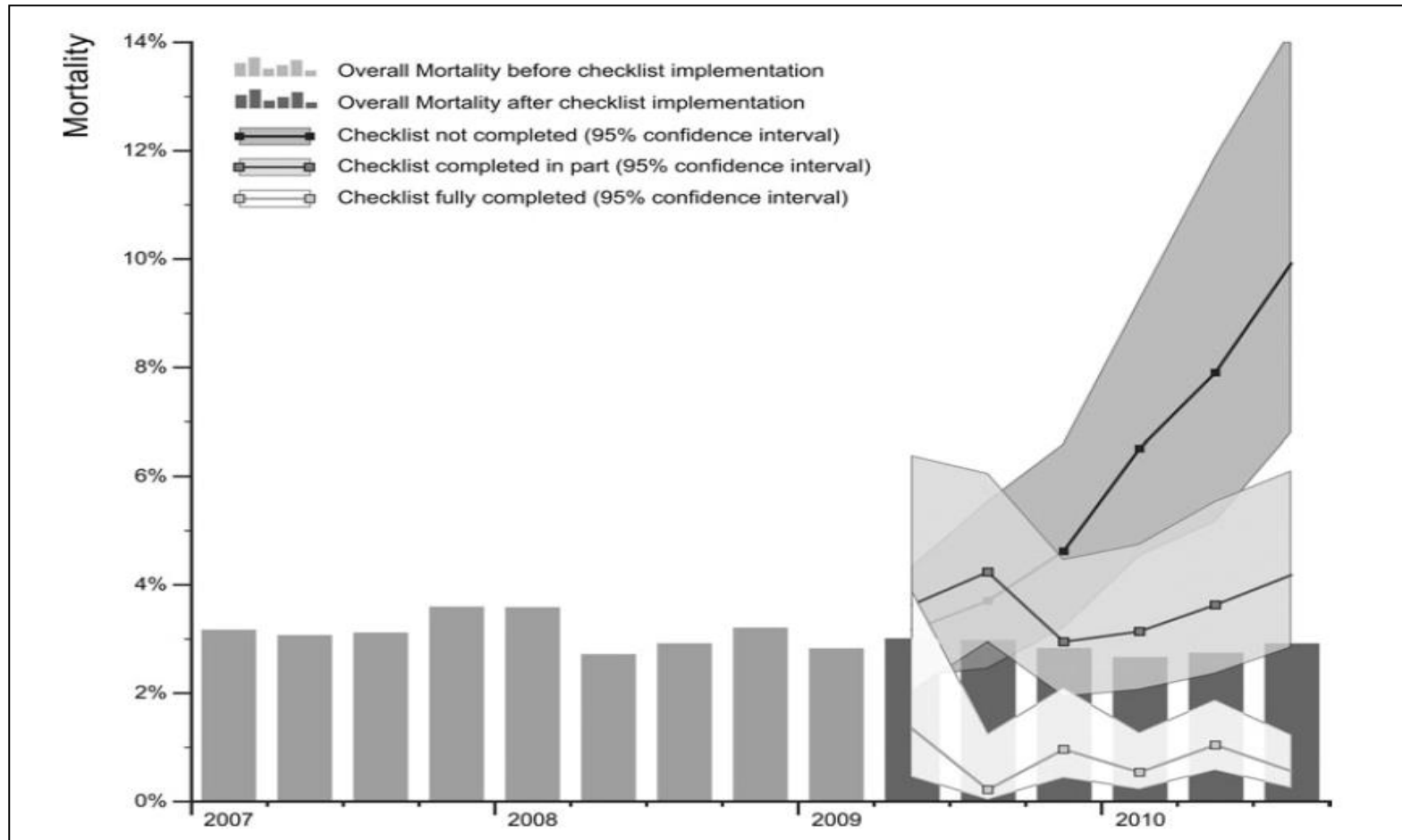


Rothmund M, Kohlmann Th, Heidecke C-D, Siebert H, Ansorg J. PATIENTENSICHERHEIT. Kontinuierliche Verbesserung. DÄBI 2015

Effects of the Introduction of the WHO “Surgical Safety Checklist” on In-Hospital Mortality

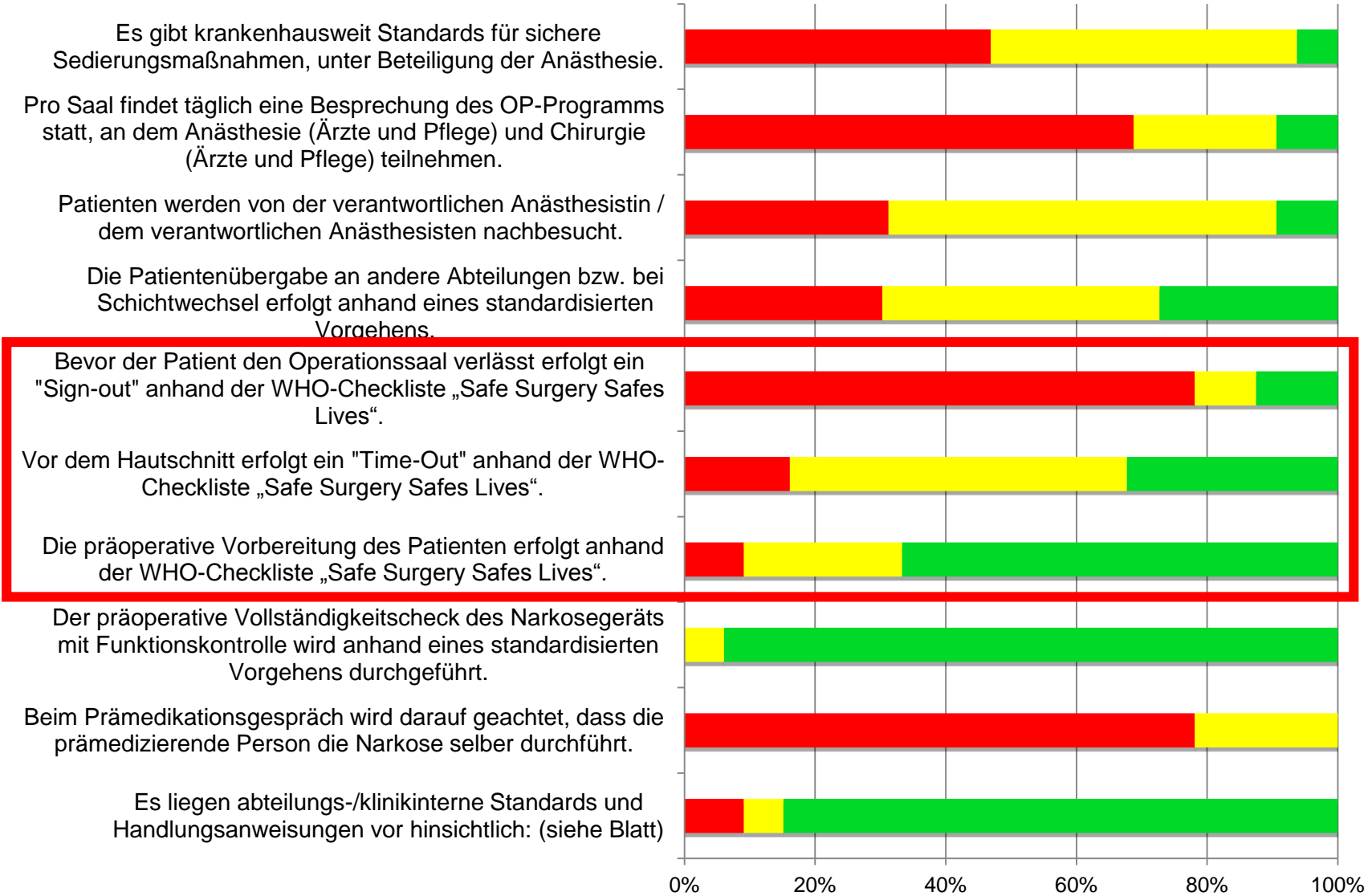
A Cohort Study

W. A. van Klei, MD, PhD,* R. G. Hoff, MD, PhD,* E. E. H. L. van Aarnhem, MD,†
 R. K. J. Simmermacher, MD, PhD,‡ L. P. E. Regli, MD, PhD,§ T. H. Kappen, MD,* L. van Wolfswinkel, MD, PhD,*
 C. J. Kalkman, MD, PhD,* W. F. Buhre, MD, PhD,* and L. M. Peelen, PhD*¶



- **Signifikante Reduktion der Mortalität von 3,13 auf 2,85%**
- **Mortalitätssenkung korreliert stark mit der Vollständigkeit der Anwendung**

Selbstassessment: Umsetzungsgrad in der klinischen Praxis



Anteil **positiver**, **neutraler / teils-teils** und **problematischer** Antworten

Manser, T. et al. (2013). Anästhesie und Intensivmedizin, 54, 458-465.



Haugen AS, Sjøfteland E, Eide GE, Sevdalis N, Vincent CA, Nortvedt MW, Harthug S
Impact of the World Health Organization's Surgical Safety Checklist on safety culture in the operating theatre: a controlled intervention study

British Journal of Anaesthesia doi:10.1093/bja/aet005 (BJA Advance Access published February 12, 2013)

Anwendung der Checkliste

Compliance-Raten in den drei Kategorien

Sign in	85 %
Time out	84 %
Sign out	77 %

Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung der Checkliste

- ein entsprechendes Training
- Feedback
- regelmäßige Audits

Table 2. Patient Safety Strategies Ready for Adoption Now**Strongly encouraged**

Preoperative checklists and anesthesia checklists to prevent operative and postoperative events

Bundles that include checklists to prevent central line–associated bloodstream infections

Interventions to reduce urinary catheter use, including catheter reminders, stop orders, or nurse-initiated removal protocols

Bundles that include head-of-bed elevation, sedation vacations, oral care with chlorhexidine, and subglottic suctioning endotracheal tubes to prevent ventilator-associated pneumonia

Hand hygiene

The do-not-use list for hazardous abbreviations

Multicomponent interventions to reduce pressure ulcers

Barrier precautions to prevent health care–associated infections

Use of real-time ultrasonography for central line placement

Interventions to improve prophylaxis for venous thromboembolisms

ACS = American College of Surgeons; CT = computed tomography; NSQIP = National Surgical Quality Improvement Program.

Encouraged

Multicomponent interventions to reduce falls

Use of clinical pharmacists to reduce adverse drug events

Documentation of patient preferences for life-sustaining treatment

Obtaining informed consent to improve patients' understanding of the potential risks of procedures

Team training

Medication reconciliation

Practices to reduce radiation exposure from fluoroscopy and CT

The use of surgical outcome measurements and report cards, such as those from ACS NSQIP

Rapid-response systems

Use of complementary methods for detecting adverse events or medical errors to monitor for patient safety problems

Computerized provider order entry

Use of simulation exercises in patient safety efforts

Beyer K, Heidecke C-D

Evidenzbasierung von Instrumenten zur Verbesserung der Patientensicherheit in der Chirurgie

ZEFQ 2015 (im Druck)

Insgesamt liegt somit erste Evidenz für die Beeinflussung postoperativer Komplikationen durch die WHO-Checkliste vor. **Ein internationales Panel von Experten hat im Rahmen einer Konsensus-Findung die OP-Checkliste als dringlich empfohlen eingestuft**

Besondere Ereignisse („Never Events“)

2014 bundesweit 209 „Never Events“

Ereignis	Anzahl
Hochgradiger Dekubitus während stationärem Aufenthalt (Krankenhaus/Pflegeheim) erworben	67
Intraoperativ zurückgelassener Fremdkörper	34
Operation/Maßnahme am falschen Körperteil	25
Tod oder schwerer Schaden durch Kommunikationsproblem oder fehlende Nachkontrolle einer Labor- oder pathologischen/radiologischen Untersuchung	17
falsche Operation/Maßnahme durchgeführt	13
Tod oder schwerer Schaden durch Sturz eines Patienten in stationärer Einrichtung	13
Tod oder schwerer Schaden durch einen Medikationsfehler, also falsche Dosis, falscher Patient, falscher Zeitpunkt, falsche Applikation Zubereitung, falscher Applikationsweg	9
Tod oder schwerer Schaden durch fehlendes Monitoring und sinkende Sauerstoffsättigung	6
Falsches Implantat, falsche Prothese	5
Tod oder schwerer Schaden in Zusammenhang mit einem Medizinprodukt, das nicht bestimmungsgemäß genutzt wurde	5
Tod oder schwerer Schaden des Neugeborenen im Geburtsverlauf ohne vorbekannte Risikoschwangerschaft	4
Tod oder schwerer Schaden aufgrund von Kontamination eines Medikamentes, Medizinproduktes	2
Fehlerhafte Applikation eines Chemotherapeutikums	2
Tod oder schwerer Schaden in Zusammenhang mit einem Mangel bei einer Bluttransfusion (z.B. Fehltransfusion ABO-inkompatibel)	2
Tod oder schwerer Schaden durch Verbrennungen im Zusammenhang mit med. Versorgung (v.a. Verbrühung durch Waschen mit zu heißem Wasser)	2
Operation/Maßnahme beim falschen Patienten	1
Fehlplatzierung einer oro- oder nasogastralen Sonde („Magensonde“) vor Nutzung nicht bemerkt	1
Tod oder schwerer Schaden durch eine Luftembolie (Eindringen von Luft ins Blutgefäßsystem mit Verstopfen einer Lungenarterie)	1
gesamt	209

35 % durch den Einsatz von OP-Checklisten vermeidbar



OP-Checklisten im WHO Projekt „Action on Patient Safety: High 5s“ in Deutschland

Vermeidung von Eingriffsverwechslungen (Performance of Correct Procedure at Correct Body Site).



– SIGN IN

“The Sign In is to be completed before induction of anaesthesia in order to confirm the safety of proceeding.”

– TIME OUT

“The Time Out is a momentary pause taken by the team just before skin incision in order to confirm that several essential safety checks are undertaken and involves everyone on the team.”

– SIGN OUT

“The Sign Out should be completed before removing the patient from the operating room. The aim is to facilitate the transfer of important information to the care teams responsible for the care of the patient after surgery.”

Empfehlungen zur Prävention von Eingriffsverwechslungen			
<h4>1 Identifikation Patient</h4> <p>was? – Patienten, insbesondere Art, mit identifizierbarem Arm</p> <p>wann? – Aufklärungsgespräch vor oder nach Anästhesie</p> <p>wie? – <ul style="list-style-type: none"> • Richtiges Patient • Name und Geburtsdatum abgefragt und geprüft • Eingriffsort – im Gespräch mit dem Patienten bestätigen • Eingriffzeit • alle Teammitglieder wissen • Angehörige einbestimmen (bei Eltern bei Kindern und nicht einwilligen Patienten) • Möglichkeit mit Altes und Bildern </p>	<h4>2 Markierung Eingriffsort</h4> <p>was? – Operatives, verifizierendes, Art, mit identifizierbarem Arm</p> <p>wann? – sofortlich des OPs, bei veränderten Patienten</p> <p>wie? – <ul style="list-style-type: none"> • Abgleich mit Altes • richtige Patient • Eingriffsort • Eingriffzeit • Patienten alle verifizieren • Eingriffsort gegen Team • Angehörige einbestimmen • Markierung prüfen • mit Angehörigen • wenn möglich • Altes, Foto, Altes • nicht einwilligen Team • andere Eingriffsorte ablehnen </p>	<h4>3 Zuweisung zum richtigen OP-Saal</h4> <p>was? – Patienten, insbesondere Patient</p> <p>wann? – unmittelbar vor Anästhesie, unmittelbar vor Eintritt in den Saal</p> <p>wie? – <ul style="list-style-type: none"> • Patientenbestätigung • Name und Geburtsdatum prüfen • Eingriffsort • prüfen und bestätigen • Eingriffzeit • prüfen und bestätigen • Markierung prüfen • mit Angehörigen • wenn möglich • Altes Befragung des Patienten • Einbestimmen • Zustimmung zum OP Saal überlassen </p>	<h4>4 Team-Time-Out vor Schritt</h4> <p>was? – OP Saal – sofortlich durch alle Team, verantwortliche Person</p> <p>wann? – unmittelbar vor Schritt</p> <p>wie? – <ul style="list-style-type: none"> • Letztes Anesthetikum – Altes • Blutdruckmessung • Altes • richtige Patient • Name und Geburtsdatum • Eingriffsort • Eingriffzeit • Aufklärungsgespräch bestätigen • Markierung einwilligen • Altes • Altes Prüfen durch OP Saal bestätigen • Einbestimmen des Team-Time-Out übernehmen </p>
<p>⚠ Jedes Teammitglied sofort wissen</p>		<p>⚠ Jedes Teammitglied sofort wissen</p>	
<p>⚠ Ohne Markierung keine Anästhesie</p>		<p>⚠ Bei Unstimmigkeiten kein Schritt</p>	

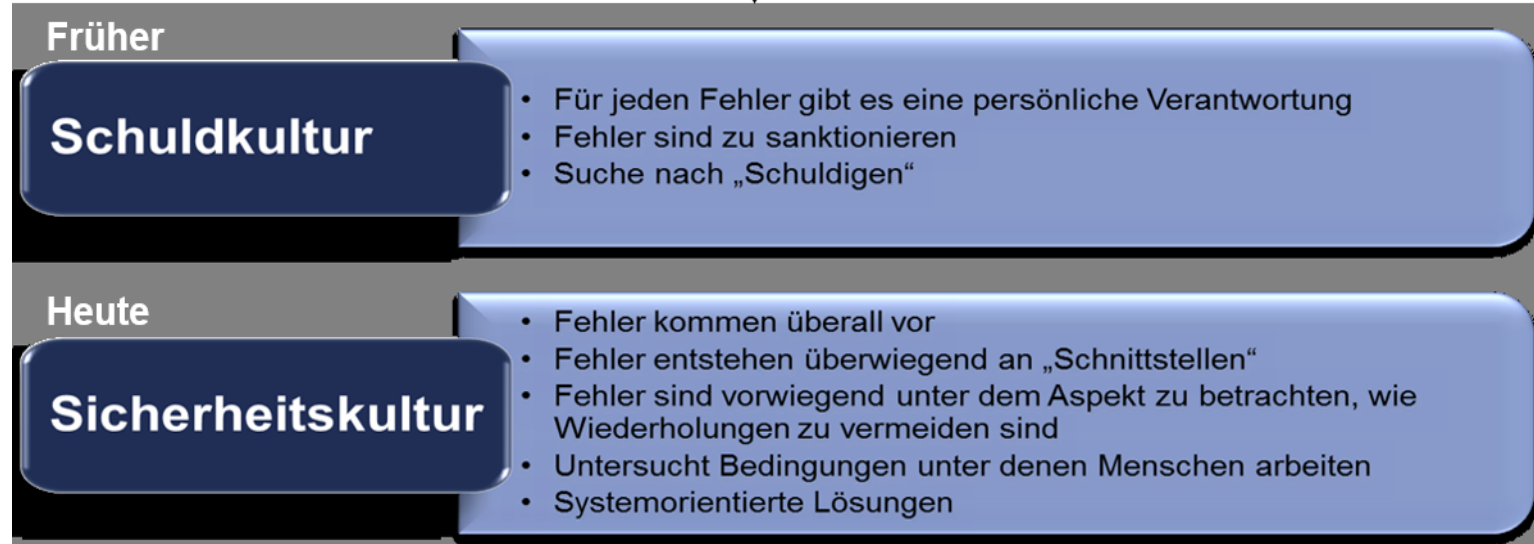


Balancing "No Blame" with Accountability in Patient Safety

Robert M. Wachter, M.D., and Peter J. Pronovost, M.D., Ph.D

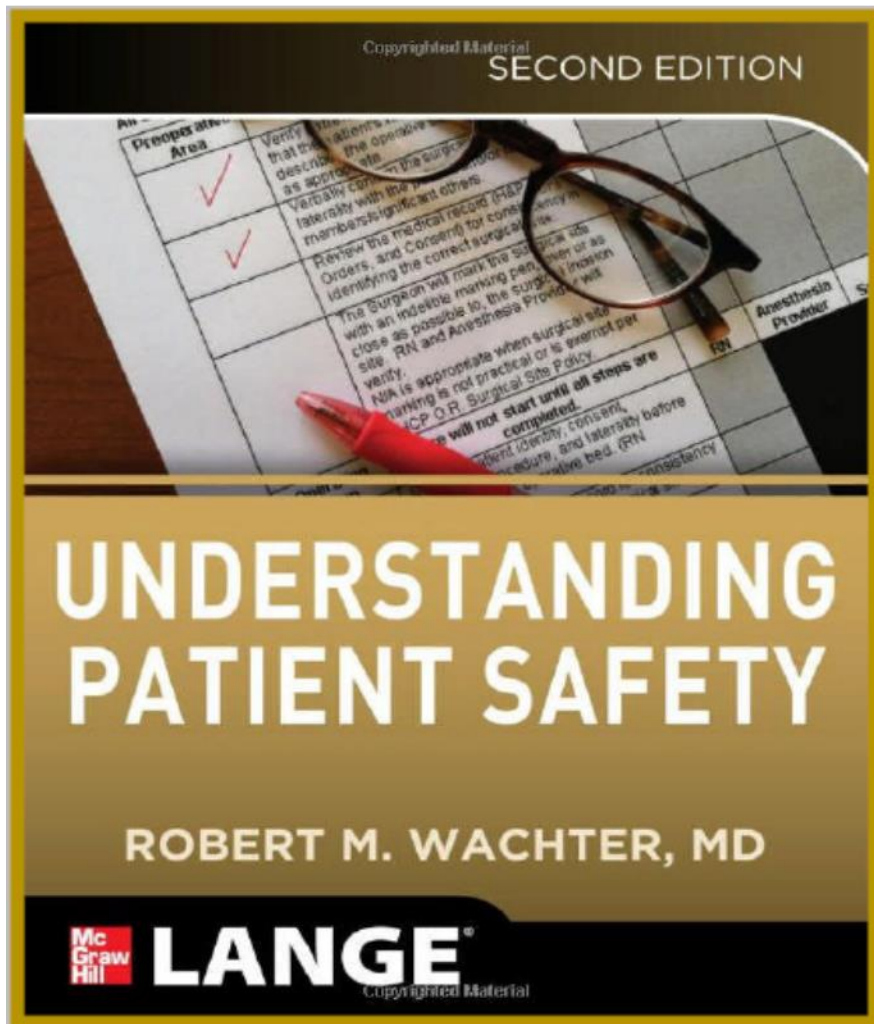
Volume 361:1401-1406 October 1, 2009

Die meisten Fehler werden von tüchtigen und fleißigen Ärzten und Schwestern gemacht, die das Beste für die Patienten wollen.



**Das Schlimmste ist nicht, Fehler zu haben...
...nicht einmal, sie nicht zu bekämpfen...
Schlimm ist es, sie zu verstecken...**

Bertold Brecht – Buch der Erfahrung („Me-ti - Buch der Wendungen“)



But perhaps the greatest change in my own thinking between writing the first and second editions of this book is an increased appreciation of the need to balance a **“no blame” approach** (for the innocent slips and mistakes for which it is appropriate) with an **accountability approach (including blame and penalties as needed) for caregivers who are habitually careless, disruptive, unmotivated, or fail to heed reasonable quality and safety rules***. Getting this balance right is one of the most central questions we face in patient safety over the next decade.

Wachter RM, Pronovost PJ. **Balancing “no blame” with accountability in patient safety.**

N Engl J Med 2009;361:1401–1406.

Süddeutsche Zeitung 03.11.2009

Fünf Operationen am falschen Körperteil
Klinik-Skandal in den USA

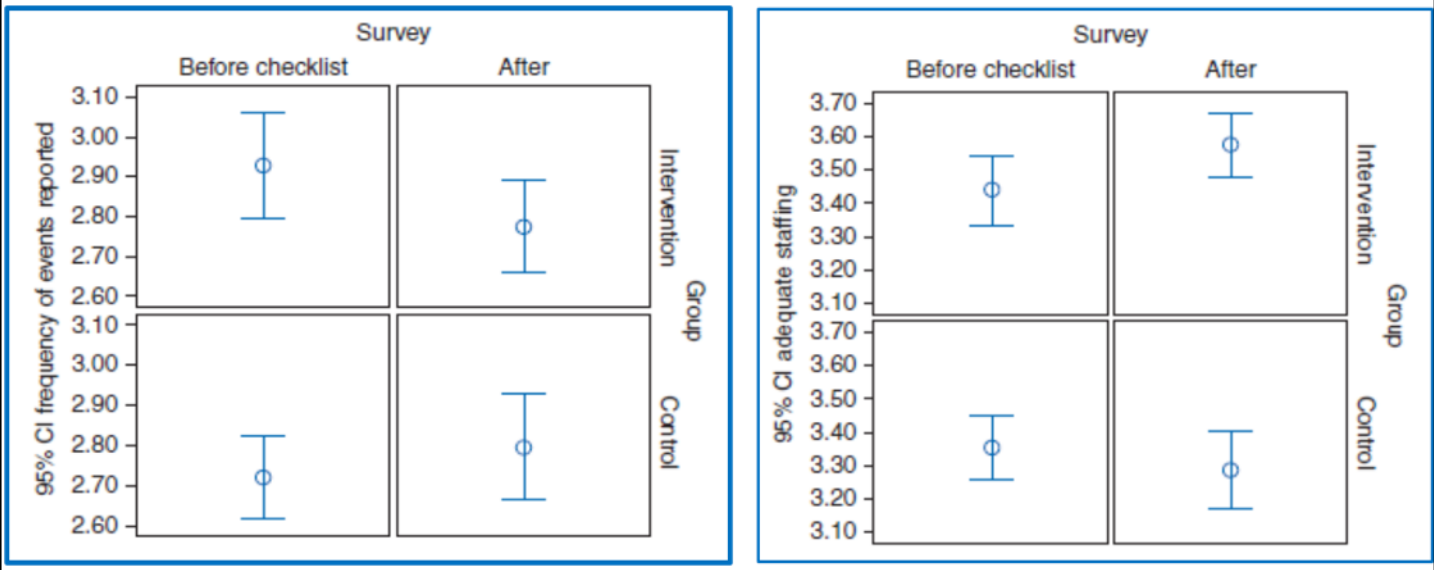
Ein Krankenhaus in den USA muss jetzt eine Strafe von 150.000 Dollar zahlen, weil Ärzte zum fünften Mal innerhalb von drei Jahren während einer Operation das Skalpell an der falschen Stelle angesetzt haben

Auf dem Weg zur Sicherheitskultur

Patientensicherheit im Gesundheitswesen muss kontinuierlich weiterentwickelt und gefördert werden. Sie bedarf der Patientenorientierung und -beteiligung.



Haugen AS, Søfteland E, Eide GE, Sevdalis N, Vincent CA, Nortvedt MW, Harthug S
Impact of the World Health Organization's Surgical Safety Checklist on safety culture in the operating theatre: a controlled intervention study
British Journal of Anaesthesia doi:10.1093/bja/aet005 (BJA Advance Access published February 12, 2013)



Es ergab sich eine Diskrepanz zwischen der eigentlich erfolgreichen Einführung der Checkliste an der Klinik und eher mäßigen Veränderungen in Sachen Sicherheitskultur

BMJ Quality & Safety

Sacks GD, Shannon EM, Dawes AJ, Rollo JC, Nguyen DK, Russell MM, Ko CY, Maggard-Gibbons MA

Systematic review

Teamwork, communication and safety climate: a systematic review of interventions to improve surgical culture

BMJ Qual Saf doi:10.1136/bmjqs-2014-003764
Published Online First 22 May 2015

Conclusions The literature provides promising evidence for various strategies to improve surgical culture, although these approaches differ in terms of the interventions employed as well as the techniques used to measure culture.

Nevertheless, culture improvement appears to be associated with other positive effects, including better patient outcomes and enhanced healthcare efficiency.

Checklisten zur Fehlerprävention

- Sie stellen ein Arbeitswerkzeug dar, das eingesetzt wird als Erinnerungshilfe, um Prozesse gleichbleibend zu strukturieren und um Zuständigkeiten zu regeln.
- Ihr Einsatz ist vor allem in den Bereichen sinnvoll, in denen verschiedene Akteure unterschiedlicher Berufsgruppen zusammenarbeiten, in denen es auf gleichzeitigen Einsatz und Monitoring vieler medizinischer Geräte ankommt und in denen kritische Situationen vermehrt auftreten können.
- ***Insbesondere in Stress- und Ausnahmesituationen können Checklisten helfen, Gedächtnisfehler zu vermeiden und Entscheidungskorridore aufzeigen, welche die Sachlage überschaubar halten und damit handhabbar machen.***
- **OP-Checklisten erhöhen nachweislich die Patientensicherheit, senken Komplikationsrate, Mortalität und Morbidität**
- **Ursächlich sind verbesserte Teaminteraktion und Kommunikationskultur (veränderte Sicherheitskultur)**
- **Nur wer von der Notwendigkeit überzeugt ist, wird Sicherheitssysteme auch anwenden und sein Verhalten ändern.**

Patientensicherheitskultur – Wissen und Wissensbedarf bei Medizinstudenten

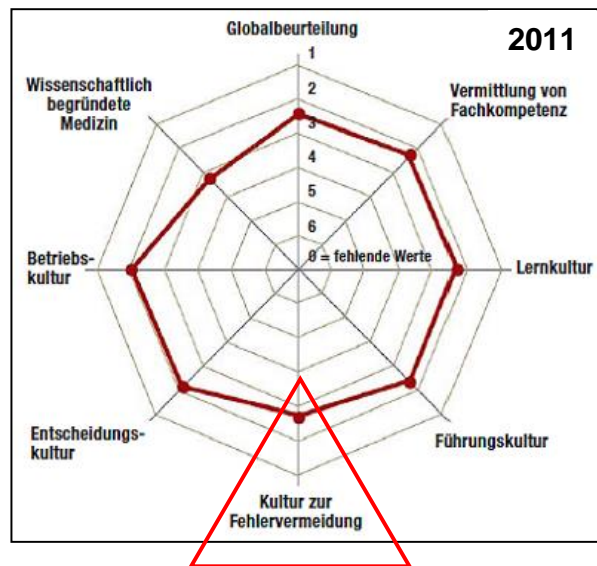
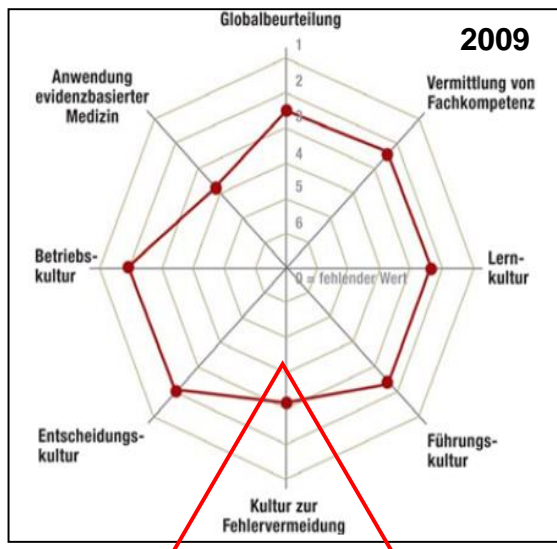
Toennesen B, Swart E, Marx Y (2011) Zentralbl Chir DOI: 10.1055/s-0031-1271469

Zusammenfassung der Ergebnisse:

- Nur 16,7% der PJ- Studenten und 11,7% der Studenten aller anderen klinischen Semester gaben an, Empfehlungen zur Patientensicherheit zu kennen.
- Dies korrelierte mit den Antworten auf Fragen, die zur Kenntnis einzelner Empfehlungen gestellt wurden.
- Die Bedeutung von Risikomanagement im Rahmen der medizinischen Ausbildung wurde von 53,3% der Studenten aller klinischen Semester und insbesondere von 80,6% der befragten PJ- Studenten als wichtig eingestuft.
- Sowohl der Bedarf an allgemeinen Informationen zur Patientensicherheit als auch an der Erklärung einzelner Maßnahmen wie CIRS oder Team Time Out steigt mit zunehmender klinischer Erfahrung

aerzteblatt.de
 Medizin
**Fehlervermeidungs-
 strategien bei angehenden
 Ärzten zu wenig bekannt**
 Freitag, 12. August 2011

Evaluation der Weiterbildung (BÄK)



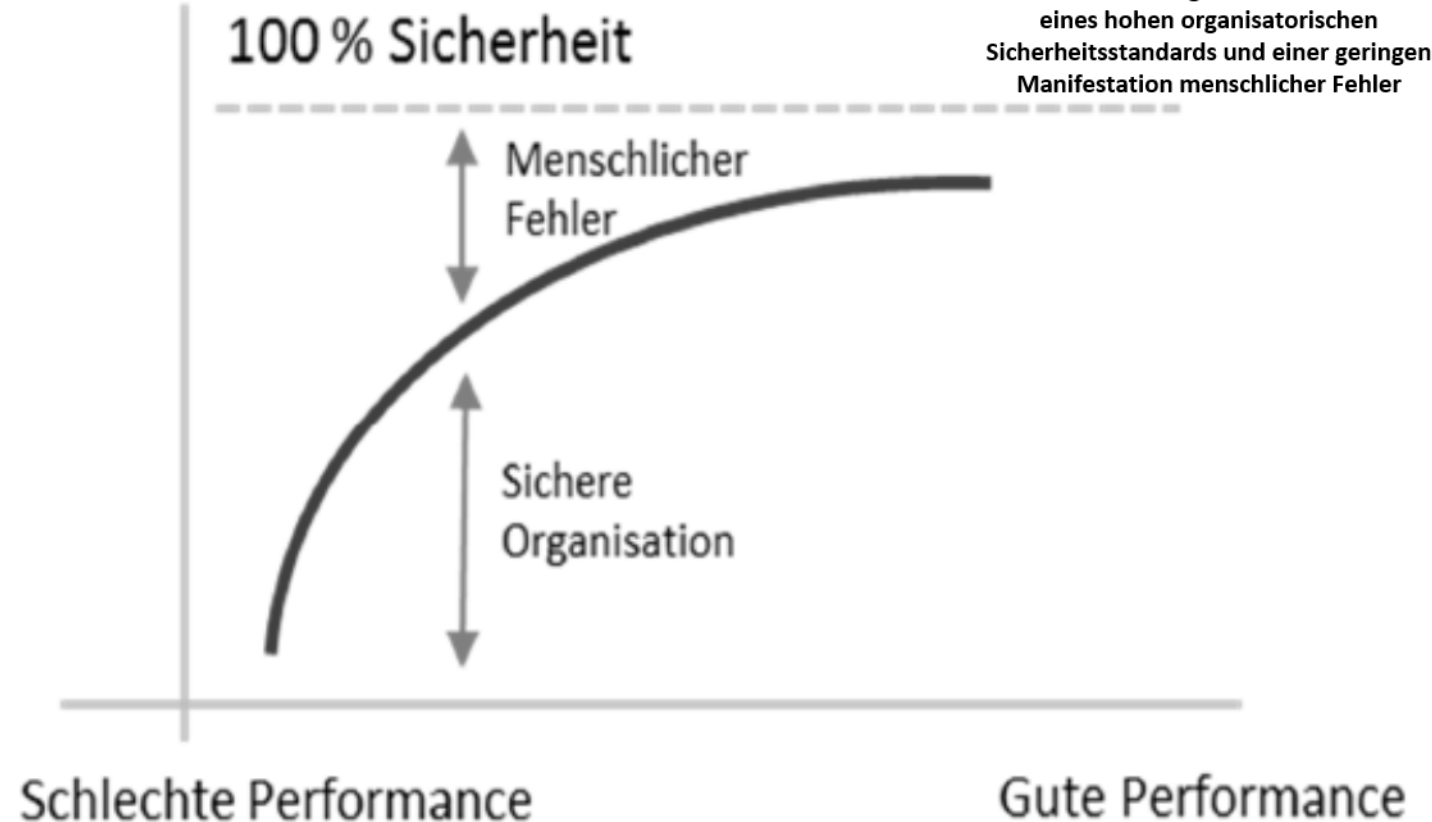
Ärzte Zeitung, 15.11.2011
Jonitz: Patientensicherheit gehört ins Studium
 BERLIN (ami). Das Thema Patientensicherheit gehört unbedingt in die ärztliche Ausbildung. Das fordert der Berliner Ärztekammerpräsident Dr. Günther Jonitz mit Blick auf die vom Gesundheitsministerium geplante Überarbeitung der Approbationsordnung.

Fehler- und Risikomanagement in der Musterweiterbildungsordnung
Allgemeinen Inhalte der Weiterbildung für die Abschnitte B und C
 Die Weiterbildung beinhaltet unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägungen auch den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in den Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements einschließlich des Fehler- und Risikomanagements.

Checklisten im klinischen Alltag

- Es geht um die Etablierung eines Systems, nicht um die Durchführung von Einzelmaßnahmen der Fehlerprävention
- Es geht um die Etablierung einer neuen Sicherheitskultur
- Es bedarf eines Umdenkens der leitenden Ärzte, um diese Prozesse in den einzelnen Abteilungen voranzutreiben

A. Euteneier 2015





Checkliste abgehakt – alles gut?

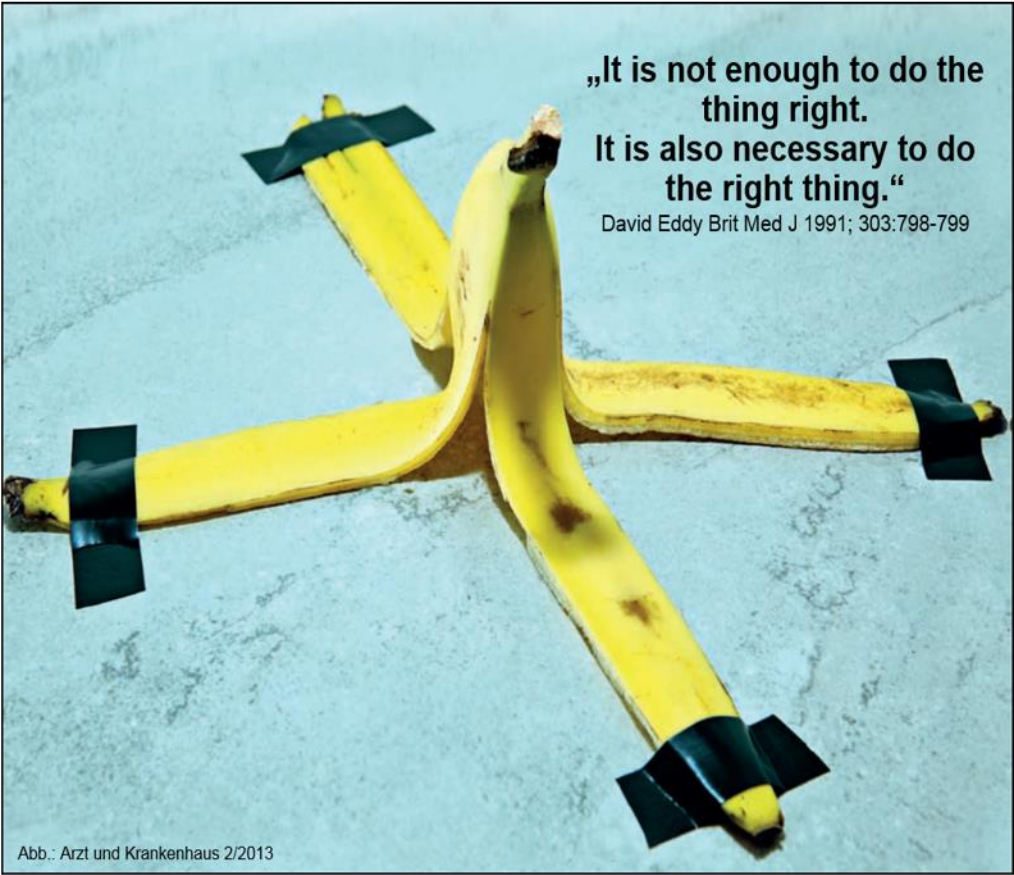
Implementierung von Patientensicherheit im ärztlichen Alltag

Sicherheit beginnt im Kopf

- Patientensicherheit bzw. Sicherheitskultur findet in erster Linie im Kopf statt
- Nur wer die innere Bereitschaft hat und wer innerlich von der Notwendigkeit überzeugt ist wird Sicherheitssysteme auch tatsächlich anwenden
- Entscheidend ist die Vorbildfunktion der leitenden Ärzte
- Die Entwicklung einer Sicherheitskultur muss bereits im Studium beginnen



Eine gelebte Sicherheitskultur braucht Vorbilder und Führung



„It is not enough to do the thing right. It is also necessary to do the right thing.“
David Eddy Brit Med J 1991; 303:798-799

Abb.: Arzt und Krankenhaus 2/2013