



Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie

Qualität des Einsatzes der präoperativen Checkliste im Spital Chur

MASTERARBEIT

2014

Maurizia Walzthöny

Prof. Dr. Anton Wäfler

Dr. med. Thomas Sieber und Nicole Schumacher
Kantonsspital Graubünden

Zusammenfassung

Der Einsatz der präoperativen Checkliste trägt unter anderem zur Erhöhung der Patientensicherheit bei. Sie stellt sicher, dass wichtige Prozessschritte vor chirurgischen Eingriffen richtig durchgeführt werden. Entscheidend für den Nutzen ist deren korrekter Einsatz. Das Ziel dieser Studie war die Untersuchung der Qualität des Einsatzes der präoperativen Checkliste im Spital Chur. Es wurden 119 präoperative Checklisten auf ihre Vollständigkeit, den Zeitpunkt des Bearbeitens und die ausfüllende Berufsgruppe überprüft. Zudem wurden 15 Interviews mit Lagerungs- und Anästhesiemitarbeitenden, Operationspflegenden und Chirurgen durchgeführt, um mögliche Barrieren für das inkorrekte Ausfüllen zu finden. Weiter wurden förderliche Faktoren und Verbesserungsvorschläge hinsichtlich des Einsatzes der Checkliste erfragt. Die Ergebnisse zeigten, dass lediglich 31.1% der untersuchten Checklisten vollständig ausgefüllt, 18.7% rechtzeitig bearbeitet wurden und die Anästhesisten die Hauptausfüllenden waren. Als Barrieren wurden fehlende Trainings, keine klare Rollenverteilung, Mängel am Inhalt der Checkliste und die Führung als fehlendes Vorbild genannt. Die Ergebnisse zeigen, dass Handlungsbedarf für einen verbesserten Einsatz der präoperativen Checkliste im Spital Chur vorhanden ist.

Schlüsselwörter

Präoperative Checkliste, Qualität, Spital, Barriere, Vollständigkeit, Zeitpunkt, Berufsgruppe, Patientensicherheit

Abstract

The use of a preoperative checklist contributes among other things to an increase of the patient safety. It ensures that important process steps are being performed properly prior to surgical procedures. Crucial to its benefit is the right application. The goal of this study was the analysis of the quality of the implementation of the preoperative checklist in Chur hospital. 119 preoperative checklists have been screened for completeness, the time of the revision and the responsible professional group. In addition, 15 interviews were made with medical attendants and anaesthetists, theatre staff and surgeons to find possible obstacles for filling in the lists incorrectly. Later beneficial factors and improvement proposals regarding the use of the checklist were asked. The conclusion showed that only 31.1% of the analysed checklists were filled in completely, 18.7% were processed punctually and the anaesthetists were the most conscious participants. As obstacles were named: lack of training, no clear role allocation, lack of content in the checklist and leadership as a role model. The conclusion shows that there is a need for action for an improved application of the preoperative checklist in Chur hospital.

Keywords

Preoperative checklist, quality, hospital, obstacles, completeness, time, professional group, patient safety

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis.....	VII
1. Einleitung	1
1.1 Ausgangslage.....	1
1.2 Vorstellung des Praxispartners	3
1.3 Präoperative Checkliste im Spital Chur.....	4
1.4 Ziele der Arbeit.....	8
1.5 Fragestellungen - Untersuchung der Checklisten.....	8
1.6 Fragestellungen - Interviews	9
1.7 Aufbau der Arbeit.....	10
2. Theoretischer Hintergrund	10
2.1 Barrieren, die das korrekte Ausfüllen der präoperativen Checkliste behindern.....	10
2.2 Definition von Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen.....	13
3. Qualitätsmanagement im Spital Chur	14
4. Untersuchung der Checklisten	17
4.1 Methodisches Vorgehen	17
4.1.1 Forschungsdesign.....	17
4.1.2 Beobachtungsraster	18
4.1.3 Erhebung	20
4.1.4 Stichprobe der Patienten	22
4.1.5 Auswertung	22
4.1.6 Kritische Reflexion des methodischen Vorgehens	23
4.2 Ergebnisse.....	25
4.2.1 Vollständigkeit	25
4.2.2 Berufsgruppe.....	29
4.2.3 Zeitpunkt	32
4.2.4 Zusammenhang zwischen den acht Faktoren und der Vollständigkeit, dem Zeitpunkt und der Berufsgruppe	36
5. Interviews	36
5.1 Methodisches Vorgehen	37
5.1.1 Forschungsdesign.....	37
5.1.2 Auswahl der Interviewpartner.....	38

5.1.3 Durchführung der Interviews	38
5.1.4 Aufbau des Interviewleitfadens	39
5.1.5 Auswertung der Interviews	40
5.1.6 Kritische Reflexion des methodischen Vorgehens	48
5.2 Ergebnisse.....	50
5.2.1 Spontan erwähnte Barrieren.....	50
5.2.2 Nicht spontan erwähnte Barriere und Barrieren aus der Literatur	56
5.2.3 Förderliche Faktoren	59
5.2.4 Verbesserungsvorschläge bezüglich des Umgangs mit der Checkliste	62
5.2.5 Verbesserungsvorschläge bezüglich des Inhalts der Checkliste	68
6. Diskussion	73
6.1 Interpretation der Ergebnisse.....	74
6.1.1 Untersuchung der Checklisten	74
6.1.2 Interviews.....	75
7. Ableitung von Massnahmen.....	80
7.1 Schulungen und Trainings im Umgang mit der Checkliste.....	80
7.2 Inhalt und Anwendung der Checkliste	81
7.3 Klare Rollenverteilung	82
7.4 Führung als Vorbild.....	83
8. Schlussfolgerungen und Ausblick.....	84
9. Literaturverzeichnis.....	86
10. Selbständigkeitserklärung	90
11. Anhang	91
Anhang A: Leitfaden für die Durchführung der Interviews inkl. Fragebogen.....	91

Für die Verbesserung der Leserlichkeit, wird auf die Nennung der weiblichen Form verzichtet.
Die männliche Form steht demnach stellvertretend für beide Geschlechter.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Checkliste Patientensicherheit im OP, adaptiert von der WHO surgical safety checklist (Kantonsspital Graubünden, 2011)	7
Abbildung 2: Acht Barrieren, die die ärztliche Einhaltung von praktischen Vorgaben in Beziehung mit Verhaltensveränderungen behindern (Cabana et al., 1999).....	11
Abbildung 3: PDCA-Qualitätskreislauf nach Deming (1950), zitiert in Kantonsspital Graubünden, 2013a	15
Abbildung 4: Forschungsdesign der Untersuchung der Checklisten	17
Abbildung 5: Beobachtungsraster für die Untersuchung der Checklisten	19
Abbildung 6: Die Vollständigkeit bei der Einschleusung in den OP	26
Abbildung 7: Die Vollständigkeit bei der Anästhesieeinleitung.....	26
Abbildung 8: Die Vollständigkeit beim Team Time-out	27
Abbildung 9: Die ausfüllende Berufsgruppe bei der Einschleusung in den OP	29
Abbildung 10: Die ausfüllende Berufsgruppe bei der Anästhesieeinleitung	30
Abbildung 11: Die ausfüllende Berufsgruppe beim Team Time-out.....	30
Abbildung 12: Der Zeitpunkt des Ausfüllens bei der Einschleusung in den OP.....	32
Abbildung 13: Der Zeitpunkt des Ausfüllens bei der Anästhesieeinleitung.....	33
Abbildung 14: Der Zeitpunkt des Ausfüllens beim Team Time-out	34
Abbildung 15: Forschungsdesign der Erhebung mittels Interviews	37
Abbildung 16: Auswertungsplan der Interviews.....	40
Abbildung 17: Ablaufmodell der strukturierenden Inhaltsanalyse (Mayring, 2010), ergänzt mit Angaben zur vorliegenden Untersuchung	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Barrieren aus der Literatur integriert in die drei Aspekte Wissen, Einstellung und Verhalten in Anlehnung an Cabana et al., 1999.....	12
Tabelle 2: Kreuztabelle Vollständigkeit.....	27
Tabelle 3: Kreuztabelle Berufsgruppe.....	31
Tabelle 4: Kreuztabelle Zeitpunkt.....	34
Tabelle 5: Hauptkategorie 1: Barrieren, die im Spital Chur vorhanden sind.....	45
Tabelle 6: Hauptkategorie 2: Positive Faktoren, die das Ausfüllen der Checkliste fördern	46
Tabelle 7: Hauptkategorie 3: Verbesserungsvorschläge bezüglich des Umgangs mit der Checkliste und des Inhalts.....	46
Tabelle 8: Hauptkategorie 1a: Spontan erwähnte Barrieren	51
Tabelle 9: Hauptkategorie 1b: Nicht spontan erwähnte Barriere	57
Tabelle 10: Barrieren, bei denen mindestens eine Person „trifft zu“ oder „trifft zu“ angekreuzt hat	58
Tabelle 11: Barrieren, bei denen keine Person „trifft eher zu“ oder „trifft zu“ angekreuzt hat	59
Tabelle 12: Hauptkategorie 2: Förderliche Faktoren	59
Tabelle 13: Hauptkategorie 3a: Verbesserungsvorschläge bezüglich des Umgangs mit der Checkliste	62
Tabelle 14: Hauptkategorie 3b: Verbesserungsvorschläge bezüglich des Inhalts der Checkliste	68

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage

Ein chirurgischer Eingriff ist bei vielen Erkrankungen oftmals die einzige Möglichkeit, einem Patienten das Leben zu retten oder dessen Lebensqualität zu verbessern. Operationen bergen jedoch immer Risiken von Komplikationen oder Fehlern. Die präoperative Checkliste ist ein Hilfsmittel, diese Risiken und Fehler zu minimieren und die Patientensicherheit zu erhöhen. Sie dient der Teilstandardisierung von einzelnen Prozessen bei der Vorbereitung und der Durchführung von chirurgischen Eingriffen. Diese der Operation vorgelagerten Prozesse betreffen verschiedene organisatorische Schnittstellen. Sie finden zwischen Anästhesiearbeitenden und Chirurgen, zwischen Pflegepersonal und ärztlichem Personal statt. Der Einsatz der präoperativen Checkliste hat zum Ziel, dass wichtige Prozessschritte (zum Beispiel Markierung der Operationsstelle, rechtzeitige Antibiotikaphylaxe usw.) vor einer Operation richtig durchgeführt werden, dass nichts vergessen geht und wichtige Aspekte mehrfach geprüft werden. Eine Studie von Haynes, Weiser, Berry, Lipsitz, Breizat et al. (2009) hat gezeigt, dass der Einsatz der WHO-Checkliste (World Health Organization) in Ländern mit mittlerem und hohem Einkommen die Patientensicherheit erhöht. Borchard, Schwappach, Barbir und Bezzola (2012) untersuchten die Effektivität der WHO-Checkliste gemessen an der Mortalitätsrate und an Komplikationen. Es konnte gezeigt werden, dass die WHO-Checkliste ein effektives Hilfsmittel ist, die Mortalität zu senken. Nicht einfach der Einsatz der Checkliste ist für den klinischen Outcome von Bedeutung, sondern, dies zeigte die Studie von van Klei, Hoff, van Aarnhem, Simmermacher, Regli et al. (2012), dass vor allem das vollständige und methodisch korrekte Ausfüllen der Checkliste für den klinischen Outcome wichtig ist. Es besteht beispielsweise die Gefahr, dass sie unvollständig bearbeitet wird oder dass sie erst nachträglich ausgefüllt wird, um administrative Vorgaben zu erfüllen.

Die Empfehlungen der WHO, die Checkliste einzusetzen, wird in der Schweiz von der Stiftung Patientensicherheit in Zusammenarbeit mit dem Dachverband der invasiv tätigen Ärzte in Form des Projekts „Progress! Sichere Chirurgie“ umgesetzt. Das Projekt wurde Ende 2012 aufgrund der Bestätigung der Effektivität der WHO-Checkliste lanciert und hat zum Ziel, die Zahl der Zwischenfälle in der Schweizer invasiven Medizin zu senken (Stiftung für Patientensicherheit, 2012b). Dies soll durch den Einsatz der speziell auf die Schweiz angepassten WHO-Checkliste erreicht werden. Bis Mitte 2013 konnten sich Betriebe aus der Schweiz für

das Pilotprojekt anmelden. Dies hat das Kantonsspital Graubünden gemacht. Das Projekt soll dazu beitragen, dass die Checkliste konsequenter eingesetzt wird im Alltag. Die angemeldeten Betriebe werden unterschieden zwischen Organisationen, welche die WHO-Checkliste noch nicht eingeführt haben und dies somit ein Umsetzungsprojekt darstellt und Organisationen, welche die WHO-Checkliste schon eingeführt haben und „Progress! Sichere Chirurgie“ nun ein Verbesserungsprojekt ist (Stiftung für Patientensicherheit, 2012b). Beim Spital Chur trifft das Letztere zu. Die WHO-Checkliste wurde, angepasst auf das Spital Chur, bereits im November 2011 eingeführt. Zum Projektbeginn im Winter 2013 wurde eine Befragung bei den Pilotspitalern zur Ausgangslage bei über 3000 Angestellten durchgeführt im OP-Bereich sowie in vor- und nachgelagerten Stationen. Untersucht wurden dabei das Wissen und die Einstellung zur präoperativen Checkliste und das Sicherheitsklima (Stiftung für Patientensicherheit, 2014). Die Resultate dieser Untersuchung zeigten, dass die Checkliste nicht schnell eingeführt und abgehakt werden kann. Es gehört eine hohe Wissensvermittlung dazu (Stiftung für Patientensicherheit, 2014). Im März 2014 wurde eine überarbeitete Version der adaptierten WHO-Checkliste vom Spital Chur der Projektorganisation eingeschickt und im Mai 2014 im Spital Chur implementiert (Stiftung für Patientensicherheit, 2014).

Parallel zu diesem Projekt wurde von einem Gremium des Spitals Chur das Anliegen geäußert, dass die Qualität des Einsatzes der bisher benutzten präoperativen Checkliste in Form dieser Masterarbeit im Spital Chur untersucht werden sollte. Zudem sollen Gründe für das unvollständige oder vollständige Durcharbeiten der Checkliste und Einstellungen der Mitarbeitenden gegenüber der Checkliste erforscht werden. Diese Ergebnisse fließen in die Umsetzung des Projekts „Progress! Sichere Chirurgie“ mit ein und sollten ebenfalls den konsequenten Einsatz der Checkliste unterstützen. Das Projekt läuft parallel zur vorliegenden Masterarbeit mit unterschiedlichen Methodiken, jedoch demselben übergeordneten Ziel. Nämlich, dass die präoperative Checkliste als Standard bei jeder Operation und jedem Patienten korrekt durchgegangen wird. Das Projekt arbeitet mit quantitativen Fragebögen und Workshops, um dieses Ziel im Jahr 2015 zu erreichen, während diese Masterarbeit spezifisch im Kantonsspital Graubünden anhand teilnehmender Beobachtung und Interviews die Qualität des Einsatzes der bisher eingesetzten präoperativen Checklisten untersucht.

1.2 Vorstellung des Praxispartners

Sämtliche Informationen, die in diesem Unterkapitel thematisiert werden, stammen von der Homepage des Kantonsspitals Graubündens, Rubrik „Über das KSGR“ (Kantonsspital Graubünden, 2014). Das Kantonsspital Graubünden ist eine selbständige Stiftung des privaten Rechts und befindet sich in Chur. Die Stiftung entstand im Jahre 2006 aus der Fusion der drei Spitäler: das Rätische Kantonsspital, das Kreuzspital und das Frauenspital Fontana. Diese drei nahe beieinander liegende Standorte bilden das Kantonsspital Graubünden. Es verfügt als Zentrumsspital der Südostschweiz über ein vielseitiges medizinisches und chirurgisches Angebot. Das Spital bietet mit 33 verschiedenen Disziplinen die meisten Behandlungsformen eines modernen Zentrumsspitals. Die Geschäftsleitung besteht aus 10 Personen: dem Vorsitzenden der Geschäftsleitung und den Leitenden der neun verschiedenen Departementen:

- Institute
- Chirurgie
- ANIR (Anästhesie, Notfall, Intensivmedizin, Rettung)
- Innere Medizin
- Kinder- und Jugendmedizin
- Frauenklinik Fontana
- Personal, Pflege und Fachsupport
- Services
- Entwicklungen, Kooperationen, Nebenbetriebe

Insgesamt beherbergt das Spital 351 Betten. Patienten kommen aus dem Kanton Graubünden, der Spitalregion Churer Rheintal und aus dem weiteren Einzugsgebiet über die Kantonsgrenze hinaus. Die vorliegende Arbeit fokussiert das Departement Chirurgie mit den verschiedenen Fachrichtungen und innerhalb des Departements ANIR, die Anästhesie. Das Departement Chirurgie unterteilt sich in zehn Fachbereiche oder Abteilungen:

- Allgemein- und Unfallchirurgie
- Viszeralchirurgie
- Gefäss- und Thoraxchirurgie
- Handchirurgie
- Urologie
- Neurochirurgie
- Plastische und Wiederherstellungschirurgie

- HNO (Hals-Nasen-Ohren-Klinik)
- Orthopädie
- Augenklinik

Jeder Chirurgieabteilung steht ein Leiter vor, der zugleich dem Chefarzt, welcher gleichzeitig Departementsleiter Chirurgie ist, unterstellt ist. Das Departement Chirurgie führt insgesamt rund 21'000 Eingriffe pro Jahr durch. Die Anästhesieabteilung besteht aus einem Team mit 22 ärztlichem und 48 pflegenden Mitarbeitenden und führt pro Jahr ca. 12'700 Anästhesien durch. Der ärztliche Bereich der Anästhesie wird durch den Chefarzt geleitet. Die Standorte Kreuzspital und Fontana werden von leitenden Ärzten geführt, welche dem Chefarzt unterstellt sind. Die Anästhesiepflege untersteht der Pflegeleitung.

1.3 Präoperative Checkliste im Spital Chur

Dieses Unterkapitel erklärt den Einsatz der präoperativen Checkliste anhand des Patientenpfades im Spital Chur. Darin enthalten sind zudem die beteiligten Berufsgruppen, welche die Checkliste ausfüllen und als Interviewpartner in der vorliegenden Arbeit eine wichtige Rolle eingenommen haben. Der nachfolgende Patientenpfad beschreibt den Prozess eines Patienten ab dem Moment, wo der Patient in die Einschleusung in den OP kommt, bis er als Abschluss dieses Prozesses nach der Operation im Aufwachsraum wieder erwacht. Die in diesem Unterkapitel beschriebenen Informationen zum Patientenpfad wurden einerseits beim Praxispartner persönlich erfragt, und andererseits stammen sie aus der Schriftenreihe Nr. 5: Operation sichere Chirurgie, geschrieben von der Stiftung für Patientensicherheit (2012a). Im November 2011 wurde von einem kleinen Gremium des Kantonsspitals Graubünden die originale WHO-Checkliste (World Health Organization, 2008) adaptiert auf das Spital Chur und eingeführt. Diese Checkliste wurde bis heute eingesetzt und verwendet (s. Abb. 1). Dabei wurden die auf der Hinterseite der Checkliste stehenden Punkte 1. - 3. ins Zentrum genommen. Gemäss WHO-Checkliste fehlt der vierte Punkt auf der Checkliste, das Sign-out, welches nun im Rahmen des Projekts „progress! Sichere Chirurgie“ im Spital Chur in die neu modifizierte Checkliste hineingenommen wird. Die vorliegende Arbeit fokussierte bei ihren Untersuchungen und Interviews die Hinterseite der präoperativen Checkliste (s. Abb. 1). Sie zeigt den Prozess eines Patienten von der Schleuse bis in den Operationssaal auf. Dieser findet ausschliesslich im OP-Trakt statt. Die Vorderseite dieser Checkliste beinhaltet Vorbereitungsprozesse für eine Operation, welche noch auf der Abteilung durchgeführt werden wie zum Beispiel die Patienteneinwilligung, Markierung des Eingriffsorts, das Sicherstellen der Nüchternheit des

Patienten usw. Wenn die Vorderseite der Checkliste ausgefüllt wurde, kommt der Patient zur Einschleusung in den OP. Damit fängt der Prozess auf der Hinterseite der Checkliste im OP-Trakt an. Dort befinden sich die sechs Operationssäle, die Schleuse, die Vorbereitungsäle und der Aufwachaal. Im Vorbereitungsraum wird beim Patienten die Narkose, die sogenannte Anästhesie eingeleitet. Die Mitarbeitenden der Lagerung nehmen den Patienten in der Schleuse in Empfang und haken in Anwesenheit von Anästhesiemitarbeitenden und der Pflegeperson von der Abteilung den ersten Checklistenpunkt „Einschleusung in den OP“ ab. Sie lagern den Patienten auf die Liege um, welche anschliessend in den Vorbereitungsraum geschoben wird. Wichtige Punkte wie die Überprüfung der Patientenidentität und die Richtigkeit des Eingriffes werden hier überprüft sowie die Vollständigkeit der Vorderseite der Checkliste. Der Patient kommt anschliessend in den Vorbereitungsaal des jeweiligen Operationssaals. Dort wird, bevor die Anästhesie eingeleitet wird, der zweite Checklistenpunkt „Anästhesieeinleitung“ durchgegangen. Es werden Punkte angeschaut, welche bereits bei der Einschleusung in den OP überprüft wurden, da es sein kann, dass die Anästhesiemitarbeitenden bei der Einschleusung nicht anwesend waren und das Lagerungspersonal den ersten Checklistenpunkt selbständig ausgefüllt hat. Zusätzlich werden beim zweiten Checklistenpunkt patientenspezifische Risiken eingeschätzt (Allergien, Atemweg/Aspirationsrisiko, Blutverlust). Bei der Anästhesieeinleitung anwesend sind ein verantwortlicher Anästhesiarzt und ein Mitarbeitender von der Anästhesiepflege. Im Anschluss an die Anästhesieeinleitung wird der Patient in den Operationssaal geschoben. Wenn das gesamte OP-Team anwesend ist (OP-Pflege, Chirurgen, Anästhesiemitarbeitende, Zudienung), wird vor dem Hautschnitt, so wird der Beginn der Operation genannt, das Team Time-out durchgeführt. Dies ist der dritte Checklistenpunkt und wird vom Operateur initiiert. Zuerst teilt der Operateur die Punkte unter dem Titel „Operateur“ mit, und anschliessend werden von den Anästhesiemitarbeitenden die Punkte unter dem Titel „Anästhesie“ durchgegangen. Die OP-Pflege ist dabei für das erforderliche Instrumentarium verantwortlich, und die Zudienung sorgt beispielsweise für die Einhaltung der erforderlichen Hygieneanforderungen während des Eingriffs. Die Mitarbeitenden der Anästhesie überwachen den Patienten vor, während und nach der Operation. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit dem Chirurgen. Wenn das gesamte Team mit den besprochenen Punkten des Teams Time-out einverstanden ist, wird mit der Operation begonnen, und die Checkliste als solches ist vollständig durchgearbeitet worden. Der Patient wird anschliessend vom Anästhesiepersonal ausgeleitet und in den Aufwachaal geschoben, wo ihn die Abteilungsschwester abholen und in die Station hinauf bringen.

Wie bereits erwähnt, fehlt in der bisherigen Checkliste der vierte Punkt, das Sign-out. Dieses findet im Anschluss an die Operation statt und beinhaltet zum Beispiel die Benennung der korrekten Zählung von Instrumenten, Bauchtüchern, Tupfern, Nadeln etc. oder die Informationen über die postoperative Betreuung des Patienten. Dieser zusätzliche Punkt wurde im parallel laufenden Projekt „progress! Sichere Chirurgie“ bei der bisherigen Checkliste eingefügt. Zudem wurde die gesamte Checkliste überarbeitet und modifiziert. Die Stiftung Patientensicherheit gibt für Betriebe, die die WHO-Checkliste im Betrieb anwenden möchten, Anleitungen zur Modifizierung der Checkliste (Patientensicherheit, 2012b). Die vorliegende Arbeit befasste sich jedoch ausschliesslich mit der in Abbildung 1 dargestellten bisher eingesetzten Checkliste und thematisiert die Erhebungen auf Basis dieser Checkliste. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen dienen als Unterstützung bei der Modifizierung und Einführung der neuen Checkliste ab Mai 2014. Von grosser Wichtigkeit ist bei der vorliegenden Studie die Überprüfung der korrekten Anwendung der Checkliste. Korrekt bedeutet, dass die Checkliste vollständig, von der jeweils zuständigen Person zum richtigen Zeitpunkt ausgefüllt wird.

1.4 Ziele der Arbeit

Diese Arbeit thematisiert die Qualität des Einsatzes der präoperativen Checkliste im Kantonsspital Graubünden. Das Hauptziel dieser Arbeit ist es, anhand einer explorativen Untersuchung die Qualität des Einsatzes der präoperativen Checkliste im Spital Chur zu messen. Dabei wurden zunächst die Checklisten anhand teilnehmender Beobachtung untersucht und anschliessend Interviews durchgeführt. Ein weiteres Ziel ist es, anhand der Ergebnisse der Untersuchungen Massnahmen zur Verbesserung der Qualität des Einsatzes abzuleiten.

1.5 Fragestellungen - Untersuchung der Checklisten

Die Qualität wurde untersucht, indem in einem ersten Schritt eine Untersuchung der Checklisten im Spital Chur durchgeführt wurde. Anhand dieser soll festgestellt werden, wie viele präoperative Checklisten vollständig, von wem und zu welchem Zeitpunkt ausgefüllt wurden. Mit den „drei Punkten“ auf der Checkliste sind die drei Prozessschritte auf der Hinterseite der präoperativen Checkliste, welche auf der Abbildung 1 ersichtlich sind, gemeint: 1. Einschleusung in den OP, 2. Anästhesieeinleitung und 3. Team Time-out.

Zusätzlich wurden Informationen zum Patienten (Versicherung, Alter, Geschlecht, Notfall), zur Art der Operation und zum jeweiligen Tag der Untersuchung (Datum, Uhrzeit, Operationssaal) erhoben. Diese stellten acht Faktoren dar, die die drei genannten Aspekte Vollständigkeit, Berufsgruppe und Zeitpunkt beeinflussen können. Folgende Fragestellungen werden untersucht:

Vollständigkeit

1.1 Welche der drei Punkte auf der Hinterseite der Checkliste werden wie vollständig ausgefüllt?

1.2 Wie sieht die Vollständigkeit über alle drei Punkte hinweg aus?

Berufsgruppe

2.1 Welche Berufsgruppe füllt die drei Punkte auf der Hinterseite der Checkliste am meisten aus?

2.2 Welche Berufsgruppe füllt über alle drei Punkte hinweg die Checklisten am meisten aus?

Zeitpunkt

3.1 Zu welchem Zeitpunkt werden die drei Punkte auf der Hinterseite der Checkliste ausgefüllt?

3.2 Zu welchem Zeitpunkt wird die Checkliste über alle drei Punkte hinweg ausgefüllt?

Zusammenhänge zwischen den acht Faktoren und der Vollständigkeit, dem Zeitpunkt und der ausfüllenden Berufsgruppe

4.1 Welchen Einfluss haben die zusätzlich erhobenen acht Faktoren auf die Vollständigkeit, die ausfüllende Berufsgruppe und den Zeitpunkt des Ausfüllens?

1.6 Fragestellungen - Interviews

Die Untersuchung der Checklisten diene als Basis für die nachfolgende Erhebung in Form von Interviews. Anhand dieser wurden Meinungen und Erfahrungen zu Barrieren, förderliche Faktoren und Verbesserungsvorschläge zum Umgang und Inhalt der Checkliste erfasst. Anschliessend sollen aufgrund der Ergebnisse Massnahmen zur Verbesserung der Qualität des Einsatzes der Checkliste abgeleitet werden. Folgende Fragestellungen wurden untersucht:

Barrieren

5.1 Welche von den Interviewten spontan erwähnte Barrieren behindern das korrekte Ausfüllen der Checklisten im Spital Chur?

5.2 Welches sind aus der Literatur bekannte Barrieren, welche das Ausfüllen von Checklisten im Spital Chur behindern?

Förderliche Faktoren

6.1 Welche Faktoren fördern das Ausfüllen der präoperativen Checkliste?

Verbesserungsvorschläge

7.1 Was sind Verbesserungsvorschläge bezüglich des Umgangs mit der Checkliste?

7.2 Was sind Verbesserungsvorschläge bezüglich des Inhalts der Checkliste?

Massnahmen

8.1 Welche Massnahmen können abgeleitet werden zur Verbesserung der Qualität des Einsatzes der Checklisten im Spital Chur?

1.7 Aufbau der Arbeit

Das folgende Kapitel veranschaulicht die theoretische Einbettung des erforschten Gegenstandes. Es wird auf die bisherige Forschung eingegangen. Das dritte Kapitel thematisiert das Qualitätsmanagement des Spitals Chur. Der vierte Teil beinhaltet die Untersuchung der Checklisten mit dem methodischen Vorgehen und den Ergebnissen. Anschliessend wird im fünften Teil die Erhebung der Interviews dargestellt. Darin enthalten sind analog zur Untersuchung der Checklisten das methodische Vorgehen und die Ergebnisse. Anhand der durchgeführten Untersuchungen werden die Ergebnisse im sechsten Kapitel interpretiert und diskutiert. Die Ableitung von Massnahmen folgt im siebten Teil und die Schlussfolgerungen sowie der Ausblick runden im achten Kapitel die Arbeit ab.

2. Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden zunächst Barrieren beschrieben, die das korrekte Ausfüllen der präoperativen Checkliste behindern. Anschliessend folgt die Definition des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen.

2.1 Barrieren, die das korrekte Ausfüllen der präoperativen Checkliste behindern

In verschiedener Literatur sind mögliche Barrieren zu finden, die die Akzeptanz von Checklisten vor Operationen behindern. Vielfach wird in der Literatur auch von Guidelines gesprochen, welche als Vorgaben für medizinische Abläufe zu verstehen sind, da das Interesse in den Gebrauch von Checklisten in der Medizin erst in den letzten Jahren zugenommen hat (Papadakos, Shelmerdine, Goh, & Belli, 2011). In der Studie von Cabana, Rand, Powe, Wu, Wilson et al. (1999) wurde herausgefunden, dass bestimmte Vorgaben oder Leitfäden in der Medizin positive Auswirkungen auf die Qualität der Pflege hatten. Jedoch konnten diese Vorgaben aufgrund von Barrieren wenig bis keine Verhaltensänderungen bei den ärztlichen und pflegenden Mitarbeitenden erreichen. Die Barrieren wurden gemäss Abbildung 2 aufgeteilt in drei Aspekte: Wissen über die Vorgaben, Einstellung gegenüber den Vorgaben und Verhalten der betroffenen Personen. Busemann, Schreiber und Heidecke (2012) etwa fanden heraus, dass Operationschecklisten bei der Einführung oft mit Skepsis behandelt werden. Folgende Faktoren konnten die Autoren identifizieren, die die Nichtakzeptanz von

Operationschecklisten unterstützten: angeblich zeitraubende Tätigkeit ohne offensichtlichen Effekt, mangelndes Problembewusstsein und schlechtes Checklisten-Design (Busemann et al., 2012). Auch Fourcade, Blache, Grenier, Bourgain und Minvielle (2011) konnten aufgrund der Ergebnisse eines elektronischen Fragebogens und aufgrund von Interviews mehrere Barrieren identifizieren, die das Ausfüllen von Operationschecklisten behinderten: Doppelnennungen aufgrund bereits existierender Checklisten, Kommunikationsdefizite zwischen Chirurgen und Anästhesisten, Ängstlichkeit der Patienten aufgrund des wiederholten Abfragens von gleichen Punkten und keinen Sinn hinter dem Ausfüllen der Checkliste sehen (Fourcade et al., 2011). Ploeg, Davies, Edwards, Gifford und Miller (2007) fanden heraus, dass eine negative Einstellung, begrenzte Ressourcen und zu wenig Zeit als Barrieren für die Akzeptanz bei der Einführung von Vorgaben für medizinische Abläufe gelten. In der Studie von Papadakos et al. (2011) wurden das fehlende Verständnis für den Inhalt der Checkliste, fehlende Trainings im Umgang mit der Checkliste und zu wenig Unterstützung der Führungskräfte als Barrieren bei der Einführung einer präoperativen Checkliste dargestellt. Cabana et al. (1999) untersuchten unter anderem auch den Einfluss des Selbstvertrauens in Bezug auf die Guidelines und fanden heraus, dass der Glaube, dem Inhalt der Vorgaben nicht gerecht zu werden, ebenfalls eine Barriere darstellt. Die Kampagne Patient Safety First (2010) schrieb ein Review über Patientensicherheit und konnte als Barriere für die Implementierung von Checklisten die Tendenz feststellen, dass das Ausfüllen der Checkliste als Ankreuzübung angesehen wird, anstatt als ein Tool, welches die Kommunikation und Teamarbeit verbessert.

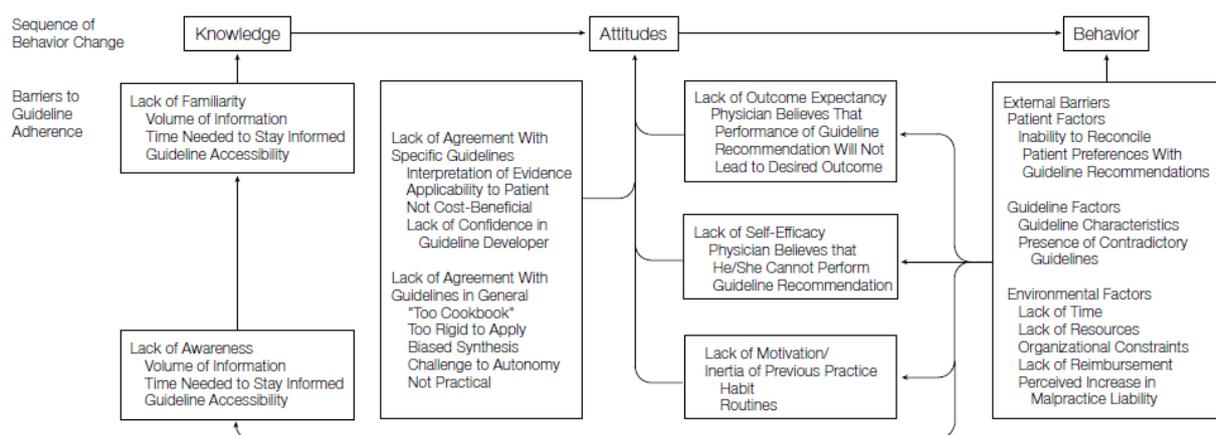


Abbildung 2: Acht Barrieren, die die ärztliche Einhaltung von praktischen Vorgaben in Beziehung mit Verhaltensveränderungen behindern (Cabana et al., 1999)

Auf Basis des dargestellten Modells (s. Abb. 2) wurden die in der Literatur gefundenen Barrieren, welche beschrieben wurden und das Ausfüllen von Checklisten behindern, in die drei Aspekte Knowledge (Wissen), Attitudes (Einstellung) und Behavior (Verhalten) eingeteilt (s. Tab. 1).

Tabelle 1

Barrieren aus der Literatur integriert in die drei Aspekte Wissen, Einstellung und Verhalten in Anlehnung an Cabana et al., 1999

Knowledge (Wissen)	Lack of familiarity (Fehlende Vertraulichkeit mit Checkliste)	1. Zu wenig Verständnis für Inhalt der Checkliste (lack of understanding) (Papadakos et al., 2011). 2. Fehlendes Training für den Umgang mit der Checkliste (Papadakos et al., 2011).
	Lack of Awareness (zu wenig Bewusstsein für Wichtigkeit der Checkliste)	3. Die Checkliste nicht als dringend auszufüllen anschauen, mangelndes Problembewusstsein (Busemann et al., 2012).
Attitudes (Einstellung)	Lack of Agreement (Fehlende Zustimmung)	4. Negative Einstellung gegenüber der Checkliste von Team aus (Ploeg et al., 2007). 5. In der Checkliste keinen Sinn sehen. Auch wenn Checkliste vollständig ausgefüllt wird, kann das Risiko nicht verkleinert werden (Unfälle nicht verhindert werden) (Fourcade et al., 2011).
	Lack of Outcome Expectancy (Fehlende Resultatserwartung)	6. Angeblich zeitraubende Tätigkeit ohne offensichtlichen Effekt (Busemann et al., 2012).
	Lack of Self-Efficacy (Fehlendes Selbstvertrauen)	7. Glaube, dass er/sie selbst den Empfehlungen/dem Inhalt der Checkliste nicht gerecht wird (Cabana et al., 1999).
	Lack of motivation (Fehlende Motivation)	8. Die Tendenz, die Checkliste als Ankreuzübung anzusehen anstatt ein Tool, welches die Kommunikation und die Teamarbeit verbessert (Patient Safety First, 2010).
Behavior (Verhalten)	Patient factors (Faktor Patient)	9. Ängstlichkeit der Patienten aufgrund der mehrmaligen Abfragung der Items (Fourcade et al., 2011).
	Guideline factors (Faktor Checkliste)	10. Schlechtes Checklistendesign (Busemann et al., 2012). 11. Doppelabfragen aufgrund bereits existierender Prozesse, bei welchen die einzelnen Inhalte der Checkliste schon abgefragt wurden (Fourcade et al., 2011).
	Environmental factors (Faktor Umwelt)	12. Zu wenig Zeit haben zum Ausfüllen, zu wenig Ressourcen (Ploeg et al., 2007). 13. Kommunikationsdefizite zwischen Chirurgen und Anästhesisten (Fourcade et al., 2011). 14. Zu wenig Unterstützung der Führungskräfte (Papadakos et al., 2011).

2.2 Definition von Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement; diese Begriffe sind seit vielen Jahrzehnten bekannt. Im Gesundheitswesen sind sie jedoch erst seit den 1980er Jahren zu einem Thema geworden (Ertl-Wagner, Steinbrucker & Wagner, 2009). Die Krankenhäuser stehen gemäss Iseringhausen (2007) vor einem Veränderungsprozess. Damit meint er, dass die Kostenträger von den Krankenhäusern in gestiegener Masse “gleichzeitig Wirtschaftlichkeit, Qualität sowie Kunden- und Mitarbeiterorientierung” (Iseringhausen, 2007, S. 31) verlangen. Somit werden Qualitätsmanagement sowie Qualitätsziele unumgänglich, denn der Staat versucht, die Tendenz Richtung Qualitätsminderung, die mit der Einführung von Wettbewerbselementen einhergehen kann, zu verhindern, indem die Qualitätsmanagementsysteme transparent von den Krankenhäusern dargelegt werden müssen (Iseringhausen, 2007). Die Qualitätssicherungsmassnahmen wurden im Bundesgesetz eingebunden, sodass sich Krankenhäuser verpflichteten, ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen (Ertl-Wagner et al., 2009). Ertl-Wagner et al. (2009) geben dem Qualitätsmanagement im Krankenhaus vor allem die Bedeutung, dass gesundheitlicher Nutzen erzeugt wird und die Patienten vor vermeidbaren versorgungsbedingten Schäden bewahrt werden (Ertl-Wagner et al., 2009). Dies wird durch den Einsatz der präoperativen Checkliste unterstützt, denn diese hilft, dass zentrale Aspekte vor einer Operation mehrfach abgefragt werden und wichtige Punkte nicht vergessen gehen. Die wichtigsten sechs Thematiken des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen sind der Meinung von Ertl-Wagner et al. (2009) nach:

1. **Patientenorientierung:** Damit sind die Kunden eines Krankenhauses gemeint. Das Ziel ist es, die Bedürfnisse der Kunden zu ermitteln und die Kunden zufriedenzustellen. Im Krankenhaus sind in erster Linie die Patienten die Kunden, jedoch gehören dazu auch die Kostenträger und die Mitarbeitenden.
2. **Mitarbeiterorientierung:** Dieser Punkt steht dafür ein, dass eine möglichst hohe Behandlungsqualität realisiert werden kann. Damit dies erreicht werden kann, braucht es das Zusammenwirken von verschiedenen Berufsgruppen. Die Personalentwicklung ist dabei ein zentraler Punkt.
3. **Prozessorientierung:** Dies ist ein wichtiger Aspekt des Qualitätsmanagements in Krankenhäusern. Der gesamte Patientenpfad von der Aufnahme über die Behandlung bis hin zur Entlassung muss als klarer Ablauf begriffen werden. Dabei stellt die präoperative

Checkliste eine Unterstützung zur Teilstandardisierung des Behandlungsprozess dar, von der Einschleusung in den OP bis hin zum Team Time-out.

4. Beleuchtung interner Strukturen: Die gesamte Unternehmensstruktur lässt wesentliche Qualitätsverbesserungen ableiten. So gehören auch die Kosteneffizienz und Kosteneinsparungen als wichtige Aspekte zu einem Qualitätsmanagement.

5. Präventives Fehler- und Risikomanagement: Das Qualitätsmanagement orientiert sich an präventiven Massnahmen. Das heisst, dass die Vermeidung von Fehlern und die Suche nach Fehlerursachen sowie deren Beseitigung im Zentrum stehen. Damit kann die kontinuierliche Verbesserung von Behandlungsabläufen umgesetzt werden.

6. Kontinuierliche Verbesserung: Auch Krankenhäuser arbeiten in einer konkurrenzhaltigen Zone. Deshalb gilt es, sich eine eigene Position im Wettbewerb zu sichern. Dafür sind kontinuierliche Verbesserungsprojekte unabdingbar.

Ein wesentliches Merkmal von Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen ist gemäss Psychologie-Lexikon (2014) das Vorhandensein von Verbesserungsprozessen, die erscheinen können im Umgang mit Fehlern oder der Korrektur und Vorbeugung bei Schwachstellen. Dabei ist die Verwirklichung von Qualitätsmanagement “gebunden an eine schriftliche Fixierung von geltenden Regeln, Arbeitsabläufen oder Standards” (Psychologie-Lexikon, 2014). Diese Definition lässt sich auf die präoperative Checkliste übertragen, indem sie einen Versuch darstellt, Arbeitsabläufe im Krankenhaus vor der Durchführung von Operationen zu teilstandardisieren.

3. Qualitätsmanagement im Spital Chur

Dieses Kapitel veranschaulicht anhand der vorangegangenen Definition von Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen das Qualitätskonzept des Kantonsspitals Graubünden.

Das Qualitätsmanagement des Spitals Chur erfasst die Kundenzufriedenheit und die Erwartungen der Anspruchsgruppen und hält die gesetzlichen Forderungen nach einem sichtbaren Qualitätsmanagement unter folgenden Gesichtspunkten ein (Kantonsspital Graubünden, 2013a):

- Die oberste Führung des Kantonsspital Graubündens zeigt sich für Qualität verantwortlich. Sie ist ein Vorbild für Qualität und fordert alle Mitarbeitenden auf, die Mitverantwortung für Qualität zu tragen.
- Qualität wird von allen Mitmenschen getragen und gelebt (integriertes Qualitätsmanagement).

- Qualitätsentwicklung geschieht effizient und effektiv. Qualitätsmassnahmen und Qualitätsprojekte sind eingebunden in das Projektmanagement des Kantonsspitals Graubünden.
- Interne Prozesse laufen zielgerichtet und sind kompatibel mit dem Prozessmanagement des Kantonsspitals Graubünden.
- Die Struktur-, Prozess- und Behandlungsqualität werden in einem ständigen Kreislauf sichtbar gemacht und verbessert (PDCA-Qualitätskreislauf).
- Qualitätsbestrebungen werden nach aussen getragen. Dafür unterzieht sich das Kantonsspital Graubünden beispielsweise periodisch der Überprüfung durch die Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen sanaCERT. Die Stiftung überprüft als Zertifizierungsstelle Leistungserbringer im Gesundheitswesen auf die Erfüllung von Qualitätsstandards und stellt bei Erreichen der Anforderungen anerkannte Atteste (Zertifikate) aus.

Mit der externen Zertifizierung zeigt das Kantonsspital Graubünden gegen aussen, dass eine hohe Leistungsqualität und Qualitätsentwicklung sichergestellt wird. Der PDCA-Qualitätskreislauf (s. Abb. 3) ist dabei das zentrale Element zur Qualitätssicherung (Kantonsspital Graubünden, 2013a):



Abbildung 3: PDCA-Qualitätskreislauf nach Deming (1950), zitiert in Kantonsspital Graubünden, 2013a

PLAN Plane, was du erreichen willst; lege fest, wie, wann und womit du es erreichen willst.

DO Führe das aus, was du geplant hast und wie und womit du es geplant hast.

CHECK Überprüfe das Ergebnis mit dem, was du geplant hast; korrigiere, wenn nötig.

ACT Lerne aus den Erfahrungen und lass die Verbesserungen in die Planung einfließen.

Der PDCA-Kreislauf bildet die Grundlage aller Qualitätsbestrebungen des Kantonsspitals Graubünden. Ertl-Wagner et al. (2009) beschrieben als Teilaspekt von Qualitätsmanagement das präventive Fehler- und Risikomanagement. Das Kantonsspital Graubünden betreibt die Sammlung von kritischen Zwischenfällen im Rahmen des „Critical Incident Reporting System“ (CIRS). Dort werden kritische Zwischenfälle erfasst und analysiert, sodass anschließend Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet und umgesetzt werden können. Sowohl im Department Chirurgie als auch ANIR können sogenannte kritische Zwischenfälle, Near-miss-Ereignisse, Ereignisse ohne Folgen und auch Ereignisse mit Patientenschädigung freiwillig gemeldet werden. Alle zwei Monate werden vorgängig ausgewählte, eingegangene Meldungen, die durch die CIRS-Verantwortlichen bestimmt wurden, besprochen. Pro zwei Monate kommen ca. 40 Meldungen herein (Kantonsspital Graubünden, 2013b). Durch Umfragen wird die Patienten- und Mitarbeiterorientierung sichergestellt, die als Qualitätsindikatoren des Kantonsspitals Graubünden gelten (Kantonsspital Graubünden, 2013b).

Die zwei obersten Ziele des Qualitätsmanagement des Spitals Chur bilden die qualitativ hochstehende Leistungserbringung und die Patientensicherheit. Wie bereits in der Einleitung ersichtlich geworden ist, wurde der Nutzen von Checklisten vor der Durchführung von Operationen in verschiedenen Untersuchungen hinsichtlich Steigerung der Patientensicherheit bestätigt. Durch den korrekten Einsatz von Checklisten wird eine Steigerung der Patientensicherheit und somit die Qualitätsförderung angestrebt. Jedoch entscheidend für den Nutzen der Checklisten ist deren richtiger Einsatz.

In den folgenden Kapiteln werden sowohl die Untersuchung der Checklisten als auch die Interviews, die im Kantonsspital Chur durchgeführt wurden, anhand ihren Methoden und Ergebnissen, dargestellt.

4. Untersuchung der Checklisten

Ziel des vierten Kapitels ist es, die Untersuchung der Checklisten aufzuzeigen. Es wurden während fünf Tagen die präoperativen Checklisten anhand eines Beobachtungsrasters erhoben. Im ersten Unterkapitel wird das methodische Vorgehen beschrieben und anschliessend folgen die Ergebnisse der Untersuchung.

4.1 Methodisches Vorgehen

In diesem Unterkapitel werden die Erhebung und die Auswertung der für die Fragestellungen relevanten Aspekte sowie das Forschungsdesign aufgezeigt. Im ersten Abschnitt wird das Forschungsdesign beschrieben, dann folgen die Erhebungs- und Auswertungsmethoden.

4.1.1 Forschungsdesign

Die Untersuchung der Checklisten lässt sich in drei Phasen „Explorative Phase“, „Erhebungsphase“ und „Auswertungsphase“ einteilen (s. Abb. 4). Nach der Erhebung folgte eine Interpretation der Daten, und darauf basierend wurden Massnahmen abgeleitet, die in den darauf folgenden Kapiteln erläutert werden.

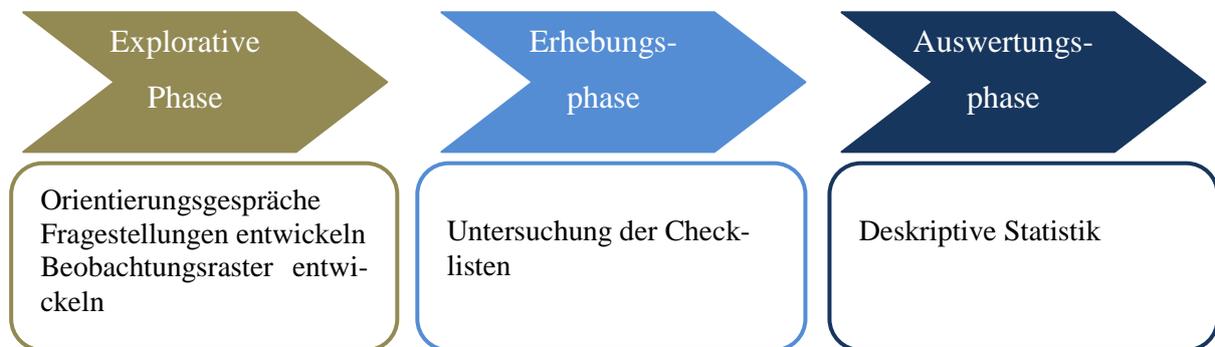


Abbildung 4: Forschungsdesign der Untersuchung der Checklisten

Während der explorativen Phase galt es mit dem Praxispartner abzuklären, welche relevanten Fragestellungen in die Untersuchung miteinbezogen werden sollten. Diese wurden im Unterkapitel 1.5 aufgezeigt. Im Folgenden werden das Beobachtungsraster, die Untersuchung der Checklisten und deren Auswertungsmethoden beschrieben.

4.1.2 Beobachtungsraster

In einem ersten Schritt ging es darum, die Aspekte der Fragestellungen zur Untersuchung der Checklisten in einem übersichtlichen und praktischen Raster einzufügen, welches für die Beobachtung vor Ort angewendet werden konnte (s. Abb. 5). Das Ziel war es, möglichst viele Informationen zu einer einzelnen Checkliste aufnehmen zu können. Das Raster wurde im A4-Querformat eingesetzt und pro Checkliste ein Raster ausgefüllt.

Das Raster wurde, abgeleitet von den Fragestellungen, in vier Spalten aufgeteilt nach den vier Prozessen auf der präoperativen Checkliste: die Vorderseite, die Einschleusung in den OP, die Anästhesieeinleitung und das Team Time-out. Die Spalte Vorderseite wurde anschliessend gestrichen und nicht in die Ergebnisse aufgenommen, da die Vorderseite Aspekte vor einer Operation beinhaltet, die noch auf der Station ausgefüllt werden (s. Abb. 5; grau). Da jedoch die Beobachtung vor Ort sich ausschliesslich auf dem OP-Trakt abspielte, wurde auf den Aspekt verzichtet. Die Zeilen zeigen die Punkte, die bei der Untersuchung der ausgefüllten Checklisten von Interesse waren: Vollständigkeit und Zeitpunkt des Ausfüllens, sowie der Punkt „Auffälliges zur Situation“. Letzterer wurde nicht in die Ergebnisse miteinbezogen, da keine Schlussfolgerungen gezogen werden konnten (s. Abb. 5; grau). Zudem wurde mit einem Häkchen gekennzeichnet, welche Berufsgruppe den jeweiligen Punkt ausgefüllt hat. Links oben wurden Angaben zur Situation mitaufgenommen. Dies waren die folgenden acht Faktoren: Angaben zu Datum und Uhrzeit der Erhebung, zum Alter, zur Versicherung und zum Geschlecht des Patienten, zur Nummer des OP-Saals, zur Art der Operation sowie, ob ein Notfall vorlag oder nicht. Diese acht Faktoren wurden anschliessend mit den drei Aspekten Vollständigkeit, Berufsgruppe und Zeitpunkt in Zusammenhang gebracht.

Nr.: OP-Saal:

Datum/Uhrzeit		Vorderseite	1. Checklistenpunkt (Einschleusung in OP)	2. Checklistenpunkt (An- ästhesieeinleitung)	3. Checklistenpunkt (Team Time-out)
Operation					
Geschlecht Patient	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> Pflegepersonal (Station)	<input type="checkbox"/> MA Anästhesie	<input type="checkbox"/> MA Anästhesie	<input type="checkbox"/> OP-Pflege
Versicherung Patient	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> ½ privat <input type="checkbox"/> allgemein	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Lagerung <input type="checkbox"/> OP-Pflege <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> MA Anästhesie <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
Alter Patient					
Notfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Zeitpunkt des Ausfüllens					
Vollständigkeit					
Auffälliges zur Situation					

Abbildung 5: Beobachtungsraster für die Untersuchung der Checklisten

4.1.3 Erhebung

Die Beobachtungen fanden an fünf nicht nacheinander folgenden, zufällig gewählten Arbeitstagen im November und Dezember 2013 statt. Es wurde im Feld beobachtet, was bedeutet, dass räumlich und zeitlich dort untersucht wurde, wo sich die Vorgänge auch in der Realität abspielten (Lamnek, 2010). Somit erfolgte die Erhebung der Daten ausschliesslich auf dem OP-Trakt. Die Operationen wurden in den sechs verschiedenen Operationssälen durchgeführt. Zwischen 7.00 Uhr und 17.00 Uhr wurden 24 Patienten auf die sechs zur Verfügung stehenden Operationssäle und über den Tag verteilt, operiert. Dies konnte dem Operationsprogramm, das jeweils am Vortag definiert wurde, entnommen werden. Aufgrund des Operationsprogramms wurde eine zeitliche Reihenfolge bestimmt, die für die Erhebung vorgesehen war. Die Beobachtung verlief strukturiert gemäss dem im Voraus definierten Beobachtungsraster. Strukturierte Beobachtung bedeutet nach Lamnek (2010), dass nach einem relativ differenzierten System vorab festgelegter Kategorien erhoben wird. Dadurch erhält man einen hohen Grad der Kontrollierbarkeit des Beobachtungsvorgangs (Lamnek, 2010). Dies begünstigt die Gewähr, dass verschiedene Forscher mit Hilfe des gleichen Rasters in derselben Beobachtungssituation zu den gleichen Ergebnissen gelangen. Sobald der Patient in die Einschleusung in den OP und somit auf den OP-Trakt kam, begann die Beobachtung. Es wurde zunächst bei der Einschleusung in den OP beobachtet, wann, wie und wer dieser Punkt auf der Checkliste ausfüllte und anschliessend ging die Erhebung beim zweiten Punkt, der Anästhesieeinleitung weiter. Die Information zur Vollständigkeit der Checkliste konnte mit der Beobachtung der Checkliste abgeholt werden. Dort war jeweils ersichtlich, ob alle Aspekte eines Prozessschrittes (z.B. Anästhesieeinleitung) ausnahmslos abgehakt wurden oder nicht. Welche Berufsgruppe einen Checklistenpunkt ausfüllte, konnte entweder an der beschrifteten Kleidung des Personals oder aber durch Erfragen der Mitarbeitenden herausgefunden werden. Der Zeitpunkt des Ausfüllens der Checkliste war von grosser Bedeutung für die Untersuchung, da die Checkliste jeweils vor dem jeweiligen Prozessschritt bearbeitet werden musste. Die Überprüfung der Zeitpunkte konnte durch die genaue Planung der Erhebung im Vornherein gewährleistet werden. Die Beobachterin konnte die Informationen, wann ein Patient in die Schleuse kam, anhand des Operationsprogramms feststellen. Eine vollständig ausgefüllte Checkliste hiess somit nicht automatisch, dass sie zum richtigen Zeitpunkt bearbeitet wurde. Die Untersuchung erfolgte auf relativ engem Raum, da die sechs Operationssäle, deren Vorbereitungsräume sowie die Schleuse klein waren und sich unmittelbar nebeneinander auf demselben Stockwerk befanden. Die Beobachterin musste somit keine grossen Distanzen zu-

rücklegen, lediglich zwischen den verschiedenen Räumen hin und her gehen. Nachdem die Anästhesieeinleitung bei einem Patienten durchgeführt wurde, wurde der Patient in den Operationssaal geschoben. Dort wurde die Operation vorbereitet, was zwischen 20 und 40 Minuten dauerte. In dieser Zeit konnte die Beobachterin den Einsatz der Checklisten der nächsten Patienten, die in die Einschleusung kamen, beobachten. So konnten trotz parallel laufenden Operationen alle Checklisten der jeweiligen Patienten zu den drei Zeitpunkten Einschleusung in den OP, Anästhesieeinleitung und Team Time-out abgefangen und die Daten in das Raster aufgenommen werden. Die Beobachtung spielte sich offen ab, das bedeutet, dass die Beobachteten über die Anwesenheit der Beobachterin Bescheid wussten. Meint jedoch keineswegs, dass sie ganz genau wussten, welches die eigentlichen Ziele waren, die mit der Beobachtung verfolgt wurden (Lamnek, 2010). Die explorative Untersuchungsart verbarg ein Hindernis. In wenigen Fällen konnte die Beobachtung der drei einzelnen Punkte auf der Checkliste nicht durchgeführt werden, da die Beobachterin parallel dazu genau an einem anderen Ort anwesend war und untersuchte. In diesem Fall wurden entweder die Mitarbeitenden, die beim jeweiligen Prozessschritt (z.B. Anästhesieeinleitung) tätig waren, mittels des Beobachtungsrasters über den Einsatz der Checkliste befragt oder aber die Informationen konnten nicht eingeholt werden. Die Anzahl der anhand der Befragung eruierten Daten, wurde nicht erhoben, sodass die genaue Fallzahl nicht abschliessend festgestellt werden konnte. Die Erhebung gehört zur Methodik der teilnehmenden Beobachtung, was gemäss Lamnek (2010) bedeutet, dass zwischen der Beobachterin und den beobachteten Personen eine natürliche und zwangslose Kommunikationssituation hergestellt versucht wurde, über die man zu den interessierenden Informationen zu gelangen erhofft. Den beobachteten Personen war die Anwesenheit der Beobachterin bewusst und sie beantworteten die Fragen zum Ablauf des jeweiligen Prozesses. Die Mitarbeitenden, die am Erhebungsort tätig waren, kamen alle aus den folgenden vier Berufsgruppen: Anästhesie Ärzte und Pflege, Operationspflege, Lagerungspersonal und Chirurgie. Sie stellten im Anschluss auch die Zielgruppe bei den Interviews dar, da die vier Berufsgruppen mit den drei Punkten der Hinterseite der präoperativen Checkliste täglich arbeiteten. Die fünf Erhebungstage waren gemäss Angaben des Praxispartners keine aussergewöhnlichen Tage, sondern gaben ihren Berufsalltag wieder. Unvorhergesehenes wie das Streichen einer Operation aufgrund des verschlechterten Gesundheitszustandes eines Patienten kam einmal vor. Insgesamt konnten in den fünf Erhebungstagen als Stichprobe 119 Checklisten untersucht werden.

4.1.4 Stichprobe der Patienten

Die Auswahl der zu operierenden Patienten war durch das Operationsprogramm gegeben. Die Art der Operationen wurde in neun verschiedene Kategorien eingeteilt: Allgemeine Chirurgie, Neurochirurgie, Hals-Nasen-Ohren-Chirurgie, Handchirurgie, Thorax-Gefäß-Chirurgie, Urologie, plastische Chirurgie, Kinderchirurgie und orthopädische Chirurgie. So wurden alle 119 Operationen abgedeckt. 34 untersuchte Checklisten von Operationen wurden in der allgemeinen Chirurgie durchgeführt, 20 Checklisten in der Hals-Nasen-Ohren-Chirurgie, zwölf Thorax-Gefäß-Checklisten, 22 Checklisten in der Handchirurgie, acht in der Neurochirurgie, 17 in der Urologie und je zwei Operationen in der plastischen Chirurgie, Kinderchirurgie und orthopädischen Chirurgie. Von den 119 untersuchten Checklisten waren 79 Operationen an männlichen Patienten durchgeführt worden und 40 Operationen an weiblichen Patienten. 100 Patienten, deren Checklisten erhoben wurden, waren allgemein versichert. Dies entspricht 84% der untersuchten Checklisten. 11 Patienten waren halb-privat versichert, und 8 Patienten waren privat versichert. Das Alter der Patienten wurde in fünf Kategorien eingeteilt. Pro Kategorie gehörten 20 Jahrgänge dazu, eine Ausnahme bildeten die Kategorien 1 und 5: Kat. 1 = Jg. 1990 – 2013, Kat. 2 = Jg. 1970 – 1989, Kat. 3 = Jg. 1950 – 1969, Kat. 4 = Jg. 1930 – 1949 und Kat. 5 = älter als Jg. 1930. Von den 119 untersuchten Checklisten waren 21 Checklisten von Patienten, die zur Kategorie 1 gehörten. 27 Patienten hatten Jahrgänge zwischen 1970 und 1989. Zur Kategorie 3 gehörten 31 Patienten. Die meisten Patienten, deren Checklisten untersucht wurden, hatten Jahrgänge zwischen 1930 und 1949, insgesamt 38. Den Jahrgang 1930 oder älter hatten insgesamt zwei Patienten. Die Anzahl Notfälle, die erhoben wurden, lag bei fünf. Diese kleine Anzahl ist dadurch zu erklären, dass die Notfälle erst nach dem Operationsprogramm durchgeführt wurden und die Erhebung um 17.00 Uhr jeweils beendet wurde.

4.1.5 Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte mithilfe von Microsoft Excel und der Statistiksoftware SPSS Version 20. Schwerpunkt der Auswertung bildete, entsprechend den Fragestellungen, die deskriptive Analyse der Angaben zur Vollständigkeit, zur ausfüllenden Berufsgruppe und zum Zeitpunkt des Ausfüllens. Die Angaben zur Vollständigkeit wurden in vier Kategorien unterteilt: 100% = vollständig ausgefüllt; nicht 100% = nicht vollständig ausgefüllt; 0% = nicht ausgefüllt; keine Angabe = die Forscherin konnte die Information nicht einholen. Der Aspekt der Berufsgruppe wurde in die vier Berufsgruppen Lagerung, Anästhesie, OP-Pflege

und Chirurgie eingeteilt. Dazu kamen die nicht ausgefüllten Checklisten (Kategorie „nicht ausgefüllt“) und die Kategorie „keine Angabe“ = die Information konnte von der Forscherin während des Erhebungszeitraumes nicht eingeholt werden. Von grosser Wichtigkeit für die Untersuchung war der Aspekt des Zeitpunktes des Ausfüllens. Denn wenn eine Checkliste vollständig ausgefüllt wurde, musste dies nicht heissen, dass auch der Zeitpunkt des Ausfüllens korrekt war. Dieser Aspekt wurde in folgende Kategorien eingeteilt: richtig = die Checkliste wurde vor der Einschleusung, vor der Anästhesieeinleitung und während des Teams Time-out ausgefüllt; zu spät = die Checkliste wurde erst nach den korrekten Zeitpunkten ausgefüllt, beispielsweise erst nach der Anästhesieeinleitung; nicht ausgefüllt = die Checkliste wurde nicht ausgefüllt; keine Angabe = die Forscherin konnte die Information nicht einholen. Dies war beim Aspekt des Zeitpunkts am häufigsten der Fall. Die grösste Herausforderung während der Erhebungen war es für die Forscherin, den Zeitpunkt des Ausfüllens der Checkliste bei den drei Punkten abzufangen und zu dokumentieren. So zeigten sich anschliessend auch die Ergebnisse, bei denen die Häufigkeiten der Kategorie „keine Angabe“ beim Aspekt des Zeitpunkts jeweils am höchsten war im Vergleich zu den Aspekten Vollständigkeit und Berufsgruppe. Die Häufigkeiten wurden mit Prozentangaben zum einen über die einzelnen Punkte auf der Checkliste und zum anderen über alle Punkte hinweg gerechnet und anhand von Graphiken dargestellt. Mit Punkten auf der Checkliste sind die drei Ablaufschritte Einschleusung in den OP, Anästhesieeinleitung und Team Time-out gemeint. Anschliessend wurden die zusätzlichen Informationen Datum, Uhrzeit, Geburtsdatum des Patienten, Versicherung des Patienten, Notfall, Geschlecht des Patienten, Art der Operation und Nummer des Operationssaals mit den drei zu untersuchenden Aspekten in Zusammenhang gebracht. So, dass beispielsweise abgeleitet werden konnte, ob die Checklisten bei einer Operation der allgemeinen Chirurgie vollständig ausgefüllt wurden.

4.1.6 Kritische Reflexion des methodischen Vorgehens

Die durchgeführte teilnehmende Beobachtung weist wichtige Limitationen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden müssen. Zunächst wurde die Ergebnisdarstellung der acht Faktoren gestrichen. Mit Faktoren sind die acht zusätzlich erhobenen Angaben zum Datum und Uhrzeit der Untersuchung, Informationen zum Patienten und ob ein Notfall vorlag oder nicht gemeint. Die Grösse der Stichprobe war nicht repräsentativ, da pro Faktor die Anzahl Fälle bei maximal 20 lag. Diese variierte zusätzlich von Faktor zu Faktor, sodass von einer Darstellung der Ergebnisse und Interpretation abgesehen werden musste. Auch die Stichprobe der Anzahl untersuchten Checklisten ist nur mit eingeschränkter Repräsentativität

interpretierbar. Die Erhebung fand an fünf zufällig gewählten Tagen statt, somit war die Stichprobe vorbestimmt aufgrund des jeweiligen Operationsprogramms. Aufgrund des explorativen Charakters der Untersuchung konnten im Voraus nicht alle Stolpersteine vorhergesehen werden. Durchgeführt wurde eine Beobachtung, die aufgrund der einzelnen Befragungen der Mitarbeitenden im Spital zu einer teilnehmenden Beobachtung wurde. Die Befragung war im Vornherein nicht eingeplant. Erst während der Beobachtung stellte die Forscherin fest, dass sie einzelne Zeitpunkte der Beobachtung verpasst hatte, und somit die Mitarbeitenden über den abgelaufenen Prozessschritt befragte. Die Anzahl der über die Befragung eingeholten Informationen zu den Prozessschritten wurde nicht schriftlich festgehalten, sodass kommentarlos von einer sehr kleinen Anzahl auszugehen ist. Die Beobachtung war strukturiert, aufgrund des im Vornherein festgelegten Beobachtungsschemas. Gemäss Lamnek (2010) setzt diese Art von Beobachtung das Prinzip der Wiederholbarkeit der gleichen Beobachtung voraus, was meint, dass mehrere Beobachter durch Simultan- oder Parallelbeobachtungen gleichzeitig untersuchen, um die Subjektivität zu verringern. Dies konnte in der vorliegenden Studie nicht gewährleistet werden, da die Forscherin alleine beobachtete und keine Ressourcen für weitere Beobachter zur Verfügung hatte. Es ist somit schwierig, die Subjektivität der Beobachtung zu vermindern und somit die Untersuchung intersubjektiv gültig zu machen. Jedoch schlägt Lamnek (2010) vor, dass bei alleiniger Beobachtung mehrere Objekte untersucht werden und nicht nur ein Gegenstand. Dies konnte mit der mehrmaligen Beobachtung des Einsatzes der Checklisten während fünf Tagen umgesetzt werden. Zu beachten ist jedoch die Tatsache, dass eine Beobachtung zu wechselseitigen Einflüssen der beteiligten Personen führen kann (Lamnek, 2010). So besteht gemäss Lamnek (2010) die Gefahr, dass das Untersuchungsfeld durch die Beobachtung verändert wird. Es können dadurch bestimmte Verhaltensweisen der beobachteten Personen erst durch die Anwesenheit der Beobachterin gezeigt werden (Lamnek, 2010).

4.2 Ergebnisse

In diesem Unterkapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung der Checklisten aufgezeigt. Für die Untersuchung von Interesse war, wie die Checklisten während des Erhebungszeitraumes ausgefüllt wurden. Dabei standen gemäss den Fragestellungen zur Untersuchung der Checklisten (s. Unterkapitel 1.5) drei Aspekte im Zentrum: Die Vollständigkeit der Checklisten, die Berufsgruppen, die die Checklisten ausfüllten und der Zeitpunkt, an dem die Checklisten ausgefüllt wurden. Die vier Berufsgruppen, die in Frage kamen, die Checkliste auszufüllen, stellen im fünften Kapitel die Stichprobe für die Interviews dar. In einem ersten Schritt wurden die drei Aspekte einzeln auf die drei Punkte (1. Einschleusung in den OP; 2. Anästhesieeinleitung; 3. Team Time-out) der Checkliste ausgewertet. Anschliessend wurde untersucht, wie sich die Ergebnisse über alle drei Punkte hinweg präsentierten.

4.2.1 Vollständigkeit

In diesem Unterkapitel werden die Ergebnisse der 119 untersuchten Checklisten hinsichtlich ihrer Vollständigkeit erörtert. Dabei finden folgende Fragestellungen in der Ergebnisdarstellung Klärung:

1.1 Welche der drei Punkte auf der Hinterseite der Checkliste werden wie vollständig ausgefüllt?

1.2 Wie sieht die Vollständigkeit über alle drei Punkte hinweg aus?

1. Einschleusung in den OP

Von den 119 ausgewerteten Checklisten wurden bei der Einschleusung in den OP 51% gemäss Abbildung 6 vollständig ausgefüllt. In absoluten Zahlen ausgedrückt sind es 61 Checklisten. Das bedeutet, dass sämtliche Punkte auf der Checkliste mit einem Haken oder einem Kreuz versehen waren. 48 Checklisten wurden nicht vollständig ausgefüllt, was 41% entspricht (s. Abb. 6). In den meisten Fällen wurde der Punkt „Spezielle Hygienemassnahmen“ leer gelassen. Acht Checklisten gingen unter die Kategorie „0%“, was bedeutet, dass die Checkliste leer gelassen wurde, und von zwei Checklisten konnten die Informationen von der Forscherin bezüglich der Vollständigkeit nicht eingeholt werden (Kategorie „Keine Angabe“).

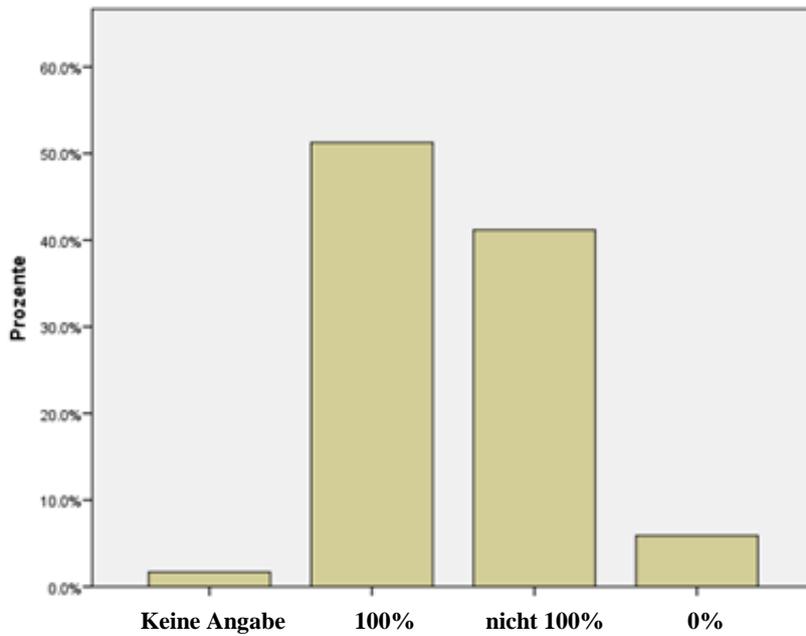


Abbildung 6: Die Vollständigkeit bei der Einschleusung in den OP

2. Anästhesieeinleitung

Anders sieht die Graphik zur Vollständigkeit beim zweiten Punkt, nämlich der Anästhesieein-

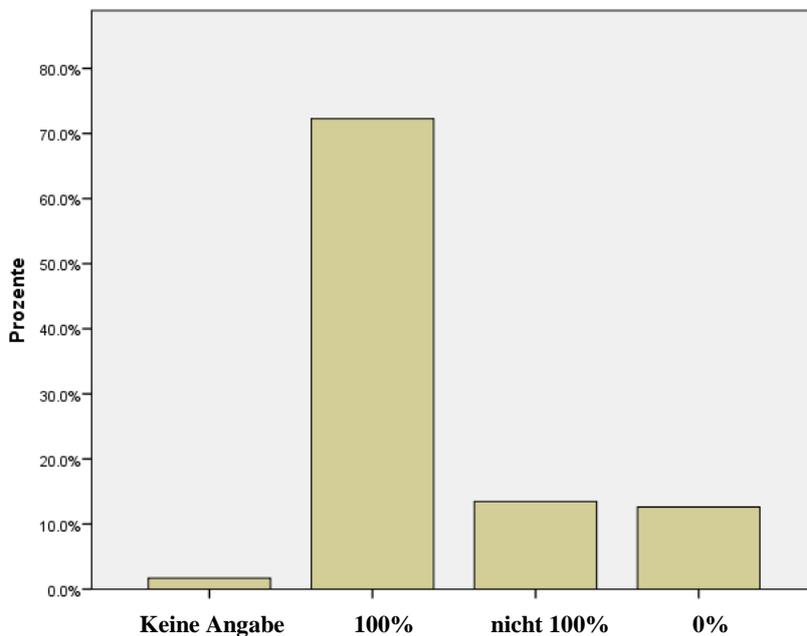


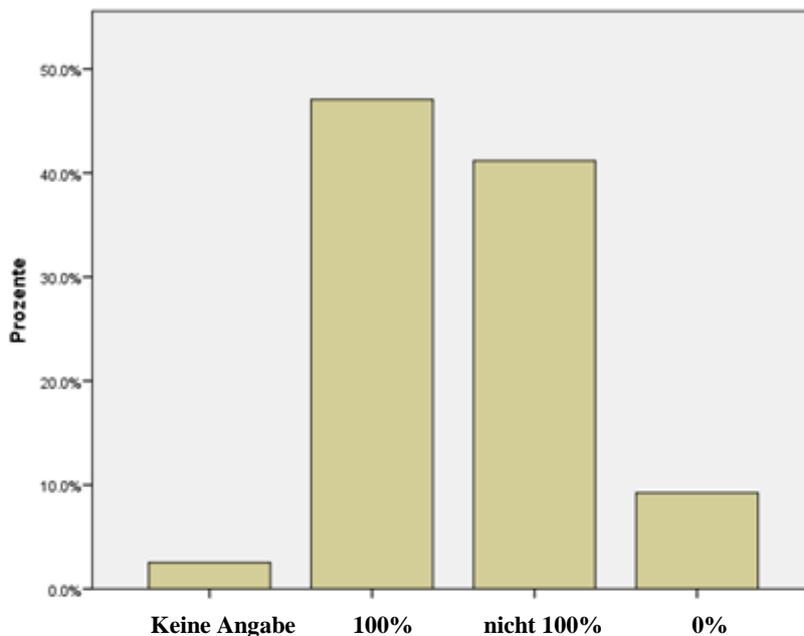
Abbildung 7: Die Vollständigkeit bei der Anästhesieeinleitung

leitung aus (s. Abb.7). Insgesamt 86 von den 119 untersuchten Checklisten wurden vollständig ausgefüllt, was 72% ausmacht. Die Anzahl der nicht vollständig ausgefüllten Checklisten beläuft sich auf 16, das sind 13.4% der untersuchten Checklisten. Dieser Punkt wurde bei 15 Checklisten, bzw. 12.6% leer gelassen, und bei zwei Checklisten konnte die

Forscherin wiederum die Informationen nicht einholen. Im Vergleich zur Einschleusung in den OP und zum Team Time-out erreicht die Vollständigkeit bei Abbildung 7, der Anästhesieeinleitung die höchste Punktzahl.

3. Team Time-out

Von den insgesamt 119 ausgewerteten Checklisten wurden beim Team Time-out 56 Checklis-



ten vollständig ausgefüllt. Dies entspricht 47% (s. Abb. 8). Nicht vollständig ausgefüllt wurden insgesamt 49 Checklisten, 41% aller untersuchten Checklisten. Meistens wurden die Punkte „Critical Events“ und „Spezielles“ leer gelassen. Elf Checklisten wurden gar nicht ausgefüllt, was 9% entspricht, und zu drei Checklisten können keine Aussagen gemacht werden, da die

Abbildung 8: Die Vollständigkeit beim Team Time-out

Informationen nicht eingeholt werden konnten.

Über alle drei Punkte hinweg

Anhand einer Kreuztabelle (s. Tab. 2) wurde der Aspekt der Vollständigkeit über alle drei Punkte hinweg gerechnet. Insgesamt 37 Checklisten wurden, angefangen bei der Einschleusung in den OP über die Anästhesieeinleitung bis hin zum Team Time-out, vollständig ausgefüllt (s. Tab. 2; gelb markiert). Dies entspricht 31.1% aller untersuchten Checklisten. Acht Checklisten wurden bei allen drei Punkten nicht vollständig ausgefüllt (s. Tab. 2; grün markiert). Das bedeutet, dass bei jedem der drei Punkte mindestens eine Aussage leer gelassen wurde. Dies entspricht einem Prozentsatz von 6.7%. Drei von 119 Checklisten wurden insgesamt über alle drei Punkte leer gelassen und nicht ausgefüllt, was 2.5% aller untersuchten Checklisten ausmacht (s. Tab. 2; blau markiert).

Tabelle 2

Kreuztabelle Vollständigkeit

Vollständigkeit Einschleusung in den OP * Vollständigkeit Anästhesieeinleitung* Vollständigkeit Team Time-out Kreuztabelle							
Vollständigkeit Team Time-out			Vollständigkeit Anästhesieeinleitung				Gesamt
			keine Angabe	100%	nicht 100%	0%	
keine Angabe	Vollständigkeit Einschleusung in den OP	keine Angabe	2	0			2
		nicht 100%	0	1			1
	Gesamt			2	1		
100%	Vollständigkeit Einschleusung in den OP	100%		37	0	0	37
		nicht 100%		12	4	1	17
		0%		0	1	1	2
	Gesamt			49	5	2	56
nicht 100%	Vollständigkeit Einschleusung in den OP	100%		14	3	0	17
		nicht 100%		21	8	1	30
		0%		0	0	2	2
	Gesamt			35	11	3	49
0%	Vollständigkeit Einschleusung in den OP	100%		1		6	7
		nicht 100%		0		1	1
		0%		0		3	3
	Gesamt			1		10	11
Gesamt	Vollständigkeit Einschleusung in den OP	keine Angabe	2	0	0	0	2
		100%	0	52	3	6	61
		nicht 100%	0	34	12	3	49
		0%	0	0	1	6	7
	Gesamt			2	86	16	15

4.2.2 Berufsgruppe

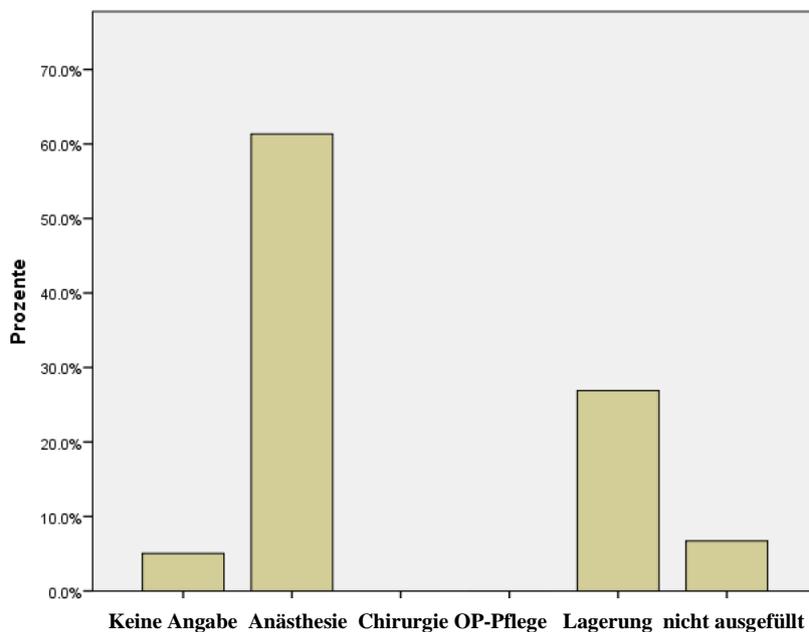
Die Berufsgruppe, die die Checkliste bei den drei Punkten auf der Checkliste ausfüllte, wird in diesem Unterkapitel aufgezeigt. Folgende Fragestellungen werden anhand der nachfolgenden Abbildungen geklärt:

2.1 Welche Berufsgruppe füllt die drei Punkte auf der Hinterseite der Checkliste am meisten aus?

2.2 Welche Berufsgruppe füllt über alle drei Punkte hinweg die Checklisten am meisten aus?

1. Einschleusung in den OP

Ausschliesslich zwei Berufsgruppen haben während des Erhebungszeitraumes den Punkt Ein-



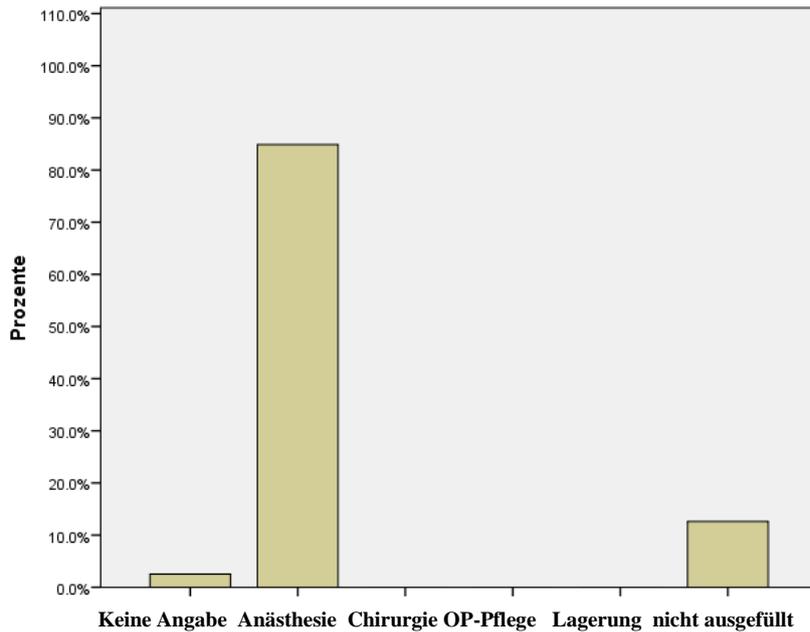
schleusung in den OP ausgefüllt. Gemäss Abbildung 9 füllte in insgesamt 73 Fällen eine Person des Anästhesiepersonals die Checklisten aus, was 61.3% ausmacht. Dabei wurde nicht unterschieden, ob diese Mitarbeitende von der Anästhesie Pflege oder Anästhesie Ärzte waren. Von den 119 untersuchten Checklisten wurden insgesamt 32 Checklisten vom Lagerungspersonal ausge-

Abbildung 9: Die ausfüllende Berufsgruppe bei der Einschleusung in den OP

füllt, was 27% entspricht (s. Abb. 9). Wie bereits beim Unterkapitel 4.2.1 Vollständigkeit ersichtlich, wurden acht Checklisten leer gelassen. Über sechs Checklisten können keine Aussagen gemacht werden, da die Informationen dazu nicht eingeholt werden konnten (Kategorie „Keine Angabe“). Gemäss Checkliste hätten auch Mitarbeitende der OP-Pflege diesen ersten Punkt auf der Checkliste ausfüllen können. Jedoch war dies bei den 119 Untersuchten bei 0% der Fall.

2. Anästhesieeinleitung

Der zweite Punkt auf der Checkliste wurde ausschliesslich vom Anästhesiepersonal ausgefüllt

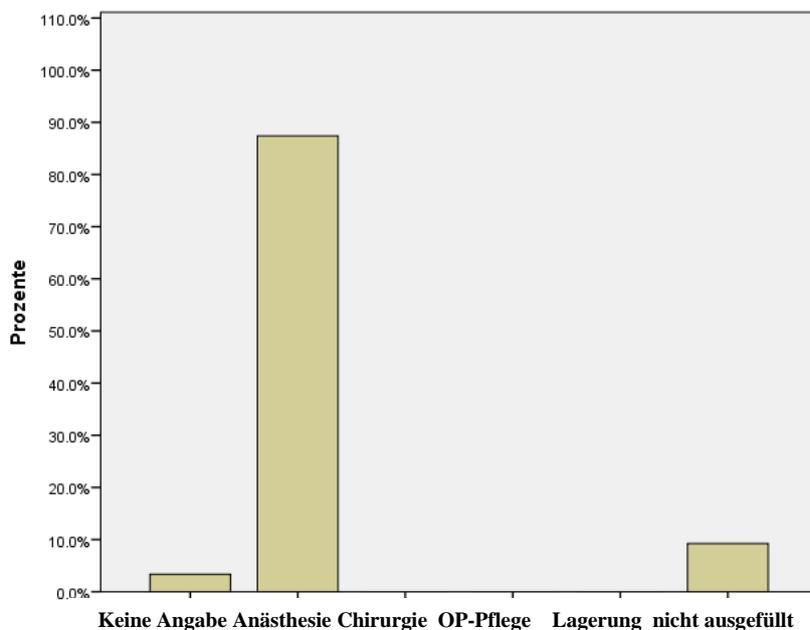


(s. Abb. 10). Dies wurde auch ganz klar auf der Checkliste so verlangt. Insgesamt also 101 Checklisten von den 119 wurden von Anästhesiearbeitenden ausgefüllt, was 85% ausmacht. Wiederum 15 Checklisten wurden leer gelassen (Kategorie „nicht ausgefüllt“) und zu drei Checklisten konnten keine Angaben gemacht werden (s. Abb. 10).

Abbildung 10: Die ausfüllende Berufsgruppe bei der Anästhesieeinleitung

3. Team Time-out

Die Ergebnisse bezüglich der ausfüllenden Berufsgruppe sahen beim dritten Punkt, beim



Team Time-out, fast identisch aus wie bei der Anästhesieeinleitung. Ausschliesslich Anästhesiearbeitende füllten die Checkliste aus, nämlich in 104 von 119 Fällen, was 87.4% entspricht (s. Abb. 11). Elf Checklisten wurden leer gelassen, und von vier Checklisten konnten keine Informationen zur ausfüllenden Berufsgruppe eingeholt werden (Katego-

Abbildung 11: Die ausfüllende Berufsgruppe beim Team Time-out

rie „Keine Angabe“). Weder die Lagerung noch die OP-Pflege hat gemäss Abbildung 11 die Checkliste beim Team Time-out von den 119 erhobenen Checklisten je ausgefüllt.

Über alle drei Punkte hinweg

Mittels einer Kreuztabelle (s. Tab. 3) wurde gerechnet, wie sich der Aspekt der Berufsgruppe über alle drei Punkte auf der Checkliste hinweg verhielt. Von den 119 erhobenen Checklisten wurden insgesamt 70 Checklisten in allen drei Punkten von Anästhesiearbeitenden ausgefüllt (s. Tab. 3; gelb markiert). Dies entspricht 58.8%. Was nicht in die Ergebnisse miteinfluss war, in wie vielen Fällen ein und dieselbe Person alle drei Punkte selbst ausfüllte. Von Interesse war allerdings, welche Berufsgruppe dies tat. Einzig der erste Punkt, die Einschleusung in den OP, wurde 32 Mal vom Lagerungspersonal ausgefüllt (s. Tab. 3; grün markiert), ansonsten war keine andere Berufsgruppe beim Ausfüllen der Checklisten beteiligt.

Tabelle 3

Kreuztabelle Berufsgruppe

Berufsgruppe Einschleusung in den OP * Berufsgruppe Anästhesieeinleitung * Berufsgruppe Team Time-out Kreuztabelle						
Berufsgruppe Team Time-out			Berufsgruppe Anästhesieeinleitung			Gesamt
			keine Angabe	Anästhesie	nicht ausgefüllt	
keine Angabe	Berufsgruppe Einschleusung in den OP	keine Angabe	3	0		3
		Anästhesie	0	1		1
	Gesamt			3	1	
Anästhesie	Berufsgruppe Einschleusung in den OP	keine Angabe		1	0	1
		Anästhesie		70	1	71
		Lagerung		26	1	27
		nicht ausgefüllt		2	3	5
Gesamt				99	5	104
nicht ausgefüllt	Berufsgruppe Einschleusung in den OP	keine Angabe		0	2	2
		Anästhesie		1	0	1
		Lagerung		0	5	5
		nicht ausgefüllt		0	3	3
Gesamt				1	10	11
Gesamt	Berufsgruppe Einschleusung in den OP	keine Angabe	3	1	2	6
		Anästhesie	0	72	1	73
		Lagerung	0	26	6	32
		nicht ausgefüllt	0	2	6	8
Gesamt			3	101	15	119

4.2.3 Zeitpunkt

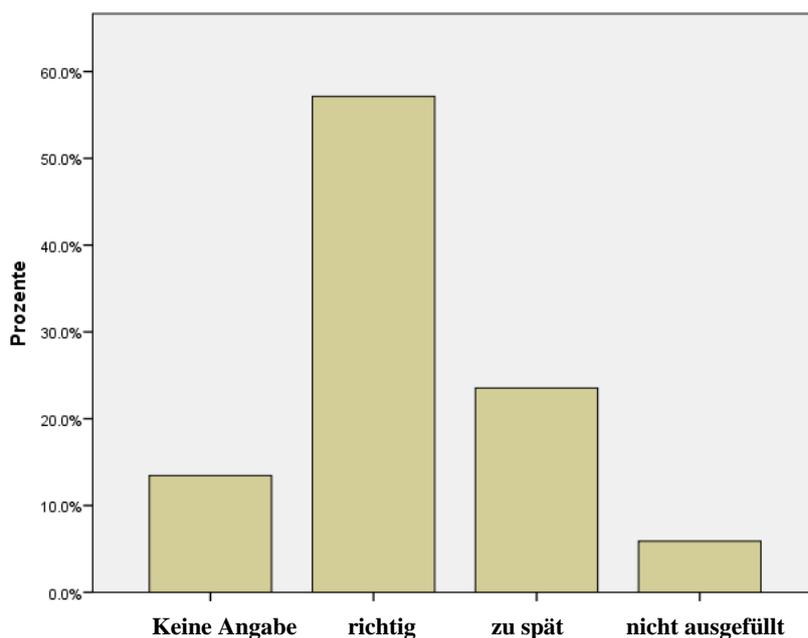
Dieses Unterkapitel thematisiert den Aspekt des Zeitpunktes des Ausfüllens. Folgende Fragestellungen finden dabei Klärung:

3.1 Zu welchem Zeitpunkt werden die drei Punkte auf der Hinterseite der Checkliste ausgefüllt?

3.2 Zu welchem Zeitpunkt wird die Checkliste über alle drei Punkte hinweg ausgefüllt?

1. Einschleusung in den OP

Für den ersten Punkt der Checkliste war es wichtig, dass die Checkliste ausgefüllt worden



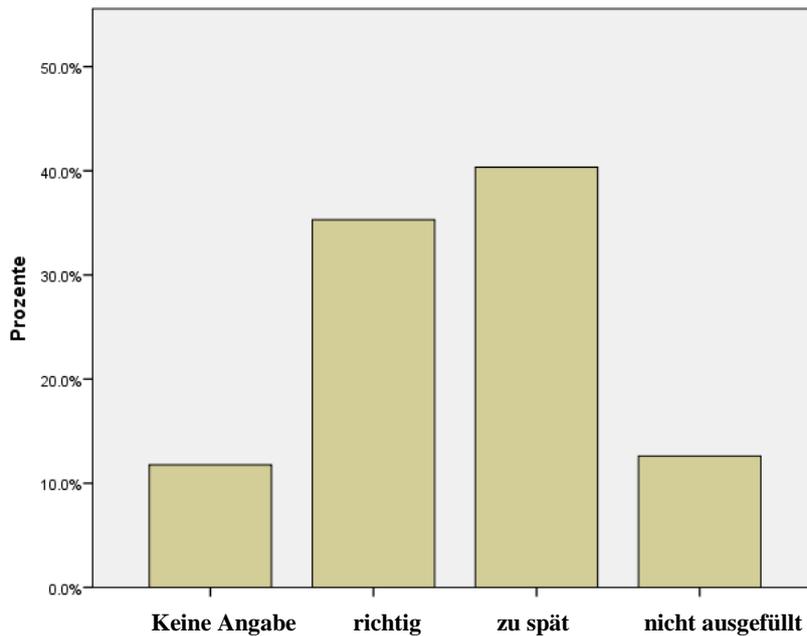
war, bevor der Patient eingeschleust wurde. Dies wurde in 68 der 119 Fälle so umgesetzt, was 57% entspricht (s. Abb. 12). Jedoch wurden 28 Checklisten zu spät ausgefüllt, was 23.5% ausmacht.

Acht Checklisten wurden beim ersten Punkt leer gelassen, und bei 16 Checklisten, 13.4%, konnten keine Angaben zum Zeitpunkt des Ausfüllens eingeholt werden (s. Abb. 12).

Abbildung 12: Der Zeitpunkt des Ausfüllens bei der Einschleusung in den OP

2. Anästhesieeinleitung

Beim zweiten Punkt, der Anästhesieeinleitung, war es wichtig, dass die Checkliste vor der



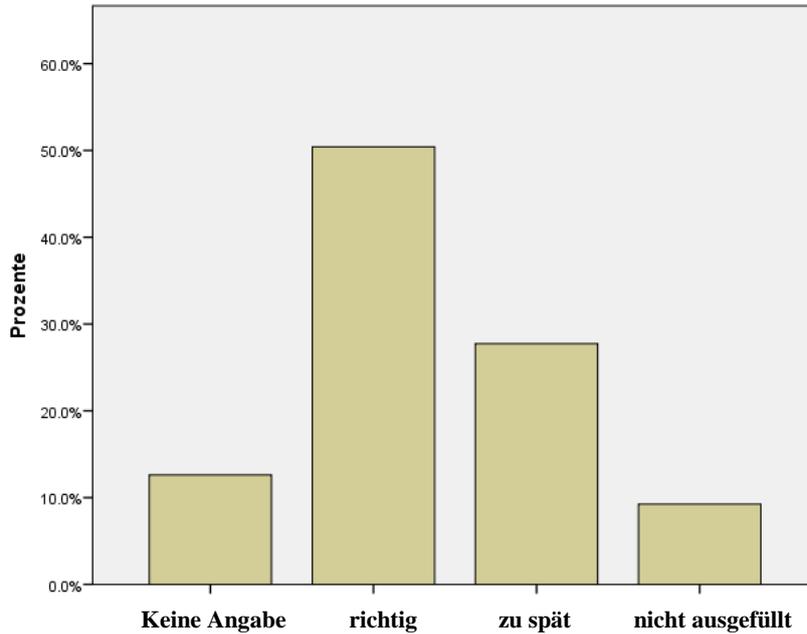
Einleitung der Anästhesie ausgefüllt wurde. Dies wurde jedoch weniger richtig ausgeführt als falsch. 42 der 119 untersuchten Checklisten wurden zum richtigen Zeitpunkt ausgefüllt. Dies entspricht 35.3% (s. Abb. 13). Insgesamt 48 Checklisten wurden zu spät ausgefüllt, dies macht 40.3% aus. 15 Checklisten wurden beim zweiten Punkt nicht bearbeitet, und zu 14 Checklis-

Abbildung 13: Der Zeitpunkt des Ausfüllens bei der Anästhesieeinleitung

ten konnten keine Angaben zum Zeitpunkt des Ausfüllens gemacht werden. Dies entspricht 11.8% (s. Abb. 13).

3. Team Time-out

Die Checklisten sollten von den Ausfüllenden während des Teams Time-out bearbeitet werden.



60 Checklisten wurden zum richtigen Zeitpunkt ausgefüllt, was 50.4% entspricht (s. Abb. 14). Von den 119 untersuchten Checklisten wurden 33 Checklisten erst nach dem Team Time-out, also zu spät, ausgefüllt. Dies machte 27.7% aus. Elf Checklisten wurden beim Punkt Team Time-out leer gelassen, und zu 15 Checklisten konnten über den Zeitpunkt des

Abbildung 14: Der Zeitpunkt des Ausfüllens beim Team Time-out

Ausfüllens keine Angaben gemacht werden. Dies entspricht 12.6%.

Über alle drei Punkte hinweg

Die Ergebnisse des Aspektes Zeitpunkt über alle drei Punkte hinweg fielen folgendermassen aus: Die gerechnete Kreuztabelle (s. Tab. 4) zeigte auf, dass 22 Checklisten über alle drei Punkte hinweg zum richtigen Zeitpunkt ausgefüllt wurden (s. Tab. 4; gelb markiert). Dies entspricht 18.7%. Von den 119 untersuchten Checklisten wurden neun Checklisten über alle drei Punkte hinweg zu spät ausgefüllt, was 7.5% ausmacht (s. Tab. 4; grün markiert). Und identisch zur Tabelle 2, gab es drei Checklisten, die vom 1. bis zum 3. Punkt leer gelassen wurden (s. Tab. 4; blau markiert).

Tabelle 4

Kreuztabelle Zeitpunkt

Zeitpunkt Einschleusung in den OP * Zeitpunkt Anästhesieeinleitung * Zeitpunkt Team Time-out Kreuztabelle							
Zeitpunkt Team Time-out			Zeitpunkt Anästhesieeinleitung				Gesamt
			keine Angabe	richtig	zu spät	nicht ausgefüllt	
keine Angabe	Zeitpunkt Einschleu- sung in den OP	keine Angabe	12	0	0	0	12
		richtig	0	1	1	0	2
		nicht ausgefüllt	0	0	0	1	1
	Gesamt		12	1	1	1	15
richtig	Zeitpunkt Einschleu- sung in den OP	keine Angabe	1	0	0	0	1
		richtig	0	22	21	1	44
		zu spät	0	3	11	0	14
	nicht ausgefüllt	0	0	0	1	1	
Gesamt		1	25	32	2	60	
zu spät	Zeitpunkt Einschleu- sung in den OP	keine Angabe	1	0	0	0	1
		richtig	0	9	6	1	16
		zu spät	0	5	9	0	14
	nicht ausgefüllt	0	1	0	1	2	
Gesamt		1	15	15	2	33	
nicht ausgefüllt	Zeitpunkt Einschleu- sung in den OP	keine Angabe		0		2	2
		richtig		1		5	6
		nicht ausgefüllt		0		3	3
Gesamt			1		10	11	
Gesamt	Zeitpunkt Einschleu- sung in den OP	keine Angabe	14	0	0	2	16
		richtig	0	33	28	7	68
		zu spät	0	8	20	0	28
	nicht ausgefüllt	0	1	0	6	7	
Gesamt		14	42	48	15	119	

4.2.4 Zusammenhang zwischen den acht Faktoren und der Vollständigkeit, dem Zeitpunkt und der Berufsgruppe

Wie dem Beobachtungsraster (Unterkapitel 4.1.2) entnommen werden kann, wurden die Zusammenhänge zwischen acht Faktoren (Datum der Erhebung, Uhrzeit der Operation, Notfall: ja oder nein, Nummer des Operationssaals, Art der Operation, Geschlecht, Geburtsdatum und Versicherung des Patienten) und den drei Aspekten Vollständigkeit, Berufsgruppe und Zeitpunkt gerechnet. Aufgrund der zu kleinen Stichprobe wird auf die Darstellung der Ergebnisse und somit einer Interpretation verzichtet. Dies führt dazu, dass folgende Fragestellung im Rahmen dieser Masterarbeit nicht geklärt wurde:

4.1 Welchen Einfluss haben die zusätzlich erhobenen acht Faktoren auf die Vollständigkeit, die ausfüllende Berufsgruppe und den Zeitpunkt des Ausfüllens?

5. Interviews

Das fünfte Kapitel thematisiert die Erhebung mittels Interviews im Kantonsspital Graubünden. Es wurden während drei Tagen Interviews durchgeführt. Auf Basis der Untersuchung der Checklisten wurden mit Leitfadeninterviews Informationen zu Barrieren, förderlichen Faktoren und Verbesserungsvorschlägen hinsichtlich des Ausfüllens von Checklisten eruiert. Das Leitfadeninterview bzw. das halbstandardisierte Interview ermöglicht in der Interviewsituation zunächst ein regelgeleitetes Vorgehen. Dies bildet dann im weiteren Verlauf des Interviews die Basis für die Offenheit und Flexibilität der Gesprächsführung (Stigler & Felbinger, 2005). Der Interviewleitfaden wird im Vorfeld entwickelt, sodass eine Struktur vorliegt und alle relevanten Aspekte angesprochen werden. Der Vorteil dabei ist, dass während des Interviews auf neue Informationen vertieft eingegangen und die Fragen flexibel eingesetzt werden können (Stigler & Felbinger, 2005). Durch das leitfadengestützte Interview sollten die Teilnehmenden dazu animiert werden, über ihre Meinungen, Erfahrungen und Gedanken in Bezug auf die präoperative Checkliste zu berichten. Wichtig für die Untersuchung waren Einzelinterviews, da die Perspektive des Einzelnen in Bezug auf die Checkliste von nicht geringer Relevanz war. Das Ziel war es, die Interviewpartner unvoreingenommen von ihren Erfahrungen mit der Checkliste zum Erzählen zu bringen. Dies könnte in Gruppendiskussionen dazu führen, dass die Meinung einer Person diejenige der anderen Person beeinflusst und so die eigene Meinung nicht genannt wird (Lamnek, 2010). Gruppeninterviews bergen zudem den Nachteil, dass einzelne Interviewpartner dominieren und dadurch andere kaum zu Wort

kommen. Die Interviewpartner hätten sich alle persönlich gekannt, was gemäss Lamnek (2010) die notwendige Offenheit verhindern kann oder gar zu Konflikten in Gruppendiskussionsverfahren führen könnte.

Im ersten Unterkapitel wird das methodische Vorgehen beschrieben. Anschliessend folgen die Ergebnisse der Interviews.

5.1 Methodisches Vorgehen

Dieses Unterkapitel zeigt die Erhebung und die Auswertung der Interviews sowie das Forschungsdesign auf. Das Forschungsdesign wird im ersten Abschnitt beschrieben, dann folgen die Erhebungs- und Auswertungsmethoden.

5.1.1 Forschungsdesign

Wie die Untersuchung der Checklisten lässt sich auch die Erhebung mittels Interviews in die explorative, Erhebungs- und Auswertungsphase einteilen (s. Abb. 18). Die Daten werden im Kapitel 6.1.2 interpretiert, und im darauffolgenden 7. Kapitel werden die Massnahmen aus den Daten abgeleitet.

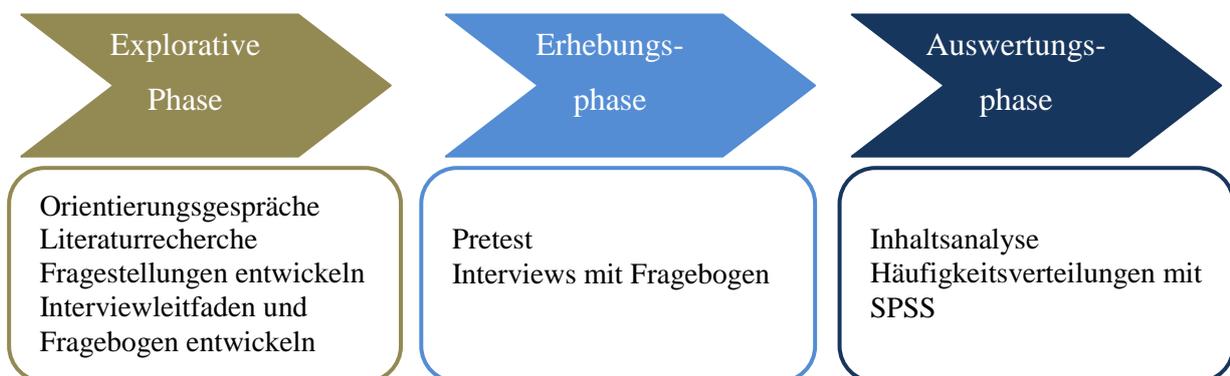


Abbildung 15: Forschungsdesign der Erhebung mittels Interviews

Die explorative Phase beinhaltet zunächst eine Literaturrecherche zum Thema „Barrieren bei der Einführung von präoperativen Checklisten“. Die gefundenen Barrieren wurden in den Fragebogen einbezogen, der während des Interviews von den Interviewpartnern ausgefüllt wurde. Anschliessend folgte während der explorativen Phase die Entwicklung der Fragestellung. Darauf aufbauend konnte der Interviewleitfaden erstellt werden.

5.1.2 Auswahl der Interviewpartner

Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte nach dem Zufallsprinzip aus allen gerade arbeitenden Anästhesiemitarbeitenden, dem Lagerungs- und Operationspflegepersonal und den Chirurgen. Auswahlkriterien waren weder das Alter, das Geschlecht, noch die Anzahl Dienstjahre, einzig die Berufsgruppe. Alle vier Berufsgruppen traten täglich mit der präoperativen Checkliste in ihrem Arbeitsalltag in Kontakt. Aus der Berufsgruppe „Anästhesie“ wurden zwei separate Gruppen gebildet für die Interviews; Anästhesie-Ärzte und Anästhesie-Pflegende. Das Ziel war es, aus allen fünf Berufsgruppen die gleiche Anzahl Personen interviewen zu können. Dies wurde erfolgreich umgesetzt. Es gab je drei Gespräche mit Personen aus der gleichen Berufsgruppe, insgesamt also wurden 15 Interviews geführt. Davon nahmen sieben weibliche und acht männliche Personen teil. Das Alter der teilnehmenden Personen lag zwischen 33 und 62 Jahren. Der Grossteil der Interviewpartner war im Alter zwischen 45 und 55 Jahren. Die Anzahl Dienstjahre der teilnehmenden Personen im Kantonsspital Graubünden variierte zwischen drei und 30 Jahren. In einem ersten Schritt wurde mit dem Praxispartner abgemacht, an welchen Tagen die Interviews durchgeführt werden konnten und wann die fünf Berufsgruppen am besten erreichbar waren. Dann wurden an diesen drei Tagen spontan Personen der interessierenden Berufsgruppe angefragt, ob sie sich eine Stunde Zeit nehmen könnten und wollten für ein Interview. Die angefragten Personen erklärten sich, sofern es von der Arbeit her möglich war, sofort bereit, ein Interview durchzuführen. Andere machten einen Termin zu einem späteren Zeitpunkt am Tag ab, da sie gerade nicht weg von der Arbeit konnten. Dies funktionierte mit vier Berufsgruppen sehr gut. Bei den Chirurgen mussten aufgrund ihres vollen Terminkalenders Daten für die Interviewdurchführung im Voraus per E-Mail abgemacht werden, was auch problemlos funktionierte und Termine für einen der drei Tage abgemacht werden konnten.

5.1.3 Durchführung der Interviews

Bevor das erste Interview stattfand, wurde ein Pretest mit einer Person durchgeführt, welche sich der späteren Stichprobe in Alter und Berufsgruppe ähnelte. Pretest meint eine Voruntersuchung, mit der das Forschungsdesign überprüft und eventuell angepasst werden muss. Die Versuchsperson wurde anschliessend um eine Rückmeldung zum Interview gebeten. Die Reaktionen beinhalteten konstruktives Feedback über die allgemeine Verständlichkeit der Fragen zum einen und über die Struktur des Interviewleitfadens zum anderen. Auf Basis dieser Rückmeldung wurden noch wenige Anpassungen vorgenommen, bis mit den eigentlichen

Interviews gestartet werden konnte. Die Interviews dauerten zwischen 20 und 80 Minuten. Den Teilnehmenden wurde zuerst mitgeteilt, dass das Interview absolut freiwillig und anonym verläuft. Die Interviews wurden, nach Einverständnis der Interviewpartner auf Tonband aufgenommen, sodass die Dokumentation anschliessend einfacher ausfiel. Alle teilnehmenden Personen waren damit einverstanden. Dann wurde die Struktur des Interviews und die Dauer in etwa erklärt. Anschliessend konnte mit dem Interview gestartet werden.

5.1.4 Aufbau des Interviewleitfadens

Es wurde ein Interviewleitfaden entwickelt, dessen Inhalt sich, angepasst an die Fragestellungen, in drei Abschnitte aufteilte. Es wurde für alle 15 Personen derselbe Leitfaden eingesetzt. Der Interviewleitfaden ist im Anhang A zusammengestellt. Im ersten Teil standen Barrieren im Fokus, welche im Spital Chur vorhanden sind und den korrekten Einsatz der präoperativen Checkliste verhinderten. Dafür wurde eine Erzählaufforderung gestellt, und anschliessend wurde das Gespräch mit Aufrechterhaltungsfragen und Nachfragen (Helfferich, 2005) im Fluss gehalten. Anhand der Erzählaufforderung wurde das Ziel verfolgt, die Probanden von sich aus zum Erzählen zu bringen, wie sie den Umgang mit und den Einsatz der Checkliste erleben. Als Aufrechterhaltung des Gesprächs im ersten Teil wurde die Frage zur Nennung von Barrieren gestellt. Dabei ist ein Unterschied zu betonen zwischen spontan genannten Barrieren und Barrieren, die in Aufrechterhaltungsfragen oder im zweiten Teil von der Interviewerin genannt wurden und somit nicht alleine von den Teilnehmenden genannt wurden. Diese Unterscheidung wird im Unterkapitel 5.2 Ergebnisse aufgezeigt. Im zweiten Teil wurden die teilnehmenden Personen dazu aufgefordert, einen einseitigen Fragebogen mit Aussagen zu Barrieren aus der Literatur hinsichtlich ihres Zutreffens im Spital Chur zu bewerten (s. Anhang A). Der Fragebogen bestand aus 23 Aussagen zu Barrieren, die bereits aus der Literatur bekannt waren. Die Interviewpartner mussten auf einer Zustimmungsskala ankreuzen, inwiefern die aufgeführten Barrieren ihrer Meinung nach in Chur zutreffen. Moosbrugger und Kelava (2008, S.52) beschreiben die Zustimmungsskala als „verbale bipolare Skala mit Abstufungen des Zutreffens“. Sie beinhaltet folgende Stufen: Trifft zu – Trifft eher zu – Trifft eher nicht zu – Trifft nicht zu. Die Viererskala wurde deshalb gewählt, damit sich die Interviewten für eine Richtung entscheiden mussten und sich nicht ihrer eigenen Meinung entziehen konnten durch eine Mittelkategorie. Dies barg jedoch den Nachteil, dass die Interviewten bei Entscheidungslosigkeit „keine Antwort“ ankreuzten, welche dann nicht in die Auswertung miteinbezogen wurde. Porst (2011) gibt bis heute keine Empfehlung für eine ungerade oder gerade Skalierung ab. Dies wird von Fall zu Fall neu diskutiert. Im dritten Teil wurden durch

Leitfragen förderliche Faktoren für das Ausfüllen von Checklisten erhoben. Anschliessend wurden Verbesserungsvorschläge erfragt, welche sich entweder auf den Inhalt der Checkliste bezogen oder auf den Umgang mit der Checkliste.

5.1.5 Auswertung der Interviews

Die Auswertung erfolgte in mehreren Schritten (s. Abb. 16). Zuerst wurden die Interviews transkribiert, dann mit Hilfe der Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet. Die Inhaltsanalyse möchte „Kommunikation“ analysieren und dabei systematisch, regelgeleitet und theoriegeleitet vorgehen. Dies hat zum Vorteil, dass in einem überschaubaren Rahmen auf die wesentlichen und konkreten Punkte eingegangen werden kann (Mayring, 2010). Das systematische Vorgehen bei der Analyse ermöglicht es, dass auch andere die Analyse verstehen, nachvollziehen und überprüfen können. Mit theoriegeleitet meint die Inhaltsanalyse, dass nicht einfach ein Text referiert wird, sondern das Material unter einer angewiesenen Fragestellung analysiert wird (Mayring, 2010). Das Herzstück der qualitativen Inhaltsanalyse stellt die Kategorienbildung dar, die stets begründet und theoriegeleitet erfolgen muss. Die Inhaltsanalyse unterteilt sich in zehn Ablaufschritte (s. Abb. 16). Diese werden in diesem Kapitel beschrieben und anhand des vorliegenden Datenmaterials veranschaulicht.

Anschliessend erfolgte die Auswertung der Fragebogen, welche während des Interviews von den Teilnehmenden ausgefüllt wurden anhand des Statistikprogramms SPSS Version 20.

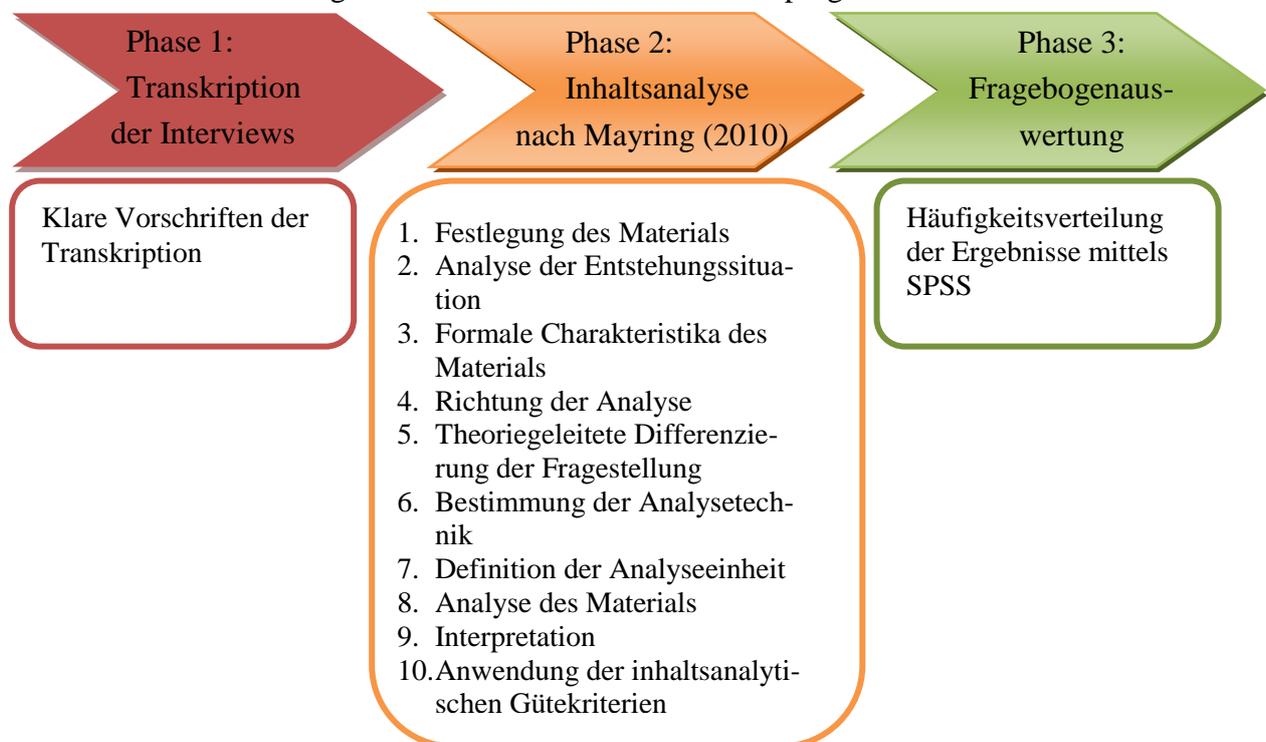


Abbildung 16: Auswertungsplan der Interviews

Phase 1: Transkription

Die Interviews wurden mit einem MP3-Player auf Tonband aufgenommen. Damit sprachliches Datenmaterial analysiert werden kann, wird es verschriftlicht bzw. transkribiert. Das Transkribieren der Audiodateien der Interviews wurde durch das Computerprogramm F5 unterstützt. Dabei handelt es sich um eine Wort-für-Wort-Transkription. Für die Entwicklung einer Transkription werden gemäss O'Connell und Kowal (2010) folgende drei Entscheidungen miteinbezogen:

1. Die Auswahl der zu transkribierenden Verhaltensmerkmale. Dieser Punkt beschreibt, ob aussersprachliche Merkmale des Verhaltens in die Transkription miteinbezogen werden. Dies hängt stark von der Zielsetzung und der Fragestellung des Forschungsprojekts ab. In der vorliegenden Arbeit wurde auf die Transkription von aussersprachlichen (Nicken, Kopfschütteln), parasprachlichen (Tempo, Lautstärke) und prosodischen (Pausen, Gliederungssignale) Inhalten verzichtet. Es wurden lediglich die verbalen Äusserungen zu Papier gebracht, da sich die Fragestellungen ausschliesslich auf die inhaltlich erfragten Erfahrungen der Teilnehmenden bezogen. In Anlehnung an O'Connell und Kowal (2010) wurde ihrer Empfehlung somit Rechnung getragen: Es sollten nur solche Merkmale des Gesprächsverhaltens transkribiert werden, die auch tatsächlich analysiert werden.
2. Die Auswahl von Notationszeichen (z.B. Notierung der Silbendehnung als unterstrichener Buchstabe). Die Transkriptionen wurden ohne spezielle Notationszeichen erfasst. Darauf wurde verzichtet, da sie im Zeichen der Analyse nicht relevant sind. Folgende formale Angaben wurden eingehalten: Die Interviewerin wurde am Anfang einer Zeile mit I: und die Interviewpartner wurden mit IP: am Anfang der Zeile gekennzeichnet. Die Transkriptionen wurden in dem Dialekt verfasst, in welchem gesprochen wurde. Jedes mündlich gesprochene Wort wurde in die Transkription aufgenommen. Mehrfache Wiederholungen von gleichen Wörtern innerhalb einer Aussage wurden nur einmal aufgeschrieben. Alle genannten Namen und Ortsangaben wurden anonymisiert, indem sie durch beliebige Grossbuchstaben ersetzt wurden.
3. Die Auswahl des Transkriptionsformats für die räumliche Anordnung von Gesprächsbeiträgen. Die Transkriptionen der 15 Interviews wurden in der sequentiellen Struktur erfasst. Gemäss Dittmar (2009) beginnen bei der sequentiellen Struktur alle neuen Sprecherbeiträge mit einer neuen Transkriptionszeile. Das Untereinander der Sprecherbeiträge bildet das Nacheinander der Sprecherbeiträge ab. Dittmar (2009) betont, dass sich die sequentielle Struktur besonders bei Zweiergesprächen und Interviews eignet.

Phase 2: Inhaltsanalyse nach Mayring

Für die Auswertung der Transkriptionen wurde die Inhaltsanalyse nach Mayring (2010, ab S. 53) eingesetzt. Diese unterteilt sich in zehn Ablaufschritte (s. Abb. 16).

1. Festlegung des Materials: Zunächst gilt es, die Grundgesamtheit, über die Aussagen gemacht werden sollte, genau zu definieren. Da die 15 Interviews einem Leitfaden gefolgt sind und somit konkret auf die Fragestellungen abzielten, gehörten sämtliche transkribierte Inhalte zur Grundgesamtheit des zu analysierenden Materials.

2. Analyse der Entstehungssituation: Die Beschreibung, von wem und unter welchen Bedingungen das Material produziert wurde, war von grosser Bedeutung. Dieser Schritt wurde bereits in den vorangegangenen Unterkapiteln 5.1.2 und 5.1.3 thematisiert.

3. Formale Charakteristika des Materials: Anschliessend muss beschrieben werden, in welcher Form das Datenmaterial vorliegt. Im vorliegenden Fall ist dies ein geschriebener Text. Die Transkription wurde aufgrund von formalen Angaben verfasst (s. Phase 1: Transkription). Wenn nun das Ausgangsmaterial in den Ablaufschritten 1 - 3 beschrieben wurde, so ist der nächste Schritt sich zu fragen, was daraus interpretiert werden möchte. Da der Text nicht einfach so interpretierbar ist, muss eine spezifische Fragestellung und Richtung der Analyse bestimmt werden. Die Bestimmung der Fragestellung lässt sich in zwei Schritte unterteilen:

4. Richtung der Analyse: In diesem Schritt wird im Voraus festgelegt, in welche Richtung Aussagen über das vorliegende Material gemacht werden sollen. So können etwa Aussagen über den im Text behandelten Gegenstandsbereich gemacht werden, oder über den Autor, über die Wirkung des Textes usw. Im vorliegenden Fall wurde der behandelte Gegenstand beschrieben. Das Projekt, aus dem das Material stammt, ist auf Massnahmen zur Verbesserung des Einsatzes der präoperativen Checkliste ausgerichtet. Durch die Interviews sollen die Probanden dazu angeregt werden, über Barrieren, die das korrekte Ausfüllen der Checklisten behindern, zu berichten. Anhand eines Fragebogens sollten die Probanden bereits in der Literatur bekannte Barrieren bewerten, inwiefern sie auf das Spital Chur zutreffen. Zudem berichteten sie über mögliche förderliche Faktoren, die das Ausfüllen begünstigen und schlugen Verbesserungsvorschläge im Umgang mit der Checkliste und zum Inhalt der Checkliste vor. Nach dem inhaltsanalytischen Kommunikationsmodell ist die Richtung der Analyse also, durch den Text Aussagen über den emotionalen (welche Barrieren existieren gegenüber der Checkliste, wie könnte der Umgang verbessert werden), kognitiven (Bedeutung, Wissen, Erwartungen, Interesse in Bezug auf die Checkliste) und Handlungshintergrund (Intentionen,

bisherige Handlungen, auf Gegenstand und Interagierende bezogen) der Kommunikatoren zu machen.

5. Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung: Wie bereits erwähnt, zeichnet sich die Inhaltsanalyse durch die Regelgeleitetheit und die Theoriegeleitetheit aus (Mayring, 2010). Dies zeigt sich darin, dass die Analyse einer präzisen theoretisch begründeten Fragestellung folgt. Das Material enthielt Aussagen von 15 im Spital Chur arbeitenden Personen, aufgeteilt in die fünf genannten Berufsgruppen über Barrieren, die das korrekte Ausfüllen im Spital Chur behinderten. In der Literatur fanden sich Barrieren, die den Einsatz von Checklisten in Spitälern behinderten. Dabei stand im Interesse, inwiefern diese aus der Literatur bekannten Barrieren auch in Chur zutreffen und welche zusätzlichen Barrieren hier zu finden waren. In diesem Zusammenhang war es jedoch auch von Interesse, welche Faktoren förderlich für das Ausfüllen der Checkliste sind. Denn daraus sollen anschliessend Massnahmen abgeleitet werden, die zu einer Verbesserung der Qualität des Einsatzes der präoperativen Checkliste führen. Daraus leiteten sich die vier Fragestellungen ab, die bereits im Kapitel 1.6 beschrieben wurden.

6. Bestimmung der Analysetechnik: Nach den vorangegangenen Schritten wird für die weitere Analyse ein Ablaufmodell (s. Abb. 17) entworfen, welches je nach Ziel der Interpretation verschieden gestaltet werden kann. In diesem Fall wurde eine inhaltliche Strukturierung bevorzugt, da diese Technik zum Ziel hat, eine bestimmte Struktur aus dem Material herauszufiltern in Form eines Kategoriensystems. In einem ersten Schritt werden die Analyseeinheiten definiert. Anschliessend wird das Kategoriensystem zusammengestellt und die Kategorien definiert mit Hilfe von Ankerbeispielen. Darauf folgt schliesslich der Materialdurchlauf, bei dem die Fundstellen markiert und aufbereitet werden.

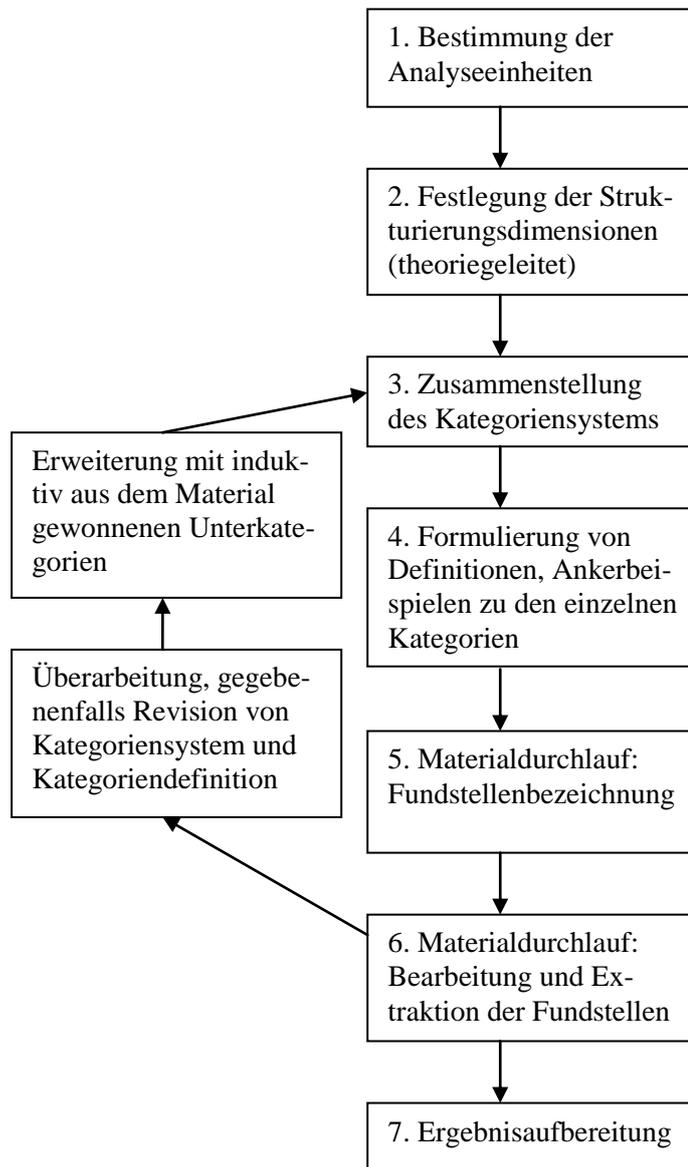


Abbildung 17: Ablaufmodell der strukturierenden Inhaltsanalyse (Mayring, 2010), ergänzt mit Angaben zur vorliegenden Untersuchung

7. Bestimmung der Analyseeinheiten:

Auswertungseinheit: Jede Aussage, die eine persönliche Ansicht und Reaktion auf den Gegenstand beinhaltet, ist von Bedeutung. Daher gilt jede Form der Äusserung im Sinne einer Kommentierung, Argumentation, Bewertung oder generelle Beschreibung des Gegenstandes als Auswertungseinheit. Diese Stellen auf den Transkriptionen wurden farblich markiert.

Kodiereinheit: Wenn also in einer Aussage, die innerhalb der Auswertungseinheit liegt, Anzeichen von Meinungen oder Antworten zum gefragten Gegenstand festzustellen sind, so werden diese Bestandteile markiert. Dies können auch einzelne Sätze oder kurze Phrasen sein.

Kontexteinheit: Die Kontexteinheit legt den grössten Materialbestandteil fest, der unter eine Kategorie fallen kann. In diesem Fall wird das gesamte Material, das zur Auswertung vorliegt, als Kontexteinheit aufgefasst (s. 1. Festlegung des Materials).

In den nächsten drei Schritten 2 - 4 (s. Abb. 17) wurde das Kategoriensystem gebildet. Dabei galt es zunächst, die inhaltlichen Hauptkategorien theoriegeleitet festzulegen. Abgeleitet von den Fragestellungen ergaben sich folgende Hauptkategorien:

1. Barrieren, die im Spital Chur zu finden sind. Diese Kategorie wird aufgeteilt in Barrieren, die spontan von den Interviewten genannt werden (1a) und in Barrieren, die sich aufgrund der Fragebogenauswertung als zutreffend erweisen oder von den Interviewten aufgrund des Ansprechens der Interviewerin genannt werden (1b).
2. Positive Faktoren, die das Ausfüllen der Checkliste fördern.
3. Verbesserungsvorschläge zur Checkliste. Diese Kategorie teilt sich auf in Verbesserungsvorschläge bezüglich des Umgangs mit der Checkliste (3a) und bezüglich des Inhalts der Checkliste (3b).

Diese drei Hauptkategorien wurden deduktiv gebildet. Das bedeutet, dass die Hauptkategorien aus vorangegangenen Theorieüberlegungen entwickelt wurden. Anschliessend folgte die Zusammenstellung des Kategoriensystems (s. Tab. 5 - 7). Dieses wurde in drei Spalten dargestellt. Die Spalte „Kategorie“ beschreibt die Hauptkategorie mit ihren verschiedenen Ausprägungen, die Spalte „Definition“ erklärt, was die Bestandteile der Kategorie sind, und die Spalte „Ankerbeispiele“ zeigt konkrete Beispiele aus den Interviews, die zur jeweiligen Kategorie gehören.

Tabelle 5

Hauptkategorie 1: Barrieren, die im Spital Chur vorhanden sind

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele
1a. IP nennt spontan Barrieren, die in Chur wiederzufinden sind.	Kann Probleme oder Hindernisse benennen, die im KS Chur vorhanden sind, die das korrekte Ausfüllen der präoperativen Checkliste behindern.	„...ond zwor sind das noch nicht bestehende strukturelle abläuf bezüglich em usfülle, also d prozess zum usfülle.“ (Int2, Z6-7) „...aber wir haben kein standardisierten prozess beim timeout. wir haben ein paar punkte gegeben, aber es ist nicht standardisiert vorgegeben, wie dieses timeout zu erfolgen hat, sondern es heisst einfach lapidar beim gespräch zwischen operateur und anästhesist, und das ist das hauptproblem...“ (Int15, Z105-108) <i>Fortsetzung</i>

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele
1b. IP kreuzt mehrere Barrieren auf dem Fragebogen als zutreffend an. IP nennt nicht spontan Barrieren, die in Chur wiederzufinden sind.	Die Aussagen auf dem Fragebogen sind alles Barrieren aus der Literatur, die das korrekte Ausfüllen von Checklisten behindern können. Der IP kreuzt eine oder mehrere Barrieren als zutreffend oder eher zutreffend an.	Auswertung SPSS Version 20, Häufigkeiten

Tabelle 6

Hauptkategorie 2: Positive Faktoren, die das Ausfüllen der Checkliste fördern

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele
2. IP nennt mehrere positive Faktoren, die das Ausfüllen fördern.	Kann Faktoren nennen, die einen förderlichen Einfluss auf das Ausfüllen der Checkliste haben. Dies bedeutet nicht, dass diese Faktoren in Chur vorhanden sind.	„...dass de zettel z überscht uf de unterlage liit.“ Int5, Z133 „...döt isch jo no e frog vo trainings. i ha s gfühl so üebige im team macht s ganze au eifacher...“ Int 7 Z149

Tabelle 7

Hauptkategorie 3: Verbesserungsvorschläge bezüglich des Umgangs mit der Checkliste und des Inhalts

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele
3a. IP nennt Verbesserungsvorschläge bezüglich des Einsatzes/Umgangs mit der Checkliste.	Kann konkrete Aspekte benennen, die im Umgang mit der Checkliste verbessert werden können.	„...information ad lüt, schuelige, training. klari zueständigkeit, verantwortigkeite. noch minere meinig findi bruchts eifach verantwortigkeite...“ Int2 Z232-233 „...üebe, vorwiegend üebe. und immer wiederhole. dass me au a die MA e feedback git, was me demit erreicht...“ Int8 Z125-126 <i>Fortsetzung</i>

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele
3b. IP nennt Verbesserungsvorschläge bezüglich des Inhalts der Checkliste.	Kann konkrete Punkte auf der Checkliste nennen, die verbessert werden sollen (z.B. Formulierung, Gestaltung).	„...jo z.b. das mit dene allergie. überprüft und vorhande, was muesch jetzt achrüzle jo und nei. genau das isch vewirrlisch...zwei seperati pünkt, heter allergie, also vorhande, jo nei. und alles ander muesch nöd döt abfrage...“ Int1 Z92-96 „...was heisst anästhesiemethode, wenn ich das ankreuz...“ Int3 Z164

8. Analyse des Materials: Die Schritte 5 - 7 des Ablaufmodells (s. Abb. 17) stellen den Materialdurchlauf und die Ergebnisaufbereitung dar. Dort werden alle Fundstellen in den Transkriptionen gemäss Kategorien markiert. Diese Fundstellen wurden in Paraphrasen aufgelistet und die genaue Zeilennummer, Interviewnummer und Kategorienzuordnung aufgeschrieben. Die Zuordnung der Fundstellen zu den Kategorien bei der Analyse der 15 Interviews war eindeutig, deshalb wurden keine Kategorien nach dem Materialdurchlauf überarbeitet. Aufgrund der Analyse und der Auflistung der Paraphrasen wurden zu jeder Hauptkategorie Unterkategorien induktiv aus dem Material herausgebildet. Diese werden im Unterkapitel 5.2 Ergebnisse aufgeführt. In der Spalte „Unterkategorie“ wird deren Titel beschrieben, die Spalte „Definition“ beinhaltet die Erklärung der Unterkategorie und welche Aspekte dieser Unterkategorie die Interviewten genannt haben, sodass sie zu dieser gehört. Die Ankerbeispiele unterstreichen die Definitionen mit konkreten Passagen aus den Transkriptionen und wurden, anders als die Hauptkategorien, ins Hochdeutsche übersetzt, damit sie besser verständlich sind.

9. Interpretation der Ergebnisse: Anschliessend wurden die Ergebnisse in Richtung der Hauptfragestellungen interpretiert. Dieser Schritt folgt im Unterkapitel 6.1.2.

10. Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien: Damit die Qualität der Inhaltsanalyse überprüft werden kann, gibt es Gütekriterien. Unter Reliabilität wird verstanden, dass bei einer wiederholten Durchführung der Forschungsoperation dieselben Ergebnisse erreicht werden. Die Interrater-Reliabilität, bei der dieselben Ergebnisse durch einen zweiten Forscher bei einer wiederholten Durchführung gefunden werden, konnte nicht gewährt werden. Dies aufgrund der knappen zeitlichen und personellen Ressourcen und aufgrund des explorativen Charakters der Untersuchung, die zuvor noch nicht an derselben Stichprobe durchgeführt wurde. Die Validität beschreibt die Angemessenheit der Kategoriendefinitionen aufgrund des Theoriedesigns. Diese wurde durch die Forscherin so weit gewährleistet, indem die Passung des Materials zu den Kategorien mehrmalig geprüft wurde. Jedoch muss gesagt sein, dass

diese klassischen Gütekriterien oft mit Kritik auf die inhaltsanalytische Forschung übertragen werden, da mehrmalige Durchführungen von gleichen Verfahren problematisch sein können, denn die Äquivalenz zweier Personen oder Instrumente bei der Analyse von sprachlichem Material ist nur selten nachweisbar (Mayring, 2010).

Phase 3: Fragebogenauswertung

Die Auswertung der 15 Fragebogen, die während der Interviews von den teilnehmenden Personen im zweiten Teil ausgefüllt wurden, erfolgte durch die deskriptive Statistik. Anhand des Statistikprogramms SPSS Version 20 wurden Häufigkeitsverteilungen gerechnet, sodass ersichtlich wurde, welche Aspekte wie häufig von den Probanden als „trifft zu“ oder „trifft eher zu“ und welche Aspekte sie als „trifft nicht zu“ oder „trifft eher nicht zu“ bewertet haben. Vier Aussagen auf dem Fragebogen mussten aufgrund der Formulierung umgekehrt bewertet werden. Dies sind die Nummern 3: „Die Checkliste ist aus meiner Sicht dringend auszufüllen“, 4: „Mir sind die Konsequenzen bewusst, wenn die Checkliste nicht korrekt ausgefüllt ist.“, 16: „Von den Führungskräften wird das Ausfüllen der Checkliste als dringend angesehen.“ und 19: „Die Führungskräfte unterstützen das korrekte Ausfüllen der Checkliste“. Die Aussage 18: „Bereits existierende Prozesse klären Punkte auf der Checkliste im Vorhinein ab“ musste aufgrund der fehlenden Eindeutigkeit gestrichen werden. Einige Personen empfanden diese Barriere des mehrfachen Abklärens in vorgelagerten Prozessen nicht als Barriere, jedoch trotzdem zutreffend und andere empfanden es als Barriere. Somit wurden diese Aussagen nicht in die Bewertung miteinbezogen und schlussendlich insgesamt 21 Aussagen ausgewertet.

5.1.6 Kritische Reflexion des methodischen Vorgehens

Die Durchführung und Auswertung der Interviews weist wichtige Einschränkungen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden müssen. Die Inhaltsanalyse ist ein Grund für die Limitation der Interpretierbarkeit. Die Gütekriterien konnten nicht angewendet werden, da keine Überprüfung der Kategorien und der Inhaltsanalyse durch eine Zweitperson stattgefunden hat. Dies aufgrund der fehlenden personellen Ressourcen. Zudem muss beachtet werden, dass es sich um selbstberichtete Daten der Befragten handelte, die sehr subjektiv sind. Damit verringert sich die Gültigkeit der Intersubjektivität. Andererseits stellt die Stichprobe selber eine Limitation dar. Sie deckt mit 15 interviewten Personen nicht sämtliche Mitarbeitende des OP-Trakts ab. Deshalb ist es nicht möglich, ihre Aussagen auf alle Mitarbeitenden des OP-Trakts zu verallgemeinern. Die Stichprobe war sehr selektiv. Nicht alle Perso-

nen der fünf Berufsgruppen hatten die Möglichkeit, in die Stichprobe zu gelangen. Die Interviews wurden an insgesamt drei Tagen durchgeführt, somit standen eine begrenzte Anzahl Personen zur Verfügung. Es wurden nur diejenigen Personen interviewt, die angeschrieben wurden (Chirurgen) oder die sich während ihrer Arbeit Zeit nehmen konnten. Dies beschränkt die Repräsentativität der Studie.

Ausserdem handelte es sich um Leitfadeninterviews bzw. halbstandardisierte Interviews, dessen Offenheit und Flexibilität es zuliess, den Fokus auf die relevanten Themen der interviewten Personen zu legen. Jedoch konnte dieser Offenheit nicht immer Rechnung getragen werden, da mit der Frage nach den Barrieren, die das korrekte Ausfüllen der Checkliste im Spital Chur behinderten, die Interviewpartner gewissermassen in eine Richtung gedrängt wurden. So wurde durch die offene Einstiegsfrage die Unvoreingenommenheit gewährleistet, was sich jedoch mit der Anschlussfrage bezüglich der Barrieren änderte.

5.2 Ergebnisse

Dieses Unterkapitel zeigt die Ergebnisse der durchgeführten Interviews auf. Es werden die drei Hauptkategorien dargestellt, aufgrund derer die Interviews ausgewertet wurden. Zudem werden die Unterkategorien der jeweiligen Hauptkategorien thematisiert, die sich aus den Interviews heraus ergeben haben. Wie oben im methodischen Vorgehen im Unterkapitel 5.1.5 Auswertung beschrieben wurde, wird in diesem Unterkapitel die Analyse des Materials und deren Interpretation im Fokus stehen. Gemäss der Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) sind das die Schritte acht und neun. Die erste Hauptkategorie zeigt in der Kategorie 1a Barrieren auf, welche die Interviewpartner spontan auf die Erzählaufforderung der Interviewerin erwähnt haben. Diese in den Kategorien 1a genannten Barrieren konnten induktiv in 12 Unterkategorien eingeteilt werden (s. Tab. 8). Die Kategorie 1b beschreibt Barrieren, die aufgrund des Ansprechens der Interviewerin von den Interviewpartnern berichtet wurden oder aufgrund des Fragebogens zu den Barrieren, die aus der Literatur bereits bekannt waren und als zutreffend angekreuzt wurden (s. Tab. 9). Die Kategorie 2 beinhaltet von den Interviewpartnern erwähnte Faktoren, welche das Ausfüllen der Checklisten fördert. Diese wurden in elf Unterkategorien eingeteilt (s. Tab. 12). Die Kategorie 3 zeigt Verbesserungsvorschläge von den Interviewpartnern in Bezug auf den Umgang mit der Checkliste (Kat. 3a; s. Tab. 13) und in Bezug auf den Inhalt der Checkliste (Kat. 3b; s. Tab. 14).

5.2.1 Spontan erwähnte Barrieren

Die acht männlichen und sieben weiblichen Interviewten zählten spontan Barrieren auf, die sie in ihrem Alltag als Gründe dafür sahen, dass die Checklisten nicht korrekt ausgefüllt wurden. Die Ergebnisdarstellung dieses Unterkapitels klärt folgende Fragestellung auf:

5.1 Welche von den Interviewten spontan erwähnte Barrieren behindern das korrekte Ausfüllen der Checklisten im Spital Chur?

Diese der Kategorie 1a zugehörigen Barrieren wurden in 12 Unterkategorien eingeteilt.

Tabelle 8

Hauptkategorie 1a: Spontan erwähnte Barrieren

Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele
1. Zeitdruck	Nennt Aspekte des Faktors Zeitdruck als Barriere dafür, dass die Checklisten nicht korrekt ausgefüllt werden.	„Vielleicht denkt man, man hat keine Zeit, es muss alles schnell gehen. In der Schleuse darf man nicht 5 min stehen. Sonst heisst es, was machen die denn so lange dort draussen.“ (Int5, Z50-51)
2. Fehlende Struktur	Nennt das Fehlen eines standardisierten Ablaufs, einer Struktur als Barriere. Diese sollte erklären, wie das Ausfüllen der Checkliste genau funktioniert.	„Und zwar sind das noch nicht bestehende strukturelle Abläufe bezüglich des Ausfüllens, also Prozess zum Ausfüllen.“ (Int2, Z6-7)
3. Schnelle Einführung mit fehlender Schulung	Benennt die Einführungsphase der Checkliste als sehr kurz und ohne Schulungen, um den Umgang mit der Checkliste zu trainieren.	„...ich glaube die ganze Einführung ist einfach sehr schnell gegangen...“ (Int2, Z13) „Also der Zeittermin, wir haben die Leute nicht wirklich geschult.“ (Int4, Z17)
4. Routineeingriff	Nennt Routineoperationen als Barriere, dass die Checkliste nicht vollständig ausgefüllt wurde.	„Also wenn es ein Routineeingriff ist, dann sagt sicher kein Mensch etwas zu den Critical Events, habe ich noch nie gehört.“ (Int7, Z74-75) „Wenn es kein Routineeingriff mehr ist, dann ist das Team Time-out viel aktiver. Dann geht man nach Reihenfolge, wie gehen wir vor, dort ist es ganz etwas anderes.“ (Int12, Z112-114)
5. In Gedanken ausgefüllt	Beschreibt als Barriere das mentale Durchgehen der Checkliste, sodass sie nachher nicht ausgefüllt wird.	„Man hat es im Kopf bereits gemacht bei der Anästhesieeinleitung.“ (Int9, Z38)

Fortsetzung

Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele
6. Fehlender Mit- einbezug aller Beteiligten, somit Dialog zwischen Chirurg und An- ästhesiemitarbei- tenden	Nennt die fehlende Beteiligung aller OP-Teammitglieder als Barriere.	„Eigentlich ginge es ums Team. Und zwar ums gesamte Team. Ganz objektiv betrachtet, gesamtes Team, das bei einer OP beteiligt ist und möglicherweise sicherheitsrelevante Aspekte nennen könnte. Aber der Part der Pflege wird praktisch nicht gelebt, weil Sie sich in dem Gespräch gar nicht einklinken können, weil sie ja gar nichts zu sagen haben.“ (Int15, Z121-125)
7. Unverständnis, Sinn nicht verstehen	Nennt das Fehlen an Wissen bezüglich des Sinns des Ausfüllens der Checkliste, als auch bezüglich des Ausfüllens von einzelnen Punkten auf der Checkliste als Barriere.	„Ich glaube, dass manche noch nicht verstanden haben, dass das ein Instrument zur Qualitätssicherung ist.“ (Int3, Z78) „Ich muss Dinge ankreuzen, wo ich nicht weiss, kreuz ich das mit ja oder nein an.“ (Int3, Z35-36)
8. Ungereimtheiten in der Schleuse	Beschreibt als Barriere, dass es häufig zu einer Missstimmung in der Schleuse zwischen den Stationsschwestern und dem Lagerungspersonal kommt.	„Wir haben mit den Schwestern praktisch keinen Kontakt. Man redet auch nicht miteinander.“ (Int11 Z83-84) „Aber vielfach kommen sie von der Abteilung, die Checkliste ist abgehakt, aber der Patient hat noch den Ring an.“ (Int11 Z53-54)
9. Beteiligte Personen	Nennt als Barriere, wenn zu viele Personen aus derselben Berufsgruppe an einem Patienten beschäftigt sind.	„Ich glaube je mehr Leute beteiligt sind bei der Anästhesie, desto weniger ist diese Checkliste im Vordergrund.“ (Int3, Z51-52)
10. Schichtwechsel	Ein Schichtwechsel in der Anästhesie zwischen dem 1., 2. oder 3. Punkt der Checkliste kann zu unvollständigem Ausfüllen führen und wird somit als Barriere genannt.	„Sicher auch der Zeitpunkt des Patienten, wann er reinkommt. Kein Problem wenn er in der Frühschicht reinkommt, aber sonst ein Problem, wenn ein Schichtwechsel stattfindet.“ (Int13, Z57-59). <i>Fortsetzung</i>

Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele
11. Vorhang als Trennung	Der Vorhang im OP-Saal führt zur Trennung zwischen Anästhesie und Chirurgie was als Barriere für das korrekte Ausfüllen ist.	„Es kann sein, dass das Symbol von diesem Vorhang wirklich zu einer Trennung zwischen Anästhesist und Chirurgen führt.“ (Int12, Z160)
12. Sicherheitskultur	Nennt als Barriere die fehlende einheitliche Definition von Sicherheitskultur im gesamten Spital.	„Ich glaube, jeder hat so sein eigenes Modell im Kopf, was er findet, was Sicherheitskultur bedeutet und wie Sicherheitskultur in so einem OP gelebt wird.“ (Int15, Z246-247)

Zeitdruck

Häufig erwähnt wurde der Faktor Zeit. Vor allem in der Lagerung sind die Personen sehr unter Zeitdruck, da alles sehr schnell gehen muss. Wenn die Anästhesieeinleitung mehr Zeit beansprucht als geplant, liegt es an der Lagerung, diese Zeit während der Vorbereitung im OP-Saal wieder aufzuholen. Auch während des Teams Time-out geht alles sehr schnell vonstatten, damit zügig mit der Operation begonnen werden kann und der nächste Patient bereits wieder eingeschleust werden kann. Dafür bleibt weniger Zeit, die Checklisten auszufüllen.

Fehlende Struktur

Für die korrekte Anwendung der Checkliste fehlen strukturelle Vorgaben bzw. die Struktur eines Standardisierungsprozesses. Dies ist vor allem beim Team Time-out der Fall.

Schnelle Einführung mit fehlender Schulung

Eine Struktur und genaue Erklärung der Anwendung der Checkliste wurde während der Einführung nicht gegeben. Die Einführung dauerte nur sehr kurz. Es wurden keine Übungen und Trainings zur Anwendung der Checkliste angeboten. Dadurch, dass für die Checkliste eine knappe Einführung erfolgte, gibt es für die beteiligten Personen einen gewissen Freiraum, wie eingehend die Checkliste angewendet wird. So wird sie ausführlicher vom Chirurgen durchgegangen, wenn sie auch die Anästhesie detaillierter macht.

Routineeingriff

Bei Routineeingriffen werden häufig Punkte auf der Checkliste nicht genannt, da sonst gemäss Interviewpartnern die Gefahr der Unterhöhung des Systems bestehen könnte. So werden zum Beispiel Critical Events bei Routine Operationen nicht erwähnt. Und gemäss Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern bedeutet es, wenn ein Punkt auf der Checkliste vom Chirurgen nicht genannt wird, dass der Punkt nicht relevant ist. Wenn es eine spezielle Operation gibt, wird die Checkliste besser ausgeführt, weil dann die speziellen Punkte eher realisiert werden (wie z.B. spezielle Hygienemassnahmen). Deshalb checkt die Führung beim Team Time-out jeweils nur die für die Operation relevanten Punkte, und über die restlichen Punkte wird stillschweigend hinweggesehen. Somit wird auch der Punkt „gesamtes Team einverstanden“ grosszügig übergangen, denn die Personen denken sich, wenn nichts gesagt wird, werden die Beteiligten auch einverstanden sein, ansonsten hätten sie sich gemeldet.

In Gedanken ausgefüllt

Häufig genannt wurde, dass die Checkliste mental bereits durchgegangen wurde und sie deshalb entweder erst im Nachhinein ausgefüllt wird oder sogar vergessen gegangen wird.

Fehlender Miteinbezug aller Beteiligten, somit Dialog zwischen Chirurg und Anästhesiearbeitenden

Während der Einführung wurde das OP-Pflegepersonal bewusst nicht mit der Checkliste vertraut gemacht. Somit wird das Team Time-out vor allem als Gespräch zwischen Chirurg und Anästhesie geführt. Dies hat zur Folge, dass die Punkte auf der Checkliste zwar angesprochen werden, jedoch die Checkliste nicht Punkt für Punkt abgearbeitet wird und die OP-Pflege und Lagerung nicht beteiligt sind. Dies bringt die Gefahr der Unvollständigkeit oder des zu späten Ausfüllens mit sich. Es ist also heute weniger ein Abfragen der einzelnen Punkte auf der Checkliste als mehr ein Gespräch zwischen Chirurgen und Anästhesisten. Diese halten die Checkliste eher als Leitfaden für sich und können dann individuell wählen, wie detailliert sie die Checkliste durchgehen sollen. Von einer Person wurde erwähnt, dass er/sie ja nicht in der Schule sei und mit dem Zettel während des Teams Time-out dort stehe und die Punkte abfrage und somit die Checkliste erst während des Hautschnitts ausfülle.

Unverständnis, Sinn nicht verstehen

Zum einen gehört hier der Punkt des Nichtverstehens, wieso diese Checkliste überhaupt ausgefüllt werden soll. Dies wurde bei der Einführung zu wenig genau erklärt. Zum anderen bestehen im OP-Saal sehr grosse Kompetenzunterschiede zwischen den Parteien, was dazu führen kann, dass die eine Partei nicht gross auf die andere, vermeintlich schlechtere Partei eingeht oder etwa ein Votum erwartet. Häufig kennt das beteiligte OP-Pflegepersonal das zu brauchende Instrumentarium des Operators nicht und weiss somit nicht, was es genau bereitlegen muss. Auch weiss der Chirurg manchmal nicht, wer ihm überhaupt assistiert bzw. wer sonst noch alles an der Operation beteiligt ist. So kennt er auch den Namen des Patienten nicht immer. Auch der Inhalt der Checkliste birgt im Moment noch Gefahr für Verwirrung. Einige Punkte darauf sind nicht eindeutig formuliert, sodass es nicht ganz klar ist, was wann angekreuzt werden muss. Auch fehlt dem OP-Pflegepersonal während einer Lokalanästhesie das Fachwissen um beurteilen zu können, ob der Patient stabil ist oder nicht. Es fehlt auch das Wissen darüber, was mit diesen Checklisten nach dem Ausfüllen passiert. Ob diese Checkliste überhaupt noch einmal in die Hände genommen oder einfach abgelegt wird.

Ungereimtheiten in der Schleuse

Häufig nimmt das Personal der Lagerung den Patienten von der Station in Empfang, und die Checkliste wurde zwar auf der Vorderseite vollständig ausgefüllt, jedoch hat der Patient immer noch die Nägel lackiert oder trägt einen Schmuck. Dies führt zu Diskussionen und Missstimmung in der Schleuse, welche zu Unvollständigkeit der Checkliste führen kann. Auch zwischen den Anästhesiearbeitenden und dem Lagerungspersonal herrschen solche Ungereimtheiten, wenn die Lagerung die Punkte der Einschleusung abgehakt hat und die Anästhesie gleich nochmals alles fragt oder aber der Lagerung ins Wort fällt. Es gibt auch Fälle, wo die Lagerung die Punkte abfragt, jedoch keine Unterschrift darunter setzt, was dazu führt, dass die Anästhesiearbeitenden die Punkte nochmals durchgehen müssen. Jedoch wird die Checkliste auch nicht vollständig ausgefüllt, wenn dieselbe Person den Patienten in der Schleuse abholt und die Anästhesieeinleitung erledigt. Auch herrscht zwischen der Abteilung und der Lagerung ein Kommunikationsdefizit. Es wird nicht viel miteinander geredet.

Beteiligte Personen

Als weitere Barriere stellt sich heraus, dass, je mehr Personen am Patient beteiligt sind, desto weniger Aufmerksamkeit der Checkliste geschenkt wird. Auch persönliche Eigenschaften wie Faulheit und Ungeduld können dazu führen, dass die Checkliste erst zu spät oder unvollständig ausgefüllt wird. Auch fragen einige Personen nach, wenn Punkte auf der Checkliste vom Chirurgen ausgelassen wurden, und einige sagen nichts. So wurde am Anfang bei der Einführung der Checkliste noch häufiger das Votum ergriffen als zum jetzigen Zeitpunkt.

Schichtwechsel

Ein Schichtwechsel zwischen dem 1., 2. oder 3. Punkt der Checkliste kann auch dazu führen, dass die Checkliste unvollständig entgegengenommen wird. Wenn eine Person beim Team Time-out den Patienten übernimmt, kam es somit schon vor, dass die ersten beiden Punkte leer blieben (Einschleusung und Anästhesieeinleitung).

Vorhang als Trennung

Ein Gedanke eines Interviewpartners besagt, dass der Vorhang bei einer Operation eine räumliche Trennung zwischen dem Operateur und den Anästhesisten bedeutet, was dazu führen kann, dass der Operateur bereits mit dem Hautschnitt beginnt, anstatt sich noch den Punkten der Anästhesiearbeitenden zu widmen und genau zuzuhören.

Sicherheitskultur

Es besteht im Kantonsspital Graubünden keine übereinstimmende Definition von Sicherheitskultur. Dies führt dazu, dass sich der Einzelne eine eigene Definition aufstellt und somit auch die Checkliste gemäss dieser Definition ausfüllt und durchgeht. Deshalb gibt es gemäss den Interviewten Unterschiede hinsichtlich des korrekten Ausfüllens der Checkliste.

5.2.2 Nicht spontan erwähnte Barriere und Barrieren aus der Literatur

Die Unterkategorie *Führung als fehlendes Vorbild* hat sich aus denjenigen Interviews ergeben, die Aussagen beinhalteten, welche nicht spontan von den Interviewpartnern erwähnt wurden, sondern erst aufgrund des Ansprechens der Interviewerin bestätigt wurde. Die nachfolgend aufgezeigten Barrieren gehören zur Kategorie 1b. Dieses Unterkapitel klärt folgende Fragestellung:

5.2 Welches sind aus der Literatur bekannte Barrieren, welche das Ausfüllen von Checklisten im Spital Chur behindern?

Tabelle 9

Hauptkategorie 1b: Nicht spontan erwähnte Barriere

Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele
1. Führung als fehlendes Vorbild	Aufgrund des konkreten Nachfragens der Interviewerin wurde diese Barriere genannt. Die Führung fehlt als Vorbild für das korrekte Ausfüllen der Checkliste.	„Es gibt meiner Meinung noch zu wenig die es richtig perfekt machen (Führungskräfte). Könnte auch ein Grund sein, wieso es die anderen nicht richtig machen.“ (Int11, Z66-68) „... (Über die Führung) Also qualitativ so zwischen 5 und 6 (max. 10). Aber ist natürlich klar, sie checken auch nur die Punkte, die für den Eingriff relevant sind.“ (Int8, Z38-39)

Führung als fehlendes Vorbild

Jeder Chirurg hat einen individuellen Spielraum, wieviel er beim Team Time-out nennt. Dies sind meistens nur die relevanten Punkte, und über die anderen wird hinweggesehen. Auch die Führung wird so dargestellt, dass sie den Umgang mit der Checkliste nicht Punkt für Punkt durchgeht, sondern gerade das, was für sie wichtig erscheint. Es wurde auch angesprochen, dass es nicht alle Chirurgen nötig finden, diese Checkliste abzuarbeiten.

Die Kategorie 1b beinhaltet neben der nicht spontan genannten Barriere *Führung als fehlendes Vorbild* die Fragebogenauswertung zu Barrieren, die in der Literatur bereits bekannt waren. Anhand der Auswertung des Fragebogens konnte festgestellt werden, welche Barrieren in Chur gemäss Bewertung der 15 Interviewten eher zutreffen oder zutreffen und welche Barrieren eher nicht zutreffen oder nicht zutreffen. Diese unterschieden sich in Barrieren, bei denen mindestens eine Person „trifft eher zu“ oder „trifft zu“ angekreuzt hatte (s. Tab. 10) und in Barrieren bei denen keine Person „trifft zu“ oder „trifft eher zu“ angekreuzt wurde (s. Tab. 11).

Im Folgenden werden diese beiden Varianten mit den Ergebnissen dargestellt.

Tabelle 10

Barrieren, bei denen mindestens eine Person „trifft eher zu“ oder „trifft zu“ angekreuzt hat

Aussage auf dem Fragebogen	Anzahl „trifft zu“	Anzahl „trifft eher zu“
Für den Umgang mit der Checkliste fehlen Trainings.	8	2
Die Checkliste ist aus meiner Sicht nicht dringend auszufüllen.	1	0
Mir sind die Konsequenzen nicht bewusst, wenn die Checkliste nicht korrekt ausgefüllt ist.	1	1
Das Team hat eine negative Einstellung gegenüber der Checkliste.	0	3
Die Inhalte der Checkliste sind nicht sinnvoll.	0	1
Das Ausfüllen der Checkliste ist eine zeitraubende Tätigkeit	1	1
Das Ausfüllen der Checkliste erreicht keinen offensichtlichen Effekt.	1	0
Die Checkliste wird als „Häkchensetzen“-Übung angeschaut.	0	4
Aufgrund der mehrfachen Abfrage von gleichen Punkten auf der Checkliste ist das Ausfüllen nicht sinnvoll.	0	1
Das Checklistendesign ist verbesserungswürdig.	3	1
Beim mehrmaligen Abfragen von gleichen Punkten auf der Checkliste wird der Patient beunruhigt.	0	5
Es bestehen Kommunikationsdefizite bezogen auf die Checkliste zwischen Chirurgen und Anästhesisten.	0	2
Es bestehen Kommunikationsdefizite bezogen auf die Checkliste (Fehlen von zwischenmenschlichem Austausch untereinander) zwischen Anästhesisten und Lagerung.	5	0
Das Spital Chur hat zu wenig Personal für das Ausfüllen der Checkliste.	1	0
Die Führungskräfte unterstützen nicht das korrekte Ausfüllen der Checkliste.	1	2

Tabelle 11

Barrieren, bei denen keine Person „trifft eher zu“ oder „trifft zu“ angekreuzt hat

Aussage auf dem Fragebogen
Die Inhalte der Checkliste sind nicht verständlich.
Auch wenn die Checkliste vollständig ausgefüllt wird, kann das Risiko für den Patienten nicht verkleinert werden.
Das Ausfüllen der Checkliste erreicht keinen offensichtlichen Effekt.
Von den Führungskräften wird das Ausfüllen der Checkliste nicht als dringend angesehen.

5.2.3 Förderliche Faktoren

Die Interviewpartner zählten Faktoren auf, die aus ihrer Sicht förderlich für das Ausfüllen der Checkliste sind. Die genannten Faktoren bedeuten jedoch nicht, dass sie im Spital Chur vorhanden sind. In diesem Unterkapitel findet die nachfolgende Fragestellung Klärung:

6.1 Welche Faktoren fördern das Ausfüllen der präoperativen Checkliste?

Im Folgenden werden die elf Unterkategorien der Hauptkategorie 2 beschrieben.

Tabelle 12

Hauptkategorie 2: Förderliche Faktoren

Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele
1. Ernst nehmen	Nennt als förderlichen Faktor, dass das Ausfüllen der Checklisten von allen Parteien ernst genommen wird.	„Wenn jeder das ernst nimmt, auch die von der Abteilung.“ (Int1, Z82)
2. Weniger Dinge vergessen	Beschreibt als förderlichen Faktor für das Ausfüllen der Checkliste, dass wichtige Punkte weniger vergessen gehen.	„Dass gewisse Medikamentenapplikationen, Antibiosen nicht mehr vergessen gehen. Das hat sich stark verbessert.“ (Int2, Z220-221)
3. Gutes Teamgefühl	Sieht als förderlichen Faktor, dass das Teamgefühl wächst aufgrund der Checkliste und dadurch mehr untereinander geredet wird.	„Das eine ist sicher die Kommunikationskultur, Hierachiestufe. Also wie man sonst miteinander redet.“ (Int12, Z217-219)

Fortsetzung

Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele
4. Wissen motiviert	Nennt das Vorhandensein von Wissen über die Checkliste als förderlich für das korrekte Ausfüllen.	„Mich motiviert, weil ich weiss, dass es das braucht und dass das funktioniert. Und ich glaube das knowledge dafür zu haben. Ich glaube das ist es. Wissen motiviert. Nicht-wissen, hm, was solls.“ (Int3, Z126-128)
5. Vollständigkeit von Dokumenten	Als förderlicher Faktor wird genannt, dass wenn jemand vollständige Dokumente besser mag, wird auch die Checkliste vollständig ausgefüllt.	„Ich habe gerne vollständige Dokumente.“ (Int3, Z124)
6. Ins Gespräch kommen mit den Patienten	Beschreibt als förderlicher Faktor, dass durch das Ausfüllen der Checkliste das Lagerungspersonal und die Anästhesiearbeitenden bei der Einschleusung in den OP mit den Patienten ins Gespräch kommen.	„So kommst du noch ein bisschen in ein Gespräch mit dem Patient. Manchmal noch ein Spässchen, ich habe das noch gern. Sonst redet man ja nicht viel mit dem Patient.“ (Int14, Z84-86)
7. Oben auf den Patientenunterlagen liegen	Nennt als förderlichen Faktor, dass die Checkliste bei den Patientenunterlagen zuoberst auf den Unterlagen liegen sollte, bis sie vollständig ausgefüllt ist.	„Dass der Zettel zuoberst auf den Unterlagen liegt.“ (Int5, Z133)
8. Standardisierung	Sieht als förderlichen Aspekt, dass das Ausfüllen der Checkliste zu einem standardisierten Prozess werden muss, so würde sie korrekter ausgefüllt werden.	„Wichtig ist, dass man es zum Standard macht. Und obligatorisch erklärt. Dass man es lebt, dass es keine Diskussionen gibt. Es gehört einfach dazu wie Hände waschen.“ (Int4, Z136-137)
9. Führung als Vorbild	Berichtet, dass die Unterstützung der Führungskräfte für das korrekte Ausfüllen fördert den korrekten Einsatz der Checkliste.	„Es Vorleben, die Führung als absolute Selbstverständlichkeit. Das macht man, dahinter stehen wir. Das finde ich etwas vom wichtigsten.“ (Int4, Z139-140)
10. Sicherheit im Vordergrund	Nennt das Wissen, dass es um die Sicherheit des Patienten geht als förderlichen Faktor.	„Weil es für den Patienten Sicherheit bedeutet, das ist der Hauptgrund.“ (Int9, Z128) <i>Fortsetzung</i>

Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele
11. Mentale Vorbereitung für Operation	Nennt als förderlicher Faktor für ein korrektes Ausfüllen, dass durch die Punkte auf der Checkliste die bevorstehende Operation noch einmal mental durchgegangen wird.	„Es ist auch eine mentale Vorbereitung vor dem Operieren. Dass man es sich nochmals überlegt, nochmals im Kopf durchgeht.“ (Int13, Z170-171)

Ernst nehmen

Wenn jede Person, die mit der Checkliste in Berührung kommt, das Ausfüllen der Checkliste ernst nimmt, bewirkt dies einen positiven Einfluss auf das korrekte Ausfüllen der Checkliste.

Weniger Dinge vergessen

Die Checkliste gibt Punkte vor, damit diese nicht vergessen gehen. Dies bedeutet für die Interviewpartner ein positiver Aspekt, d.h. die Checkliste wird besser ausgefüllt.

Gutes Teamgefühl

Dank der Checkliste hat sich das Teamgefühl insgesamt verbessert sowie auch die Kommunikationskultur. Durch die Checkliste wird zwischen den einzelnen Berufsgruppen häufiger geredet, was das korrekte Ausfüllen ebenfalls fördert.

Wissen motiviert

Das Wissen, das über die Checkliste besteht, motiviert, dass die Checkliste besser ausgefüllt wird. Deshalb ist es wichtig, dass alle Personen über die Checkliste informiert werden und Übungen im Team durchgeführt werden. Auch, dass dadurch eine optimale Qualität gewährleistet wird, fördert das Ausfüllen.

Vollständigkeit von Dokumenten

Die Philosophie, dass nur vollständige Dokumente zu etwas gut sind, motiviert und fördert das korrekte Ausfüllen der Checkliste.

Ins Gespräch kommen mit den Patienten

Vor allem in der Schleuse kommt das Lagerungspersonal mit den Patienten durch die Checkliste ins Gespräch, was für sie sehr erfreulich ist. Deshalb füllen sie die Checkliste gerne aus.

Oben auf den Patientenunterlagen liegen

Wenn die Checkliste zuoberst auf den Patientenunterlagen liegt, wird sie eher ausgefüllt, da sie sofort gesehen wird.

Standardisierung

Förderlich wäre auch, wenn die Checkliste standardmässig gebraucht wird, dass sie ein Teil des Prozesses wird und eine Art Routine im Umgang und Einsatz mit der Checkliste erreicht wird. Positiv an der Checkliste ist, dass von ihr für alle Operationen, egal welche Bereiche, Gebrauch gemacht werden kann.

Führung als Vorbild

Förderlich für das Ausfüllen ist es, wenn die Führung als gutes Vorbild vorausgeht und die Checkliste korrekt ausfüllt. Dies motiviert die Mitarbeitenden, dies ebenfalls korrekt gleichzutun.

Sicherheit im Vordergrund

Das Wissen, dass die Sicherheit des Patienten im Vordergrund steht und gesteigert wird durch das korrekte Ausfüllen der Checkliste ist ein positiver Aspekt. Zudem gibt dies der ausfüllenden Person eine innere Sicherheit, dass sie sich darauf verlassen kann, dass wichtige Punkte geprüft wurden und somit beispielsweise das richtige Bein amputiert wird. Besonders die Sicherheit im Team steht im Vordergrund, denn durch das Ausfüllen der Checkliste wird das Team geschützt falls irgendetwas passiert, wissen sie, dass sie die Sicherheitsvorkehrungen bestmöglich getroffen haben.

Mentale Vorbereitung für OP

Für die Chirurgen gilt die Checkliste nochmals als mentale Vorbereitung darauf, was nachher kommt, was operiert wird, mit welchem Zugangsweg, was für Probleme kommen können usw. Dies fördert das korrekte Ausfüllen der Checkliste.

5.2.4 Verbesserungsvorschläge bezüglich des Umgangs mit der Checkliste

Dieses Unterkapitel thematisiert Verbesserungsvorschläge der 15 Interviewten, welche sich auf den Umgang mit und den Einsatz der Checkliste beziehen. Diese Verbesserungsvorschläge gehören zur Kategorie 3a. Folgende Fragestellung wird geklärt:

7.1 Was sind Verbesserungsvorschläge bezüglich des Umgangs mit der Checkliste?

Tabelle 13

Hauptkategorie 3a: Verbesserungsvorschläge bezüglich des Umgangs mit der Checkliste

Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele
1. 4-Augenprinzip Lagerung	Nennt als Verbesserungsvorschlag die Einführung, dass die Anästhesie und die Lagerung auf die Checkliste schauen in der Einschleusung.	„Bei der Umlagerung sollte zusammen mit der Lagerung das 4-Augenprinzip gemacht werden. Dass sie auch nochmals drauf schauen.“ (Int1, Z87-88)
2. Klare Zuständigkeiten	Als Verbesserungsvorschlag wird genannt, dass die Zuständigkeiten und Rollenverteilungen für den Einsatz der Checkliste klar definiert werden müssen.	„Es sollte jemand geben, der bestimmt wird, der die Checkliste durchführt, runterliest und unterschreibt. Jemand, der die Verantwortung übernimmt. Ich würde es gut finden, wenn das nicht die Anästhesie sein müsste. Ich finde, es ist immer ein anderer Punkt, wenn du von aussen her aktiv zuhören und daran teilnehmen musst, als wenn du das Blatt vor dir hast.“ (Int2, Z71-75)
3. Elektronische Checkliste	Beschreibt als Verbesserungsvorschlag, dass die Checkliste nicht mehr auf Papier, sondern elektronisch geführt wird.	„Eine andere Überlegung für eine Verbesserung wäre die Frage, ob die Checkliste elektronisch durchführbar wäre, irgendwie am Bildschirm, Tablet oder irgendetwas.“ (Int2, Z235-237)
4. Leistungserfassung	Nennt als Verbesserungsvorschlag, dass die vollständig ausgefüllte Checkliste als Punkt in die Leistungserfassung hineingenommen wird.	„Und zum Prüfen, wir haben ja nachher die Leistungserfassung. Das ist ja auch eine Leistung, die wir erbringen. Ob wir nicht in unserer Leistungserfassung ein Pflichtfeld haben, wo wir abhaken müssen, dass die Checkliste komplett war.“ (Int3, Z143-144)
5. Schulungen	Das Angebot für Übungen oder Trainings für den Umgang mit der Checkliste wird als Verbesserungsvorschlag angegeben.	„Vielleicht muss man die theoretischen Grundlagen nochmals durchkauen. Obwohl es vielleicht trocken ist für den einen oder anderen.“ (Int3, Z138-140)

Fortsetzung

Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele
6. Stichkontrollen machen	Damit die Checkliste vollständig ausgefüllt wird, wird als Verbesserungsvorschlag gewünscht, dass Stichkontrollen durchgeführt werden.	„Dass man sagt, man macht einmal eine Woche oder einen Monat Kontrolle, kontrolliert bei allen Patienten, bei wie vielen Patienten ist zumindest das Papier ausgefüllt.“ (Int4, 153-155)
7. Innehalten bei Team Time-out und Einschleusung	Als Verbesserungsvorschlag wird genannt, dass bei beiden Checklistenpunkten während des Abhakens der Checkliste nicht dazwischen geredet wird.	„Dass beim Timeout wirklich alle 3 Teams nichts machen und sich aufs Timeout konzentrieren. Da gibt es wirklich noch Verbesserungspotenzial.“ (Int5, Z143-144)
8. Zuerst auf der Schrifttafel liegen	Nennt als Verbesserungsvorschlag, dass die Checkliste zuerst auf den Patientenunterlagen liegen sollte, so wird sie auch sofort erkannt.	„Dass dieses Papier auf die Schrifttafel gehört in der Einleitung, im Saal, bis Punkt 3 abgearbeitet ist und wenn das gemacht ist, kann man es zurück ins Mäppli legen.“ (Int5, Z175-176)
9. Instrumentarium im Vorhinein bekannt	Es wird genannt, dass das Instrumentarium für eine Operation im Vorhinein bekannt gegeben werden sollte vom Operateur.	„Ich finde die Information müsste automatisch vom Operateur kommen. Wir machen ja Programmrapport und dort kommen viele Informationen aber nicht alle.“ (Int7, Z57-58)
10. Von Abteilung besser ausgefüllt	Als Verbesserungsvorschlag wird genannt, dass mehr korrekt ausgefüllte Checklisten von der Abteilung in die Einschleusung gebracht werden.	„Alles fängt damit an, dass wir weniger Verzögerung hier unten hätten, wenn die Abteilung es schon besser ausfüllen würde.“ (Int14, Z103-104)
11. Strichcode für Patienten	Nennt als Verbesserungsvorschlag, dass es ein Band für die eintretenden Patienten gibt, welches direkt abliest, welches Medikament der Patient braucht.	„Man könnte es einfach machen, man könnte dem Patienten einen Strichcode geben und dann spuckt es das richtige Medikament aus.“ (Int13, Z153-154)

Fortsetzung

Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele
12. Standardisierung	Als Verbesserungsvorschlag für den Umgang wird genannt, dass die Checkliste bei jeder Operation und von allen Personen ausgefüllt und als Standard angewendet wird.	„Das strukturiert zu haben. Das auch wirklich so zu machen, dass in jedem OP, bei jedem Operateur, bei jedem Team gleich läuft, weil nur dann macht das ganze Sinn.“ (Int15, Z302-304)

4-Augenprinzip Lagerung

Bei der Einschleusung in den OP wird von der Anästhesie gewünscht, dass die Lagerung nochmals auf die Checkliste schaut. Dies wäre eine zusätzliche Kontrolle dafür, dass die Checkliste vollständig und korrekt ausgefüllt wird.

Klare Zuständigkeiten

Damit alle Personen wissen, welche Rollen ihnen zugeteilt werden beim Ausfüllen der Checkliste, sollten klare Zuständigkeiten bestimmt werden. Eine Person sollte beim Team Time-out dafür zuständig sein, die Checkliste Punkt für Punkt herunterzulesen. Jede Berufsgruppe, welche während des Teams Time-out im Saal ist, sollte als Ressource genutzt werden, einen Fehler zu verhindern. Deshalb müssen alle Berufsgruppen, d.h. die Lagerung, OP-Pflege, Zudienung, Anästhesie und Chirurgen beim Durchgehen der Checkliste miteinbezogen werden. Alle sollten bewusst angefragt werden bei den betreffenden Punkten auf der Checkliste, damit sie auch sagen können, dass es nichts Relevantes mitzuteilen gibt.

Elektronische Checkliste

Damit sich weniger Papierunterlagen für einen Patienten ergeben, kam die Idee auf, eine elektronische Checkliste zu erstellen, die jeweils an den Bildschirmen in der Einschleusung in den OP, in der Anästhesieeinleitung und beim Team Time-out eingeblendet werden.

Leistungserfassung

Gemäss den Interviewten gibt es eine Leistungserfassung, bei der Leistungen aufgelistet werden und bei Erledigung abgehakt werden können. Als Verbesserung wurde vorgeschlagen, die Checkliste als Punkt in diese Leistungserfassung aufzunehmen und erst wenn die Checkliste vollständig und korrekt ausgefüllt ist, darf der Punkt abgehakt und als Leistung erfasst werden.

Schulungen

Oftmals wurden von den Interviewten Schulungen erwähnt. Diese sollten angeboten werden, damit die Mitarbeitenden sich das Verständnis für den Inhalt und den Umgang mit der Checkliste aneignen. Es sollte auch Wiederholungsschulungen geben, damit die Mitarbeitenden sämtlicher Berufsgruppen, welche mit der Checkliste in Berührung kommen, die Möglichkeit haben, den Umgang mit der Checkliste zu üben. In diesem Zusammenhang wurde auch genannt, dass die Mitarbeitenden, die die Checkliste ausfüllen, an Schulungen informiert werden, was mit diesen Checklisten anschliessend passiert. Auch Fehlermeldungen und CIRS-Meldungen sollten in einem kürzeren Abstand als Information zu den Mitarbeitenden gelangen. Diese könnten dann auch analysiert werden und verstanden werden, welcher Sinn in der Checkliste überhaupt steckt. Die Schulungen sollten regelmässig stattfinden, damit auch neueintretende Mitarbeitende die Möglichkeit haben, den Umgang mit der Checkliste zu lernen. Zudem gab es aus der Sicht von einigen Interviewten Punkte auf der Checkliste, bei denen nicht klar ist, was in welchem Fall anzukreuzen ist. Deshalb wird gewünscht, dass die Handhabung der Checkliste auch in Form von Schulungen erklärt wird.

Stichkontrollen machen

Wenn die Mitarbeitenden wissen würden, dass beispielsweise jeden Monat Stichkontrollen von den Führungskräften aus durchgeführt werden, würden sie die Checkliste besser ausfüllen. Deshalb wird vorgeschlagen, dass von den Berufsgruppen, welche mit der Checkliste in Berührung kommen, von Zeit zu Zeit die Leitenden Kontrollen machen, um zu überprüfen, ob die Checklisten korrekt und vollständig ausgefüllt wurden.

Innehalten bei Team Time-out und Einschleusung

Bei der Durchführung des Teams Time-out wird gemäss den Interviewpartnern zu wenig Aufmerksamkeit derjenigen Person geschenkt, welche die Checkliste in der Hand hält oder die gerade ihre Punkte auf der Checkliste herunterliest. Deshalb wird gewünscht, dass während des Teams Time-out absolute Ruhe im Operationssaal herrscht und keine anderen Aufgaben erledigt werden, sondern für diese Zeit die volle Konzentration bei der Checkliste liegt. Auch bei der Einschleusung wird mehr Ruhe und Konzentration während des Ausfüllens der Checkliste gewünscht. Es sollte nur diejenige Person reden, welche die Checkliste bearbeitet.

Zuoberst auf der Schrifftafel liegen

Damit die Checkliste besser und schneller zwischen den Patientenunterlagen erkannt wird, sollte sie zuoberst auf der Schrifftafel liegen und erst wieder ins Mäppchen zurück gelegt werden, wenn der ganze Prozess von der Einschleusung in den OP über die Anästhesieeinleitung bis hin zum Team Time-out abgeschlossen ist.

Instrumentarium im Vornherein bekannt

Da die OP-Pflege oftmals unsicher über das Instrumentarium der verschiedenen Chirurgen ist, sollten die Operateure vor einer Operation eine Information an das jeweils zuständige OP-Pflegeteam senden und mitteilen, welches Instrumentarium sie genau benötigen. So könnte das OP-Pflegeteam während des Teams Time-out erklären, dass alle Instrumente vorhanden sind alles nach Karte vorbereitet ist, da der Operateur ihnen vor der Operation gemeldet hat, welches Instrumentarium zu seiner Karte gehört.

Von Abteilung besser ausgefüllt

Nicht nur die Mitarbeitenden, die auf dem Operationsstockwerk tätig sind, müssen die Checkliste ernsthaft und sorgfältig ausfüllen, sondern auch die Stationschwestern auf der Abteilung, welche für die Vorderseite der Checkliste zuständig sind. Gewünscht wird, dass diejenige Pflegende, die den Patienten in die Einschleusung hinunterbringt, die Checkliste bis dahin ausgefüllt hat, damit bei Unklarheiten nicht auf der Abteilung rückgefragt werden muss, sondern die Pflegende bereits Bescheid weiss.

Strichcode für Patienten

Eine Idee für eine Automatisierung und Vermeidung von Fehlern war, dass den Patienten beim Eintritt ein Band um das Handgelenk gelegt wird. So wäre die Identität und Operation auf diesem Band ablesbar und könnte somit nicht mehr verwechselt werden.

Standardisierung

Ein wichtiger Punkt, der auch häufig genannt wurde, war, dass die Checkliste zum Standard vor allen operationalen Eingriffen wird. Dies könne jedoch nur funktionieren, wenn es eine klare Struktur und einen genauen Ablauf für die Handhabung der Checkliste gebe.

5.2.5 Verbesserungsvorschläge bezüglich des Inhalts der Checkliste

In diesem Unterkapitel werden 13 Verbesserungsvorschläge bezüglich des Inhalts der Checkliste der Kategorie 3b aufgezeigt. Dabei findet folgende Fragestellung Klärung:

7.2 Was sind Verbesserungsvorschläge bezüglich des Inhalts der Checkliste?

Tabelle 14

Hauptkategorie 3b: Verbesserungsvorschläge bezüglich des Inhalts der Checkliste

Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele
1. Allergien	Nennt Verbesserungsvorschläge bezüglich dem Punkt Allergien.	„Das mit den Allergien. Überprüft und vorhanden, was muss ich jetzt ankreuzen, ja und nein. Genau das ist verwirlich... Man würde besser zwei separate Punkte schreiben. Hat er Allergien? Also vorhanden, ja/nein?“ (Int1, Z92-96)
2. Medikamente	Nennt als Verbesserungsvorschlag einen neuen Punkt zu den Medikamenten.	„Dass man beim 1. Teil nochmals einen Punkt macht betreffend Medikamente. Hat der Patient am Morgen die Medikamente gehabt oder nicht?“ (Int1, Z108)
3. Aspirationsrisiko	Schlägt Verbesserungsvorschläge zum Punkt Aspirationsrisiko vor.	„Aspirationsrisiko und Atemweg, was heisst ja? Für mich macht es ein Unterschied, ob er jetzt Ja, also Aspirationsrisiko hat und keine schlimmen Atemwege.“ (Int3, Z39-40)
4. Anästhesieequipment	Nennt Verbesserungsvorschläge bezüglich dem Punkt Anästhesieequipment.	„Was beinhaltet Anästhesieequipment? Muss ich das Gerät nochmals kontrollieren oder gehört hier nur: habe meine Medikamente und Tubus parat gelegt.“ (Int3, Z160-161)
5. Anästhesiemethode	Als Verbesserungsvorschlag wird die Definition des Punktes Anästhesiemethode genannt.	„Und was heisst Anästhesiemethode, wenn ich das ankreuze?“ (Int3, Z164)
6. Stabilität der Patienten	Nennt die Einführung einer Definition von Instabilitätskriterien als Verbesserungspunkt.	„Jeder hat vielleicht andere Ansätze was heisst stabil. Es gibt Instabilitätskriterien.“ (Int3, Z169-170) <i>Fortsetzung</i>

Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiele
7. Handlungsanweisung	Beschreibt die Einführung einer Handlungsanweisung als Verbesserungspunkt.	„Ich habe eine Checkliste, aber wenn diese nicht erfüllt ist, habe ich keine Handlungsanweisung was zu tun ist.“ (Int3, Z181-182)
8. Patientenidentität	Nennt die Definition des Punktes Patientenidentität überprüft als Verbesserungsvorschlag.	„Ich weiss nicht genau was ich hinschreiben muss, Patientenidentität überprüft. Genügt es wenn man Name Vorname sagt, oder auch noch Jahrgang.“ (Int7, Z159-161)
9. Lagerung	Für die Lagerung wird ein separater Checklistenpunkt gewünscht, bei dem das Lagerungspersonal ihre speziellen Informationen einbringen können.	„Bei der Lagerung müsste man ergänzen, spezielle Informationen von der Lagerung.“ (Int7, Z162-163)
10. Critical Events	Verbesserungsvorschlag, dass der Punkt „Critical Events“ bereits beim Punkt „geplante“ Operation hineingehören soll.	„Critical Events, ich meine, das könnte man auch schon in die geplante OP hineinnehmen. Dann könnte man sagen, das könnte Probleme geben. Das würde ich eher da oben hineinnehmen als nochmals separat ansprechen. Es ist dann auch einfacher dass man es nicht vergisst.“ (Int7, Z165-168)
11. OP-Pflege	Der Miteinbezug der OP-Pflege wird als eigener Titel auf der Checkliste gewünscht, sowie Titel „Operator“ und „Anästhesie“	„Man müsste einen Titel OP-Pflege machen. Sonst sind sie ja gar nicht gefragt. Das könnte man dann vielleicht verbessern wenn man es so machen würde.“ (Int7, Z178-179)
12. Papierfarbe	Ein Verbesserungsvorschlag hinsichtlich der Papierfarbe der Checkliste wurde genannt.	„Das Blatt könnte rot sein. Vergisst man weniger. Gelb haben wir bei anderen Dokumenten schon.“ (Int9, Z116-117)
13. Kürzel angeben	Nennt den Verbesserungsvorschlag, dass die Kürzel aller beteiligten vor einer Operation aufgeschrieben werden sollten.	„Wenn am Anfang der OP notiert worden ist, auch wenn nur die Kürzel, wer ist dabei gewesen. Sind diese alle einverstanden.“ (Int12, Z88-91)

Allergien

Mehrere Interviewte verwirrte der Punkt „Allergien“ auf der Checkliste. Es stehen zwei Informationen in einem Punkt und dies weist eine Unsicherheit auf. Ein Verbesserungsvorschlag dafür ist, zwei separate Punkte daraus zu gliedern:

1. Allergien bekannt (gibt es Allergien)? Ja/Nein
2. Allergien überprüft? Ja/Nein

Medikamente

Damit die verantwortlichen Anästhesiemitarbeitenden wissen, welche Medikamente der Patient nehmen muss, schauen sie auf das Prämedikationsblatt. Jedoch wissen sie damit nicht, ob der Patient nun tatsächlich diese Medikamente schon bekommen hat oder nicht. Es könnte auch sein, dass der Patient die Medikamente zwar einnehmen müsste, er sie jedoch nicht wollte. Dies raube Zeit, denn die Anästhesiemitarbeitenden rufen dann in der Abteilung an und müssen nachfragen. Deshalb ist der Verbesserungsvorschlag, dass beim 1. Punkt: Einschleusung in OP ein zusätzlicher Punkt geboten wird:

1. Medikament gemäss Prämedikationsblatt erhalten? Ja/Nein

Aspirationsrisiko

Der Punkt „Aspirationsrisiko und schwieriger Atemweg“ ist verwirrend. Es macht einen Unterschied, wenn ein Ja für „schwieriger Atemweg“ angekreuzt wird und bei „erhöhtes Aspirationsrisiko“ ein Nein. Deshalb auch hier, werden auch hier zwei separate Punkte vorgeschlagen:

1. Schwieriger Atemweg? Ja/Nein
2. Erhöhtes Aspirationsrisiko? Ja/Nein

Anästhesieequipment

Zum ersten Teilpunkt in der Anästhesieeinleitung stellte sich die Frage, was das notwendige Anästhesieequipment beinhaltet. Muss hier das Gerät kontrolliert werden, welches am Morgen eingeschaltet worden ist oder muss hier „nur“ die Medikamente und der Tubus bereitgelegt werden? Ein Verbesserungsvorschlag ist, dass dieser Teilpunkt in einer Schulung erklärt werden sollte.

Anästhesiemethode

Beim Team Time-out steht im Untertitel „Anästhesie“ der Teilpunkt „Anästhesiemethode“. Da kam die Frage auf, was da ein Kreuz bedeutet. Dass ich mitgeteilt habe, der Patient habe eine Vollnarkose? Es sollte also besser heissen: „Anästhesiemethode mitgeteilt/kommuniziert“. Andernfalls muss in der Schulung diesen Punkt erklärt werden.

Stabilität der Patienten

Beim Team Time-out heisst es im Untertitel „Anästhesie“ in einem Teilpunkt „Patient stabil“. Jeder hat eine andere Meinung was „stabil“ bedeutet. Es gibt Instabilitätskriterien. Dieser Punkt muss auch an der Schulung erklärt werden, ab wann jemand als „stabil“ gilt.

Handlungsanweisung

Beim Team Time-out steht im Untertitel „Anästhesie“ der Teilpunkt „Allergien bekannt und kommuniziert“. Was bedeutet hier ein Kreuz? Wenn man keine Allergien hat, aber es trotzdem kommuniziert hat, kann man dann ein Kreuz setzen oder soll man es durchstreichen oder leer lassen? Es gibt keine Alternative, die man ankreuzen kann. Wenn etwas auf der Checkliste nicht erfüllt ist, hat man keine Handlungsanweisung, was zu tun ist.

Patientenidentität

Beim Team Time-out ist im Untertitel „Operateur“ der Teilpunkt „Patientenidentität überprüft“ formuliert. Was soll hier gesagt werden? Einige meinen: Name, Vorname, andere: Nachname, Jahrgang. Deshalb wird besser ein Punkt eingefügt zu dem, was gesagt/überprüft werden muss, z.B.:

1. Name, Vorname, Jahrgang überprüft: Ja/Nein

Lagerung

Beim Team Time-out ist beim Untertitel „Operateur“ der Teilpunkt „Lagerung/Abdeckung korrekt“ vermerkt. Da sollte ergänzt werden: „Spezielles/Probleme Lagerung“. Damit die Lagerung erstens besser miteinbezogen wird und zweitens einen separaten Punkt hat, wo sie ihre Probleme kommunizieren können, wie z.B. dass der Patient eine Blutsperre hat.

Critical Events

Ein Vorschlag, damit dieser Punkt eher gemacht wird, ist, dass die Critical Events oder die Probleme, die auftreten können, bereits beim Punkt „geplante Operation“ genannt werden. Dann wäre man in der Materie drin und könnte gleich auch die möglichen Komplikationen formulieren, als erst weiter unten, wo die Wahrscheinlichkeit gross ist, dass es nicht erwähnt wird.

OP-Pflege

Damit die OP-Pflege beim Team Time-out mehr Beteiligung erfährt, wird vorgeschlagen, einen separaten Untertitel einzufügen (wie „Operateur“ und „Anästhesie“) und die Punkte, die für die OP-Pflege wichtig sind, einzuflechten.

Papierfarbe

Ein Verbesserungsvorschlag war, dass die Farbe der Checkliste besser rot (=Lernfarbe) sein sollte, da andere Dokumente schon gelb sind. Somit würde die Checkliste bei den Patientenunterlagen noch besser erkennbar sein.

Kürzel angeben

Damit nachgelesen werden kann, wer alles an einer OP teilgenommen hat, sollen zukünftig alle Kürzel der Personen aufgeschrieben werden auf der Checkliste, damit auch der letzte Punkt „gesamtes Team einverstanden“ abgefragt werden kann.

6. Diskussion

Das Gesundheitswesen ist für jede einzelne Person jedoch auch für die gesamte Gesellschaft und Volkswirtschaft von grosser Bedeutung. Dies zeigt sich in den medizinischen Fortschritten, der wissenschaftlichen Forschung und Entwicklung und den hohen Kosten, welche das Gesundheitswesen verursacht. Die Wichtigkeit von korrekt durchgeführten chirurgischen Eingriffen ist enorm. Kommt es jedoch aufgrund vermeidbarer Fehlern zu kritischen Zwischenfällen, kann dies für den Patienten wie auch für das betreffende Krankenhaus verheerende Folgen mit sich bringen. Gemäss Zegers, de Bruijne, de Keizer, Merten, Groenewegen et al. (2011) treten 65% aller unerwünschten Ereignisse während chirurgischen Eingriffen auf. 45% davon wurden als vermeidbar eingeschätzt (Zegers et al., 2011). In einer weiteren Studie von Clarke, Johnston und Finley (2007) wurde der Bedarf an Verbesserungen, um solche Fehler zu vermeiden, vor allem bei der Prozesskoordination und in der Kommunikation, sowie bei der konsequenten Umsetzung von Standards ermittelt. Mit Letzterem ist die korrekte Bearbeitung der einzelnen Punkte auf der präoperativen Checkliste gemeint (Antibiotikaprophylaxe, Markierung der Operationsstelle, Umsetzung des präoperativen Teams Time-out usw.) (Clarke et al., 2007).

Aus diesem Grund lag das Ziel der vorliegenden Arbeit darin, die Qualität des Einsatzes der präoperativen Checkliste im Kantonsspital Graubünden zu untersuchen. Im Zentrum dieser Untersuchung standen einerseits die Angaben zur Vollständigkeit und zum Zeitpunkt der ausgefüllten Checklisten sowie zur ausfüllenden Berufsgruppe und andererseits die Interviews, anhand derer Meinungen, Erfahrungen und Verbesserungsvorschläge von Personen abgeholt werden konnten, die täglich mit der präoperativen Checkliste arbeiteten.

6.1 Interpretation der Ergebnisse

Dieses Unterkapitel versucht die Ergebnisse zusammenzufassen, zu interpretieren und zu diskutieren. Zu Beginn werden die Ergebnisse der Untersuchung der Checklisten erläutert. Hinzu kommen die Resultate, die aus den Interviews hervorgegangen sind. Anschliessend folgt der Ausblick auf die zukünftige Forschung.

6.1.1 Untersuchung der Checklisten

Die Ergebnisse der Untersuchung der Checklisten zeigten, dass Veränderungen vorgenommen werden müssen, damit die Anzahl der korrekt ausgefüllten Checklisten erhöht werden kann. Lediglich 31.1% der untersuchten Checklisten wurden von der Einschleusung in den OP bis hin zum Team Time-out vollständig ausgefüllt, was nur einen Drittel ausmacht. Bei allen anderen untersuchten Checklisten wurden bei mindestens einem Prozessschritt Punkte ausgelassen und nicht bearbeitet. Jedoch bedeutete dies noch nicht, dass die Checklisten auch zum richtigen Zeitpunkt ausgefüllt wurden. So konnte aufgezeigt werden, dass nur 18.7% aller untersuchten Checklisten in allen drei Punkten, von der Einschleusung in den OP über die Anästhesieeinleitung bis hin zum Team Time-out rechtzeitig bearbeitet wurden. Dieses Ergebnis zeigt, dass mehr als 80% der überprüften Checklisten von den Mitarbeitenden erst nach einem jeweiligen Prozessschritt ausgefüllt wurde anstatt dies vor der Einschleusung in den OP oder vor der Anästhesieeinleitung zu tun. Zunächst erfreulich zeigte sich das Ergebnis der Vollständigkeit beim zweiten Punkt auf der Checkliste, der Anästhesieeinleitung. Ganze 72% aller untersuchten Checklisten wurden vollständig bearbeitet. Wenn jedoch die Richtigkeit des Zeitpunktes betrachtet wird, fällt auf, dass bei der Anästhesieeinleitung 40.3% der untersuchten Checklisten zu spät ausgefüllt wurden. Diese Prozentzahl bezüglich des verspäteten Zeitpunktes des Ausfüllens ist im Vergleich zur Einschleusung in den OP (23.5%) und zum Team Time-out (27.7%) die höchste. Auch dieses Ergebnis unterstreicht, dass die Checklisten bei fast der Hälfte der Fälle bei der Anästhesieeinleitung erst im Nachhinein ausgefüllt wurden. Das bedeutet, dass die Anästhesieeinleitung am Patienten bereits vorgenommen wurde, jedoch die entsprechenden Punkte auf der Checkliste zur Anästhesieeinleitung erst im Nachhinein ausgefüllt wurden. Zum korrekten Zeitpunkt ausgefüllt wurden die Checklisten bei der Einschleusung in den OP bei 57%, bei der Anästhesieeinleitung 35% und beim Team Time-out 50%. Diese Ergebnisse lassen auf eine mangelnde Qualität des Einsatzes der Checkliste schliessen. Die Gründe für das inkorrekte Bearbeiten wurden bei den Interviews erfragt. Die Berufsgruppe, welche ausschliesslich die Anästhesieeinleitung und das Team Time-out

ausgefüllt hat, waren Mitarbeitende der Anästhesie. Auch insgesamt zeigte sich, dass neben dem Anästhesiepersonal lediglich das Lagerungspersonal in 27% der untersuchten Checklisten die Einschleusung in den OP ausgefüllt hat, ansonsten waren ausschliesslich Mitarbeitende der Anästhesie diejenigen, die die Checklisten bearbeiteten. Bei der Untersuchung der Checklisten gab es immer wieder solche, die bei einem Prozessschritt, bspw. bei der Einschleusung in den OP leer gelassen wurden und so zur Anästhesieeinleitung weitergereicht wurden. Von den 119 untersuchten Checklisten wurden bei der Einschleusung in den OP acht leer gelassen, 15 bei der Anästhesieeinleitung und elf beim Team Time-out. Diese Anzahl ist zu verbessern, da das Ziel die Vollständigkeit und der richtige Zeitpunkt des Ausfüllens der Checkliste sein sollte. Über alle drei Checklistenpunkte hinweg wurden von den insgesamt 119 untersuchten Checklisten drei vollkommen leer gelassen. Dies sind klar drei zu viel, da hinter diesen drei Checklisten drei Patienten liegen, die ohne das Ausfüllen der Punkte Einschleusung in den OP, Anästhesieeinleitung und Team Time-out operiert worden waren. In Prozent ausgedrückt sind es 2.5% der Checklisten, die über alle drei Punkte hinweg nicht bearbeitet werden. Daraus lässt sich schliessen, dass die Qualität des Einsatzes der Checkliste sowohl bezogen auf die Vollständigkeit als auch auf den Zeitpunkt des Ausfüllens zu verbessern ist, da insgesamt die Hälfte aller untersuchten Checklisten weder vollständig noch zum richtigen Zeitpunkt über alle Punkte hinweg ausgefüllt wurden. Die Beteiligung am Ausfüllen der Checkliste übernimmt klar das Anästhesiepersonal. Obwohl die OP-Pflege gemäss Checkliste die Einschleusung in den OP und das Team Time-out auch bearbeiten könnte, konnte in keiner der 119 untersuchten Checklisten die Beteiligung der OP-Pflege am Ausfüllen festgestellt werden. Gemäss den durchgeführten Interviews wird jedoch klar eine grössere Beteiligung von den OP-Pflegenden und dem Lagerungspersonal gewünscht. Im Folgenden Unterkapitel werden die Ergebnisse der Interviews interpretiert. Sie sollen die Gründe für das unvollständige und zu späte Ausfüllen der Checklisten aufzeigen.

6.1.2 Interviews

Die Interviews kristallisierten Barrieren heraus, die das korrekte Ausfüllen der präoperativen Checkliste im Spital Chur behindern. Es wurden 12 Barrieren spontan genannt. Auch Barrieren, die bereits aus der Literatur bekannt waren, bekamen von den Interviewpartnern Zustimmung, dass sie auch im Spital Chur vorhanden seien. Oftmals in der Literatur zu finden sind Barrieren, welche sich bei der Einführung von Checklisten finden. Zudem konnten Barrieren identifiziert werden, welche die Nichtakzeptanz von Checklisten aber auch allgemeinen Vorschriften im Spital begünstigten. Diese wurden für die vorliegende Arbeit in einen Fragebo-

gen eingebunden und den Interviewpartnern zur Bewertung des Zutreffens vorgelegt. Die vorliegende Studie wurde mit dieser Untersuchung erstmalig am Kantonsspital Graubünden durchgeführt. Die Ergebnisse können daher nicht auf andere Krankenhäuser oder Einrichtungen des Gesundheitswesens verallgemeinert werden. Zusätzlich zu den Barrieren wurden förderliche Faktoren erfragt, welche das korrekte Ausfüllen der Checkliste begünstigen würden. Auf dieser Basis wurden im Anschluss Verbesserungsvorschläge zum Umgang mit und zum Inhalt der Checkliste abgeholt. Es wurden nicht nur mehrere Barrieren aufgelistet, sondern auch viele Verbesserungsvorschläge und förderliche Faktoren erbracht. Dies zeigt, dass sich die befragten Personen mit der Thematik auseinandersetzen und sich eine Verbesserung der Qualität des Einsatzes der Checkliste erhoffen.

Die Interviewten wurden gemäss des Leitfadens zunächst durch eine offene Erzählaufforderung zum Einsatz der Checkliste befragt. Aus den 15 Interviews kamen zwölf Unterkategorien zu spontan genannten Barrieren heraus, welche das korrekte Ausfüllen im Spital Chur behindern. Mehrere Überschneidungen zum Fragebogen, der anschliessend ausgefüllt wurde, konnten festgestellt werden.

Die Unterkategorie Fehlen von Schulungen und Trainings war sowohl eine oftmals spontan genannte Barriere als auch diejenige Barriere auf dem Fragebogen, welche mit insgesamt zehn von 15 Befragten die höchste Anzahl „trifft zu“ oder „trifft eher zu“ erreichte. Die Tendenz, dass Trainings und Schulungen gewünscht sind, zeigte sich auch bei den Verbesserungsvorschlägen in Bezug auf den Umgang mit der Checkliste. So wurde mehrmals von den Befragten erwähnt, dass sie gerne an Trainings zum Umgang mit der Checkliste teilnehmen würden. Dies würde den Ablauf und die Prozessstruktur der Checkliste besser erklären. Zudem würde ein Training den Teilnehmenden erklären, zu welchem Zeitpunkt genau die Checkliste auszufüllen ist. Die Ergebnisse der Untersuchung der Checklisten im Unterkapitel 4.2.3 zum Zeitpunkt des Bearbeitens unterstreichen das Anliegen zu einer Verbesserung. Neily, Mills, Young-Xu, Carney, West et al. (2010) untersuchten den Einfluss von Teamtrainings in Krankenhäusern auf die Mortalität der Patienten. Dabei wurden briefings (Vorgesprechungen) vor Team Time-outs und debriefings (Nachbesprechungen) nach Team Time-outs in Operationssälen durchgeführt und der Gebrauch von Checklisten geübt. Die Teamtrainings wurden vierteljährlich durchgeführt und nach einem Jahr konnte eine reduzierte Anzahl von Mortalitätsfällen festgestellt werden (Neily et al., 2010).

Die fehlende Struktur war auch eine Barriere, welche oftmals erkannt wurde. Gemäss den Interviewten gab es bisher keine standardisierte Prozessanleitung, wie die Checkliste auszu-

füllen sei. Diese Barriere führt demnach auch zur Einführung von Teamtrainings, in denen die Abläufe und der Gebrauch der Checklisten geübt werden können.

Auch die Barriere Unverständnis gegenüber des Einsatzes der Checkliste zeigen ist mit Teamtrainings aufzuheben, da in Trainings und Schulungen die Wichtigkeit des korrekten Ausfüllens der Checklisten betont werden kann.

Dasselbe gilt für die Sicherheitskultur, welche bis anhin nicht als einheitliches Konstrukt im Spital Chur verstanden wird. Gemäss den Interviewten gibt es viele verschiedene Ansichten und Umsetzungen der Sicherheitskultur. Dies könne dazu führen, dass Personen mit geringerem Anspruch an die Sicherheit im OP-Trakt die Checkliste weniger korrekt ausfüllen. Mit einer einheitlichen Definition von Sicherheitskultur im OP-Trakt könnte dieser Punkt geklärt und die Barriere aufgehoben werden.

Auch Zeitdruck wurde als Barriere für das inkorrekte Ausfüllen der Checklisten genannt. Gemäss einer Studie von Berentzen und Lennartz (2010) brachten Veränderungen der politischen Rahmenbedingungen im OP eine erhöhte Arbeitsverdichtung auf der Operationsabteilung mit sich. Dies führte dazu, dass die OP-Fallzahlen gestiegen sind, Personalmangel herrsche und die Mitarbeitenden unter enormen Zeitdruck arbeiten müssen (Berentzen & Lennartz, 2010). Dies bemerkten die Interviewpartner als Barriere, dass die Checkliste nicht rechtzeitig und vollständig ausgefüllt wird.

Dass bei einer Routineoperation die Checkliste nicht Punkt für Punkt abgearbeitet wird, wurde von den befragten Personen mehrmals erwähnt. Sie waren der Meinung, dass es eine Überbenennung von sicherheitsrelevanten Punkten geben könnte, wenn jeder Punkt auf der Checkliste einzeln durchgegangen würde bei einfachen Alltagsoperationen. Und somit bekäme die Checkliste keine Wichtigkeit mehr zum Ausfüllen. Die Stiftung für Patientensicherheit Schweiz hat im Jahr 2011 an einem internationalen Kongress in Referaten das Grundproblem der Anwendung der Checkliste betont; nämlich, dass in der Realität die meisten Dinge - bei den meisten Patienten - meistens durchgeführt werden, jedoch das Ziel ist, dass alle Dinge - bei allen Patienten - immer durchgeführt werden (Stiftung für Patientensicherheit, 2011). Dieser Grundsatz sollte als Ziel auch an Schulungen und Teamtrainings immer wieder betont werden, dass kein Unterschied zwischen Routineeingriffen und komplizierten Operationen gemacht werden darf und die Checklisten in jedem Fall auszufüllen ist.

Das Checklistendesign, das verbesserungswürdig ist, zeigte sich beim Fragebogen ebenfalls als Barriere, die von vielen Interviewten als zutreffend oder eher zutreffend bewertet wurde. Das bedeutet, dass einzelne Punkte auf der Checkliste verwirrend oder unverständlich daste-

hen oder aber das Design insgesamt nicht zufriedenstellend ist. Dieser Punkt wird bei den Verbesserungsvorschlägen zum Inhalt der Checkliste noch deutlicher (s. Unterkapitel 5.2.5), da sich dort insgesamt 13 Unterkapitel ergeben haben. Die Verbesserungsvorschläge der Befragten waren ganz konkret auf einzelne Punkte auf der Checkliste bezogen. Diese Ergebnisse haben bereits Eingang gefunden in der modifizierten Checkliste, die im Mai 2014 in Chur eingeführt wurde.

Interessant waren die Ergebnisse bezüglich Kommunikationsdefiziten zwischen Anästhesie und Lagerung sowie zwischen Anästhesie und OP-Pflege. Von den 15 befragten Personen antworteten jeweils fünf Personen auf diesen Punkt mit „trifft zu“ oder „trifft eher zu“. Dies bedeutet, dass ein Drittel der Befragten der Meinung ist, dass Kommunikationsdefizite zwischen den aufgeführten Berufsgruppen bezüglich der Checkliste bestehen. Das bedeutet, dass bspw. bei Nichtbenennung einzelner Punkte auf der Checkliste oder Unklarheiten bezüglich genannten Punkten auf der Checkliste nicht nachgefragt wird. Fudickar, Hörle, Wiltfang und Bein (2012) verfassten eine selektive Literaturübersicht unter dem Stichwort „Surgical Safety Checklist“ und zogen alle bis Februar 2012 publizierten Quellen mit ein. Dabei standen die Auswirkungen der WHO-Checkliste auf die Komplikationsrate und interdisziplinäre Kommunikation im Zentrum. Sie zeigten auf, dass die Einführung der WHO-Checkliste die interdisziplinäre Kommunikation verbessert. Zudem fanden sie heraus, dass der positive Effekt der WHO-Checkliste auf die Komplikationsrate ein Hinweis darauf wäre, dass Kommunikation anhand von Checklisten die Ergebnisse auch in anderen Bereichen der Medizin verbessern könnte (Fudickar et al., 2012).

Vier Aussagen auf dem Fragebogen wurden von keinem der Befragten als zutreffend oder eher zutreffend bewertet. Das bedeutet, dass diese vier Aussagen gemäss den Befragten keine Barrieren in Chur darstellen (s. Unterkapitel 5.2.2). Eine von diesen sagte aus, dass die Führungskräfte das Ausfüllen der Checkliste nicht als dringend ansehen. Interessant war diese Aussage deshalb, da im Gegenteil dazu, beim Punkt betreffend der Unterstützung der Führungskräfte für ein korrektes Ausfüllen, drei Personen angekreuzt haben, dass diese Unterstützung fehle. Zudem wurde als nicht spontan genannte Barriere das Fehlen der Führungskräfte als Vorbilder für das korrekte Ausfüllen der Checkliste mehrmals genannt. Bei den förderlichen Faktoren zeigte sich, dass die Führung als Vorbild einen positiven Einfluss darstellen würde. Auch die Ontario Hospital Association (2010) stützt diese Aussage der Interviewten. Sie betont, dass bei der Einführung der Checkliste, die Führungskräfte eine wichtige Unterstützungsfunktion für die Mitarbeitenden haben. Dies beinhaltet, dass die Anwendung

der Checkliste von den Führungskräften als kommunikationsfördernd und teambildend anzusehen ist, als eine weitere Dokumentation, die abgearbeitet werden muss. Zudem sollten die Führungskräfte den Mitarbeitenden die Zeit für die Einführung der Checkliste geben und sie dabei unterstützen, indem sie an Schulungen und Trainings präsent sind (Ontario Hospital Association, 2010).

Die Interviewten nannten 12 Faktoren, die einen positiven Einfluss auf das Ausfüllen der Checkliste haben (s. Unterkapitel 5.2.3). Dabei wurde unter anderem wiederum die Führung genannt, die als Vorbild einen förderlichen Faktor für das Ausfüllen der Checkliste darstellen. Verschiedene Verbesserungsvorschläge bezüglich des Umgangs mit der Checkliste aber auch zum Inhalt der Checkliste wurden erwähnt (s. Unterkapitel 5.2.4/5.2.5). Diese bezogen sich auf strukturelle Veränderungen. Nämlich, dass der Ablauf beim Team Time-out besser erfolgen sollte und dass die Checkliste als Standard vor jeder Operation durchgeführt werden muss. Im Kapitel 7 werden auf Basis der Interviews, die geführt wurden, Massnahmen abgeleitet, wodurch die Qualität des Einsatzes der Checkliste verbessert werden sollte.

7. Ableitung von Massnahmen

Auf Basis der durchgeführten Interviews wurden Massnahmen, sogenannte Gestaltungsvorschläge, abgeleitet, welche die Qualität des Einsatzes der präoperativen Checkliste im Spital Chur verbessern sollten. Damit die präoperative Checkliste in Zukunft korrekt eingesetzt wird, müssen an verschiedenen Orten Massnahmen getroffen werden. Im Hinblick auf die Einführung der überarbeiteten Checkliste im Rahmen des Projektes „progress! Sichere Chirurgie“ sollen diese Massnahmen, Gestaltungsvorschläge oder Handlungsempfehlungen darstellen und umgesetzt werden. Die Ergebnisse der Untersuchung der Checklisten haben gezeigt, dass die bisher eingesetzte Checkliste eine geringe Qualität des Einsatzes hat. Sowohl die Vollständigkeit der Checklisten als auch die Zeitpunkte, an denen sie ausgefüllt wurden, liessen zu wünschen übrig. Die Interviews stellten die Plattform für die Befragten dar, um ihre Meinungen, individuellen Erfahrungen, Stolpersteine und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Umgangs mit der Checkliste offenlegen zu können. Es wurden viele verschiedene Punkte angesprochen und nun in die Massnahmen eingebettet. Die Massnahmen werden aufgrund ihrer Thematiken in vier Kategorien eingeteilt, welche laut Ergebnissen der Interviews die grössten Brennpunkte darstellen. Dabei wird folgende Fragestellung geklärt:

8.1 Welche Massnahmen können abgeleitet werden zur Verbesserung der Qualität des Einsatzes der Checklisten im Spital Chur?

7.1 Schulungen und Trainings im Umgang mit der Checkliste

In mehreren geführten Interviews wurde erwähnt, dass die Einführung der bisherigen Checkliste zu schnell und zu informell vonstatten ging. Der Ruf nach Schulungen einerseits zur Einführung der Checkliste, andererseits aber auch um die Abläufe zu trainieren, denen die Checkliste zu Grunde liegt, ist gross. Die Struktur für den korrekten Einsatz der Checkliste fehlte bisher. In Schulungen könnten Situationen wie z.B. ein Team Time-out geübt werden, in denen die Checkliste zum Einsatz kommt. Dies könnte anhand von Simulationen durchgespielt werden, damit für die teilnehmenden Personen klar wird, wie der Prozess genau ablaufen sollte. Dort würde ersichtlich werden, dass vor dem Hautschnitt noch einmal innegehalten wird und sich alle Beteiligten auf die einzige Person, die spricht, konzentrieren. Nicht nur das Team Time-out sollte anhand von Trainings geübt werden können, sondern auch der Einsatz der Checkliste bei der Einschleusung in den OP und in der Anästhesieeinleitung. Oftmals kommt es gemäss mehreren Befragten zu Ungereimtheiten in der Schleuse, da den Personen

von der Abteilung die Wichtigkeit des Ausfüllens der Checkliste nicht klar ist oder aber nicht genau bestimmt wurde, wer die Checkliste ausfüllen soll. Dies führt oft zu Missstimmungen zwischen dem Anästhesie-, Lagerungs- und Abteilungspersonal. Wichtig für die Schulungen sind die beteiligten Personen. Dies sollen sämtliche Mitarbeitende sein, die in irgendwelcher Weise die Vorder- oder Hinterseite der Checkliste ausfüllen können oder wichtige Informationen auf der Checkliste mitteilen. Konkret sind dies die Chirurgen, das Ärzte- und Pflegepersonal der Anästhesie, die OP-Pflege, das Lagerungspersonal, die Zudienung sowie die Pflegenden der Abteilung. Durch Schulungen über die Checkliste sollte eine einheitliche Sicherheitskultur im OP-Trakt entstehen, sodass keine Diskussionen mehr über die Art und den Zeitpunkt des Ausfüllens der Checkliste geführt werden müssen, sondern dass die Checkliste ein Bestandteil des Prozesses wird. Das Ziel sollte in den Schulungen immer vor Augen gehalten werden, nämlich, dass die Checkliste bei jeder Operation und jedem Patienten, unabhängig von der Teamzusammensetzung und Schwere der Operation, korrekt durchgegangen und eingesetzt wird. So sollen auch bei Routineeingriffen alle Punkte auf der Checkliste angesprochen und abgehakt werden.

7.2 Inhalt und Anwendung der Checkliste

In der Aussage auf dem Fragebogen „das Checklistendesign ist verbesserungswürdig“ hat ein Drittel der Personen angekreuzt, dass dies eher zutrifft oder zutrifft. Auch bei den Verbesserungsvorschlägen stellten sich in der Kategorie „Inhalt der Checkliste“ 13 Unterkategorien heraus. Die genannten Punkte auf der Checkliste, die verwirrend oder unverständlich für die Befragten waren, konnten bereits in der Modifizierung der neuen Checkliste Eingang finden. Wichtig für die Interviewten waren nicht nur die Veränderungen der Formulierungen der Punkte auf der Checkliste, sondern auch, dass die Anwendung der Punkte erklärt wird. Vielfach waren Punkte, nachdem sie von Vorgesetzten oder Kollegen erklärt worden waren, nachher nicht mehr verwirrend. Deshalb gilt es bei Schulungen oder auch im Alltag, die konkrete Handhabung der Checkliste zu erklären, zu zeigen, wann ein Kreuz zu machen ist und welcher Punkt wann als erledigt gilt. Die Checkliste ist auf gelbem Papier geschrieben. Der Vorschlag wäre, dass sie nicht gelb, sondern eine andere auffällige Papierfarbe bekommt, wie zum Beispiel rot oder grün. Der Grund dafür ist gemäss den Befragten, dass es bereits Dokumente in den Patientenunterlagen gibt, die auf gelbem Papier sind, somit wäre die Checkliste nicht gut unterscheidbar von den anderen. Zudem ist es für das Lagerungspersonal wichtig, dass die Checkliste, sobald der Patient in die Einschleusung kommt, zuoberst auf die Schrift-

tafel und die restlichen Patientenunterlagen gelegt wird, sodass sie einfach zu finden ist und nicht gesucht werden muss. Während des gesamten Prozesses der Einschleusung, Anästhesieeinleitung und des Teams Time-out soll die Checkliste auf der Schrifttafel bleiben, bis das Team Time-out beendet ist. Dann kann die Checkliste zurück in die Patientenmappe gelegt werden.

7.3 Klare Rollenverteilung

Die Untersuchung der Checklisten zeigte klar, dass ausschliesslich Mitarbeitende der Anästhesie die Punkte Anästhesieeinleitung und Team Time-out auf der Checkliste ausfüllen. Zudem bearbeiten sie auch zu 60% die Einschleusung in den OP. Einzig das Lagerungspersonal füllt in der Einschleusung in den OP die Checkliste zu 30% aus. Diese Ergebnisse bedeuten, dass die anderen Berufsgruppen, welche auch im OP-Trakt tätig sind, nicht mit der Checkliste in Berührung kommen, obwohl sie auch dazu befugt wären. Deshalb ist die Handlungsempfehlung, dass sowohl beim Team Time-out als auch bei der Einschleusung in den OP die Rollen der beteiligten Personen klar verteilt werden. Es sollte jemand als zuständig für das Ausfüllen der Checkliste bestimmt werden, und anschliessend sollten alle beteiligten Personen zu Wort kommen bezüglich ihrer Punkte auf der Checkliste. Dies wären beim Team Time-out die OP-Pflege, welche über das vorhandene Instrumentarium Auskunft geben soll und das Lagerungspersonal über die Lagerung des Patienten. So soll bei der Einschleusung in den OP eine Person den Lead beim Ausfüllen der Checkliste übernehmen. Dies wäre ein Mitarbeitender der Anästhesie, da sie anschliessend den Patienten gleich mitnehmen könnten in die Anästhesieeinleitung. Wichtig bei der Einschleusung wäre jedoch, dass das Lagerungspersonal auch mithört bei der Abfrage gemäss Checkliste, sodass das Vier-Augen-Prinzip gewährleistet ist. Jedoch sind bei der Einschleusung in den OP nicht nur das Lagerungs- und Anästhesiepersonal anwesend, sondern auch die Stationspflegende von der Abteilung. Sie bringt den Patienten in den OP-Trakt mit den Patientenunterlagen. Damit es in der Schleuse effizienter ablaufen kann, sollte diejenige Pflegende im OP-Trakt erscheinen, die auch die Checkliste auf der Abteilung ausgefüllt hat (die Vorderseite). Damit hätte das Lagerungs- und Anästhesiepersonal die Möglichkeit, bei Fragen oder unvollständiger Vorderseite dies gleich mit der Pflegenden zu besprechen, anstatt auf die Abteilung anzurufen und zu viel Zeit zu beanspruchen. Bevor das Team Time-out beginnt, sollte analog zur Einschleusung in den OP eine Person bestimmt werden, die den Lead beim Ausfüllen der Checkliste übernimmt. Vorgeschlagen dafür wurde die Zudienung, da sie von aussen her an den Patient herankommen und nicht

schon mitten im Geschehen sind. Ziel wäre es, dass Punkt für Punkt von der Zudienung abgefragt wird und von den betroffenen Personen (Operateur, Anästhesie, OP-Pflege und Lagerung) die Informationen abgeholt werden. Auch wenn die Information oftmals nur ein einfaches „OK“ oder „ist vorbereitet“ sind, sollen diese Punkte trotzdem strikt durchgegangen werden, damit kein Punkt vergessen gehen kann und sich alle Personen beteiligt fühlen. Dass am Schluss des Teams Time-out das gesamte Team sein Einverständnis geben kann, sollten am Anfang des Teams Time-out die Initialen oder Kürzel aller beteiligten Personen an einer Operation notiert werden. Damit werden diese Personen automatisch auf die Frage, ob sie einverstanden sind, antworten, da sie nun mit den Initialen auf dem Papier stehen.

Insgesamt ist festzustellen, dass sich die bisher nicht miteinbezogenen Personen mehr Beachtung wünschen. Dies trifft vor allem auf die OP-Pflege und die Lagerung zu. Auch sie würden sowohl bei der Einschleusung als auch beim Team Time-out die sie betreffenden Punkte beantworten können. Es sollte auch so sein, dass alle Personen, die an einer Operation im Operationssaal sind, miteinbezogen werden, da jedes Augenpaar, das zusätzlich hinschaut, eine wichtige Ressource darstellt, einen kritischen Zwischenfall zu verhindern. Auch die Lautstärke im Operationssaal würde abnehmen während des Teams Time-out. Da alle Personen daran beteiligt sein müssen, kann nicht mehr dazwischen geredet werden, sondern die Konzentration ist vollkommen auf die Checkliste gerichtet.

7.4 Führung als Vorbild

Nicht nur in der Literatur ist die Unterstützung der Führungskräfte ein wichtiger Faktor für einen korrekten Einsatz der Checkliste, sondern dieser Aspekt wurde auch in den Interviews mehrmals erwähnt. Als Vorbilder für ihre Mitarbeitenden sollten die Führungskräfte die Checkliste zum richtigen Zeitpunkt und vollständig ausfüllen. Bei nichtkorrektem Ausfüllen ihrer Mitarbeitenden sollten die Führungskräfte dies bemängeln und den korrekten Einsatz der Checkliste zeigen. Wichtig ist auch, dass die Führungskräfte an den Schulungen und Trainings zum Umgang mit der Checkliste präsent sind, damit den Mitarbeitenden verständlich gemacht wird, dass eine hohe Qualität des Einsatzes der Checkliste ein wichtiges Ziel darstellt. Zur Unterstützung des seriösen Einsatzes der Checkliste wurde vorgeschlagen, dass von Zeit zu Zeit Stichkontrollen über die Korrektheit des Einsatzes der Checkliste gemacht werden sollten von Führungskräften. Dies motiviere die Mitarbeitenden, die Checkliste vollständig und rechtzeitig auszufüllen. Darüber hinaus wurde der Vorschlag unterbreitet, dass die vollständig ausgefüllte Checkliste als Leistung in die Leistungserfassung miteinbezogen wird.

Diese dient dazu, Punkte abzuheben, wenn sie erledigt wurden. Somit könnte nach jeder Operation die Leistung „Checkliste vollständig ausgefüllt“ abgehakt werden. Ein weiterer Aspekt, der die Führungskräfte betrifft, ist das Erbringen eines Feedbacks. Von mehreren Befragten war der Wunsch gross, dass die Führungskräfte in einem kleineren zeitlichen Abstand die Mitarbeitenden darüber informieren, was mit den Checklisten im Anschluss an Operationen geschieht und wie die Qualität des Einsatzes in dieser Zeitperiode war. In diesem Zusammenhang wurde die Besprechung der CIRS-Meldungen angeführt. Die befragten Personen hätten gerne mehr Treffen im Team, wo kritische Zwischenfälle und der Einsatz der Checkliste besprochen werden können. Diese Treffen müssten von den Führungskräften lanciert und durchgeführt werden.

8. Schlussfolgerungen und Ausblick

Die vorliegende Untersuchung hat zentrale Barrieren, förderliche Faktoren und Verbesserungsvorschläge hinsichtlich des Bearbeitens der präoperativen Checkliste im Spital Chur herausgefunden. Zudem konnten die Vollständigkeit, der Zeitpunkt des Ausfüllens und die Berufsgruppe der bisher eingesetzten Checkliste im Spital Chur erhoben werden. Damit die Qualität des Einsatzes der präoperativen Checkliste verbessert werden kann, wurden Massnahmen abgeleitet. Diese sind essentiell vor allem im Hinblick auf das Projekt „progress! Sichere Chirurgie“. Die abgeleiteten Massnahmen sollten umgesetzt werden, damit eine verbesserte Qualität des Einsatzes der modifizierten Checkliste erreicht werden kann im Vergleich zur bisher eingesetzten Checkliste. Die Aspekte der Vollständigkeit, des Zeitpunktes und der Berufsgruppe sollten weiterhin Gegenstand von Untersuchungen im Spital Chur sein, damit die Verbesserung der Qualität des Einsatzes der Checkliste nachgewiesen werden kann und das gesetzte Ziel des Projektes „progress! Sichere Chirurgie“ im Jahre 2015 erreicht werden kann. Nämlich, dass einerseits die Anzahl Zwischenfälle in der Schweiz gesenkt wird und andererseits die präoperative Checkliste als Standard bei jedem Patienten und jeder Operation eingesetzt wird. Eine weiterführende Studie im Spital Chur könnte mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit verglichen werden und es könnten wiederum Massnahmen daraus abgeleitet werden. Interessant wären die Vorher-Nachher Effekte, die aufgrund der Umsetzung der Massnahmen eingetroffen sind. Die in dieser Masterarbeit nicht geklärte Fragestellung zu den acht Faktoren (s. Unterkapitel 1.5) könnten wiederum in eine Untersuchung hineingenommen werden und so herausgefunden werden, ob das Datum und die Uhrzeit der Erhebung, der Operationssaal, das Alter, das Geschlecht und die Versicherung des Patienten sowie ob ein

Notfall vorlag oder nicht einen Einfluss auf die Vollständigkeit, den Zeitpunkt und die Berufsgruppe haben.

Die weitere Forschung sollte sich der Untersuchung der Qualität des Einsatzes der präoperativen Checkliste an anderen Spitälern annehmen. Das bedeutet, dass die teilnehmende Beobachtung und die Interviews durchgeführt werden. Damit könnten Vergleiche zum Spital Chur gezogen werden und herausgefunden werden, welche Barrieren, förderliche Faktoren und Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Checkliste in anderen Spitälern bestehen und ob sich diese von denjenigen der vorliegenden Studie unterscheiden. Zudem könnten die Ergebnisse zur Vollständigkeit, dem Zeitpunkt und der ausfüllenden Berufsgruppe verglichen werden. Als Stichprobe wären die Spitäler naheliegend, die am Projekt „progress! Sichere Chirurgie“ teilgenommen haben, da sie entweder die Einführung einer modifizierten oder einer neuen Checkliste hinter sich haben.

9. Literaturverzeichnis

- Berentzen, J. & Lennartz, S. (2010). Arbeitsplatz Operationsabteilung: Physische Belastungen für OP-Personal – Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention. *OP-Journal*, 26, 48-53.
- Borchard, A., Schwappach, D., Barbir, A. & Bezzola, P. (2012). A Systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in surgery. *Annals of Surgery*, 00, 1-9.
- Busemann, A., Schreiber, A. & Heidecke, C.D. (2012). Einführung von Operationschecklisten als Teil des Risikomanagements. *Urologie*, 51, 1541-1545.
- Cabana, M., Rand, C., Powe, N., Wu, A., Wilson, M., Abboud, P.A. & Rubin, H. (1999). Why don't Physicians follow Clinical Practice Guidelines? *JAMA*, 282 (15), 1458-1465.
- Clarke, J., Johnston, J. & Finley, E. (2007). Getting Surgery Right. *Annals of Surgery*, 246 (3), 395-405.
- Dittmar, N. (2009). *Transkription. Ein Leitfaden mit Aufgaben für Studenten, Forscher und Laien* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ertl-Wagner, B., Steinbrucker, S. & Wagner, B. (2009). *Qualitätsmanagement & Zertifizierung*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Fourcade, A., Blache, J.L., Grenier, C., Bourgain, J.L. & Minvielle, E. (2011). Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Quality & Safety*, 21, 191-197.
- Fudickar, A., Hörle, K., Wiltfang, J. & Bein, B. (2012). The effect of the WHO Surgical Safety Checklist on complication rate and communication. *Deutsches Ärzteblatt*, 109 (42), 695-701.

Haynes, A., Weiser, T., Berry, W., Lipsitz, S., Breizat, A., Dellinger, E., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P., Lapitan, M.C., Merry, A.F., Moorthy, K., Reznick, R., Taylor, B. & Gawande, A. (2009). A Surgical Safety Checklist to reduce Morbidity and Mortality in a global population. *The new England Journey of Medecine*, 360, 491-499.

Helferich, C. (2005). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag.

Iseringhausen, O. (2007). *Die Qualität der Qualität – Anspruch und Wirklichkeit des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen*. Stuttgart: ibidem.

Kantonsspital Graubünden (2011). *Checkliste Patientensicherheit im OP*, adaptiert n. WHO surgical safety checklist, 14.11.2011, sietho.

Kantonsspital Graubünden (2013a). *Qualitätskonzept*. Verfügbar unter: <http://www.ksgr.ch/qualitaetskonzept.aspx> [06.06.2014].

Kantonsspital Graubünden (2013b). *Sammlung aller Qualitätsaktivitäten KSGR 2013*. Verfügbar unter: <http://www.ksgr.ch/qualitaetsindikatoren.aspx> [06.06.2014].

Kantonsspital Graubünden (2014). *Über das KSGR*. Verfügbar unter: <http://www.ksgr.ch/organisation.aspx> [06.06.2014].

Lamnek, Siegfried (2010). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch* (5. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Moosbrugger, H. & Kelava, A. (2008). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer.

- Neily, J., Mills, P., Young-Xu, Y., Carney, B., West, P., Berger, D., Mazzia, L., Paull, D. & Bagian, J. (2010). Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality. *JAMA*, 304 (15), 1693-1700.
- O'Connell, D. & Kowal, S. (2010). Zur Transkription von Gesprächen. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch* (8. Aufl., S.437-446). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Ontario Hospital Association (2010). *Part B: Surgical Safety Checklist «How-To» Implementation Guide*. Verfügbar unter:
<http://www.oha.com/Root/Pages/searchresults.aspx?k=taylor%20d%20How%20to%20Implementation%20guide> [06.06.2014].
- Papadakos, N., Shelmerdine, S., Goh, G.S. & Belli, A.M. (2011). Implementing a modified WHO surgical safety checklist in Interventional Radiology. *St. George's Healthcare*. 1.
- Patient Safety First (2010). *Implementing the surgical safety checklist: the journey so far*. Verfügbar unter <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/Content.aspx?path=/About-the-campaign/> [06.06.2014].
- Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W. & Miller, E. (2007). Factors Influencing Best-Practice Guideline Implementation: Lessons Learned from Administrators, Nursing Staff, and Project Leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4 (4), 210-219.
- Porst, R. (2011). *Fragebogen – Ein Arbeitsbuch* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag.
- Psychologie-Lexikon (2014). *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen*. Verfügbar unter:
<http://www.psychology48.com/deu/d/qualitaetsmanagement-im-gesundheitswesen/qualitaetsmanagement-im-gesundheitswesen.htm> [06.06.2014].
- Stiftung für Patientensicherheit (2011). *A7: Sichere Chirurgie – Safe Surgery Saves Lives und die Bedeutung von Checklisten*. Verfügbar unter:

<http://www.patientensicherheit.ch/de/leistungen/Kongresse-Tagungen/Kongress-2011/Pr-sentationen/Dienstag-29--November-2011.html> [06.06.2014].

Stiftung für Patientensicherheit (2012a). *Schriftenreihe Nr. 5 – Operation Sichere Chirurgie*. Effretikon: DE Druck AG.

Stiftung für Patientensicherheit (2012b). *Pilotprogramm progress! Sichere Chirurgie, Broschüre*. Verfügbar unter: <http://www.patientensicherheit.ch/de/leistungen/Pilotprogramme-progress--/progress--Sichere-Chirurgie/Informations--und-Unterstützungsmaterial.html> [06.06.2014].

Stiftung für Patientensicherheit (2014). *Vertiefungsprojekt progress! Sichere Chirurgie*. Verfügbar unter: <http://www.patientensicherheit.ch/de/leistungen/Pilotprogramme-progress--/progress--Sichere-Chirurgie/Vertiefungsprojekt.html> [06.06.2014].

Stigler, H. & Felbinger, G. (2005). Der Interviewleitfaden im qualitativen Interview. In H. Stigler & H. Reicher (Hrsg.), *Praxisbuch empirische Sozialforschung* (S. 129-133). Innsbruck: Studien Verlag.

Van Klei, W., Hoff, R., van Aarnhem, E., Simmermacher, R., Regli, T., Kappen, T., van Wolfswinkel, L., Kalkman, C., Buhre, W.F. & Peelen, L. (2012). Effects of the introduction of the WHO „Surgical Safety Checklist“ on in-hospital mortality: a cohort study. *Annals of Surgery*, 255 (1), 44-49.

World Health Organization (2008). *Tools and resources*. Verfügbar unter: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Checklist_finalJun08.pdf?ua=1 [06.06.2014].

Zegers, M., de Bruijne, M., de Keizer, B., Merten, H., Groenewegen, P., van der Wal, G. & Wagner C. (2011). The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential prevention strategies. *Patient Safety in Surgery*, 5 (13), 1-11.

10. Selbständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Master-Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und nur mit den angegebenen Quellen, Hilfsmitteln und Hilfeleistungen erstellt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Veröffentlichungen oder anderen Quellen entnommen sind, wurden als solche kenntlich gemacht.

Appenzell, 11. Juni 2014

Maurizia Walzthöny

11. Anhang

Anhang A: Leitfaden für die Durchführung der Interviews inkl. Fragebogen

Interviewleitfaden

Einleitung:

Ich spreche meinen Dank an den Interviewpartner/in aus und erkläre, dass das Interview drei Teile hat, welche ich jeweils einleiten werde. Daraufhin nenne ich die Dauer des Interviews, welche etwa eine Stunde ist. Hinweis, dass ich es nach deren Einwilligung auf Tonband aufnehme für eine anschließend bessere Dokumentation. Zusätzlich weise ich auch die Freiwilligkeit und die Anonymität des Interviews hin.

Teil I: Erzählaufforderung zur Checkliste (dadurch wird die Fragestellung 5.1 beantwortet)

Teil II: Fragebogen mit Barrieren, inwiefern treffen diese in Chur zu (die Fragestellung 5.2 beantwortet)

Teil III: Erzählaufforderung förderliche Faktoren und Verbesserungsvorschläge (Fragestellungen 6.1, 7.1, 7.2 beantwortet)

Teil	Erzählaufforderung	Aufrechterhaltungsfragen	Nachfragen
1. Erzählaufforderung zur präoperativen Checkliste	Bitte erzählen Sie mir, wie Sie den Einsatz der präoperativen Checkliste in Ihrem Alltag erleben.	<p>Welche Barrieren behindern das korrekte Ausfüllen der Checkliste?</p> <p>Kommen Sie mit dem Inhalt der Checkliste problemlos klar?</p> <p>Wie ist der Einfluss der Führungskräfte auf den Einsatz der Checkliste?</p> <p>Wie ist der Einfluss des Teams auf den Einsatz der Checkliste?</p> <p>Was bringen Sie mit der Checkliste sonst noch in Verbindung?</p> <p>Hat es für Sie einen Sinn, dass sie ausgefüllt werden muss?</p>	<p>Was haben Sie konkret mit dieser Barriere gemeint? Können Sie mir das bitte genauer erklären?</p> <p>Welche Bedeutung hat für sie diese Checkliste?</p> <p>Wie sind Sie gegenüber dieser Checkliste eingestellt?</p>

2. Konkrete Barrieren aus Literatur	Fragebogen ausfüllen mit Barrieren aus Literatur. Hinweis geben, dass sie laut über die Aussagen des Fragebogens sprechen dürfen.		
3. Förderliche Faktoren und Verbesserungsvorschläge	<p>Bitte nennen Sie Faktoren, welche für das Ausfüllen der Checkliste förderlich sind.</p> <p>Was könnte Ihrer Meinung nach besser gemacht werden hinsichtlich des Einsatzes der Checkliste?</p> <p>Was könnte ihrer Meinung nach im Hinblick auf den Inhalt und das Design der Checkliste verbessert werden?</p>	<p>Was hat Ihrer Meinung nach einen positiven Einfluss auf das Ausfüllen der Checkliste?</p> <p>Was können Sie sonst noch dazu sagen?</p> <p>Was sollte Ihrer Meinung nach anders gemacht werden?</p> <p>Gibt es Punkte auf der Checkliste, mit denen Sie nicht einverstanden sind?</p> <p>Was sollte Ihrer Meinung nach besser gemacht werden?</p>	Was haben Sie konkret mit diesem Faktor gemeint? Können Sie mir das bitte genauer erklären?

Fragebogen

Bitte beurteilen Sie, inwiefern diese Aussagen aus Ihrer Sicht bezogen auf die Checkliste zutreffen.

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
1. Die Inhalte der Checkliste sind nicht verständlich.	<input type="checkbox"/>				
2. Für den Umgang mit der Checkliste fehlen Trainings.	<input type="checkbox"/>				
3. Die Checkliste ist aus meiner Sicht dringend auszufüllen.	<input type="checkbox"/>				
4. Mir sind die Konsequenzen bewusst, wenn die Checkliste nicht korrekt ausgefüllt ist.	<input type="checkbox"/>				
5. Das Team hat eine negative Einstellung gegenüber der Checkliste.	<input type="checkbox"/>				
6. Die Inhalte der Checkliste sind nicht sinnvoll.	<input type="checkbox"/>				

7. Auch wenn die Checkliste vollständig ausgefüllt wird, kann das Risiko für den Patienten nicht verkleinert werden.	<input type="checkbox"/>				
8. Das Ausfüllen der Checkliste ist eine zeitraubende Tätigkeit.	<input type="checkbox"/>				
9. Das Ausfüllen der Checkliste erreicht keinen offensichtlichen Effekt.	<input type="checkbox"/>				
10. Ich traue mir selbst nicht zu, Verantwortung für den Inhalt der Checkliste zu übernehmen.	<input type="checkbox"/>				
11. Die Checkliste wird als „Häkchen-setzen“-Übung angeschaut.	<input type="checkbox"/>				
12. Aufgrund der mehrfachen Abfrage von gleichen Punkten auf der Checkliste, ist das Ausfüllen nicht sinnvoll.	<input type="checkbox"/>				
13. Das Checklistendesign ist verbesserungswürdig.	<input type="checkbox"/>				
14. Beim mehrmaligen Abfragen von gleichen Punkten auf der Checkliste wird der Patient beunruhigt.	<input type="checkbox"/>				
15. Es bestehen Kommunikationsdefizite bezogen auf die Checkliste (Fehlen von zwischenmenschlichem Austausch untereinander) zwischen					
- Chirurgen und Anästhesisten	<input type="checkbox"/>				
- Anästhesisten und OP-Pflege	<input type="checkbox"/>				
- Anästhesisten und Lagerung	<input type="checkbox"/>				
- Anästhesie Pflege und Anästhesie Ärzte	<input type="checkbox"/>				
16. Von den Führungskräften wird das Ausfüllen der Checkliste als dringend angesehen.	<input type="checkbox"/>				
17. Das Spital Chur hat zu wenig Personal für das Ausfüllen der Checkliste.	<input type="checkbox"/>				
18. Bereits existierende Prozesse klären Punkte auf der Checkliste im Vorherein ab.	<input type="checkbox"/>				
19. Die Führungskräfte unterstützen das korrekte Ausfüllen der Checkliste.	<input type="checkbox"/>				