



Egészségügyi Ellátórendszer
Szakmai Módszertani Fejlesztése
EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001

**Helyzetértékelés a műtéti ellenőrzőlista
alkalmazásával kapcsolatban kialakult
magyarországi gyakorlatot illetően**
Verzió 1.0.

Eredménytermék készítésének dátuma:
2018.09.30.

SZÉCHENYI  2020

Európai Unió
Európai Szociális



„Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése”

Készítette az EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001

„Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című projekt Betegbiztonsági alprojekt ÁEEK munkacsoportja.

A projekt a Széchenyi 2020 program keretében valósul meg.



Eredménytermék készítője:

Szerzők:

Babarczy Balázs
Dr. Benedek Zsófia
Borbás Ilona
Dr. Huszti Zoltán

Szerkesztette:

Dr. Muzsik Béla

Előterjesztő:

Munkacsoport vezető neve: Dr. Lénárt Endre

Aláírás

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Lénárt Endre", written over a dotted line.

Jóváhagyó:

Alprojekt vezető neve: Dr. Belicza Éva

Szakmai vezető: Dr. Oroszi Beatrix

Aláírás

Two handwritten signatures in blue ink, one above the other, written over dotted lines. The top signature appears to read "Belicza Éva" and the bottom one "Oroszi Beatrix".

Konzorcium vezető: Országos Közegészségügyi Intézet

Konzorciumi tag: Állami Egészségügyi Ellátó Központ

Tartalomjegyzék

| | |
|---|-----------|
| Rövidítések jegyzéke..... | 2 |
| 1 VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ..... | 3 |
| 2 HÁTTÉR | 5 |
| 2.1 A vizsgálat célja | 5 |
| 3 MÓDSZERTAN | 6 |
| 3.1 A vizsgálat résztvevői, elrendezése | 6 |
| 3.2 Adatgyűjtés módszertana | 6 |
| 3.3 Elemzés módszertana..... | 7 |
| 4 EREDMÉNYEK | 9 |
| 4.1 Résztvevők..... | 9 |
| 4.2 A műtéti megbiztonság jellemzői..... | 10 |
| 4.3 A műtéti folyamatok során elvárt szervezeti kultúra, a megbiztonsági ellenőrzésekkel kapcsolatos műtői szerepek | 20 |
| 4.4 Az ellenőrző listák alkalmazásának gyakorlata | 34 |
| 4.5 A WHO csekklista implementációjának támogatása..... | 41 |
| 5 DISZKUSSZIÓ | 45 |
| 1. melléklet: Műtéti megbiztonsági interjú vázlat..... | 47 |
| Irodalom | 58 |

Rövidítések jegyzéke

ÁEEK: Állami Egészségügyi Ellátó Központ

TIG: Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ Térségi Igazgatósága

WHO: World Health Organization

WHO SSC: World Health Organization Surgical Safety Checklist

1 VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

A műtéti ellenőrző lista alkalmazásával kapcsolatban kialakult magyarországi gyakorlat helyzetértékelése során, 2018 júniusa és szeptembere között interjúk készítésével mértük fel a műtői megbiztonsággal és műtéti ellenőrző listák használatával kapcsolatos véleményeket és gyakorlatot a magyarországi kórházakban. 34 interjút készítettünk 18 intézményben; általában két interjúalannyal találkoztunk egy kórházban, akik közül 12-en Budapesten, 22-en vidéken dolgoztak. A megkérdezettek közül 21 fő volt vezető pozícióban, 13 fő pedig beosztott munkatársként vett részt.

A kvalitatív módszerű felmérés célja nem a csekklista-használattal kapcsolatos hazai helyzet általános érvényű értékelése, hanem a csekklista-használattal kapcsolatos meglévő gyakorlatok részletes bemutatása és a csekklisták bevezetéséről és hasznosságáról alkotott vélemények feltérképezése volt, mind a csekklistát használó, mind az illet nem alkalmazó intézményekben.

A felmérés során kérdéseket tettünk fel az intézmény általános megbiztonsági gyakorlataira és szabályozásaira, konkrétan a csekklisták bevezetésének és alkalmazásának részleteire, valamint a szervezeti kultúrára és a csekklistákkal kapcsolatos attitűdökre vonatkozóan.

Az interjúk során megkérdezettek a megbiztonságot összességében jónak értékelték az intézményükben. Ezen belül a vidéki intézményi válaszadók, a sebészek és vezetők, illetve a műtéti csekklistát alkalmazók adtak nagyobb arányban jó és kiváló értékeket. A válaszadók a rosszabb megbiztonságot infrastrukturális és HR nehézségekre, hiányosságokra vezették vissza, míg a vélemények alapján a jó megbiztonság a megfelelően szabályozott és ellenőrzött folyamatoknak és a jó csapatmunkának köszönhető.

Az intézményekben általában vannak a megbiztonságot szabályozó dokumentumok, de azok nem feltétlenül ismertek minden érintett körében. A szabályok betartásának ellenőrzése sem általános. Néhány intézményben megfigyelhető azonban a megbiztonság átfogó szabályozása. Kiemelhető egy vidéki megyei kórházban a folyamatok kiterjedt ellenőrzésének és az eredményeknek a gyakorlat fejlesztését szolgáló megbeszéléseken keresztüli visszacsatolásának jó gyakorlata.

A kórházakban alkalmazott műtéti csekklisták, akár WHO adaptációkról, akár saját fejlesztésű csekklistákról van szó, a WHO csekklistákban szereplő legtöbb ellenőrző kérdéssel megegyező vagy azokhoz hasonló, alapvető megbiztonsági kérdések ellenőrzésére irányulnak (betegazonosítás, megfelelő műtéti oldaliság megjelölése, beleegyező nyilatkozat, mintavételi edények megfelelő címkézése, műtét során felhasznált eszközök hiánytalan megléte, altatógép megfelelő működése, szükséges gyógyszerek rendelkezésre állása, allergia, antibiotikum profilaxis), illetve ezeket az ellenőrzéseket egészítik ki (MRSA szűrés, thrombosis profilaxis).

A hazai intézményekben alkalmazott csekklisták tartalmával kapcsolatban ugyanakkor kiemelendő, hogy azok általában nem kérdeznak rá a műtéti csapat hangos bemutatkozására, a feladatok hangos ismertetésére, az ápoló személyzetnek nem szükséges szóban is megerősíteni a beavatkozás nevét. A szakirodalomban igen fontosnak tartott szempont, hogy a csekklista alapvetően szóbeli kommunikáción alapuljon, és az ellenőrzés döntő része a teljes műtéti team jelenlétében, az ajánlott ellenőrzési pontokon tartott rövid szünetekben, a kérdésekre koncentrálna történjen. Az általunk vizsgált intézmények gyakorlatában ez jellemzően nem történik meg.

A műtéti csekklisták bevezetésével kapcsolatban kiemelendő, hogy a sikeres implementációban az intézmények többségénél kulcsszerepet játszott a kórház vezetőségének aktív közreműködése, vagy külső – projekt jellegű – támogatás. Ezt a folyamatot az esetek egy részében a bevezetésben érintettek kidolgozásba való bevonódása, aktív elköteleződése is támogatta, azonban ez nem mondható általánosnak. Több helyen nem szerveztek a csekklisták használatával és hasznosságával kapcsolatos képzést sem, az interjúalanyok többsége pedig nem tudott megnevezni a csekklista alkalmazásának betudható pozitív betegbiztonsági elmozdulást, nagyrészt mivel nem volt ilyen jellegű mérés, visszacsatolás. A műtéti team összehangoltságát, közös munkavégzését erősítő, minden szakmára kiterjedő gyakorlatok és képzések szinte teljesen hiányoztak a vizsgált intézményekből.

A műtéti csekklisták alkalmazása a csekklistát használó, általunk vizsgált intézmények nagyjából felében általános, minden műtetre kiterjedő, míg a többi vizsgált intézményben részleges jellegű volt. A csekklistát nem alkalmazó kórházakban az általános alkalmazást tartották inkább elképzelhetőnek. A csekklisták kitöltése szinte mindenhol papír alapon történik. A csekklista-koordinátor egyes országokban megfigyelhető szerepköre a hazai gyakorlatban nem terjedt el, ehelyett a csekklista-kitöltés felelőségének a különböző szereplők (sebész, aneszteziológus, asszisztencia stb.) közötti megosztása jellemző. A műtéti csekklisták használatát az intézmények felében ellenőrzik rendszeresen vagy alkalmanként, az ellenőréssel megbízott személyek, osztályok változatosak, nincs kialakult többségi gyakorlat. A csekklista-alkalmazás ellenőrzése leginkább arra irányul, hogy a betegdokumentáció tartalmazza-e a kitöltött és aláírt csekklistát. A nemzetközi szakirodalomban szereplő, műtői folyamatokat monitorozó rendszerek, rendszeres auditok hazai gyakorlata hiányos.

A szervezeti kultúrával kapcsolatos válaszokból nem rajzolódik ki egyértelmű kép. Bár a csapamunkát minden megkérdezett nagyon fontosnak tartotta, többségükben a hierarchiát is magasan értékelték, és míg sokak szerint a műtő minden dolgozója szól, ha hibát észlel a folyamatok közben, jelentős volt annak az állításnak a támogatottsága is, hogy a műtőben a kommunikációnak egyirányúnak kell lennie, a vezető orvostól a beosztottak felé.

A csekklistával kapcsolatos attitűdök általában pozitívak voltak, különösen a már csekklistát alkalmazó intézmények munkatársai körében, bár az értékelések szórása nagy. Spontán módon mindeközben csak a válaszadók kisebbsége jelölte meg a csekklistát, mint a betegbiztonság növelésének egyik elsődleges eszközét. Miközben a direkt kérdésekre adott válaszok alapján a vezetők és a beosztottak csoportjai között nem rajzolódott ki jelentős különbség a csekklista támogatását illetően, a válaszadók egymásról való percepciója alapján a vezetők támogatása nagyobb – bár ez első sorban a rendkívül támogatónak érzékelt kórházvezetésnek köszönhető. A csekklista alkalmazását legkevésbé támogató magatartást mutatóknak az operáló orvosokat tartották a kollégáik.

A csekklista bevezetésére való befolyás érzékelt mértéke nagyjából a szakmai-intézményi hierarchiában elfoglalt helyzettel arányos volt, bár a kórházvezetők önértékelésében ez nem teljes mértékben tükröződött. Ugyanakkor a műtővezető főorvosok csoportját viszonylag nagy befolyásúnak és kevésbé támogatónak tartották a válaszadók, így ők a csekklistával kapcsolatos meggyőzés és érzékenyítés egyik fontos célcsoportja lehetnek.

2 HÁTTÉR

A WHO műtéti biztonsági ellenőrző lista (WHO Surgical Safety Checklist – WHO SSC) a világ számos országának sebészeti gyakorlatába beépült. Egyes országokban országos szintű kötelező alkalmazás figyelhető meg, másutt a lista alkalmazása mellett régiók, tartományok, intézmények köteleződnek el, vagy szakmai szervezetek fogalmazzák meg ajánlásként a használatát. A kézikönyvek, útmutatók tartalma egyöntetűen megegyezik abban, hogy nem ír elő szigorúan betartandó szabályokat, megengedi, sőt bátorítja a csekklista és az alkalmazás helyi viszonyokra adaptálását, a létező betegbiztonsági folyamatokba történő beépítését és a csekklista adminisztrációs módszereinek a helyi szervezeti kultúrához illeszkedő megválasztását. A nemzetközi szakirodalomban nem találtunk egységes gyakorlatot a csekklista alkalmazásában sem az országok között, sem országokon belül. Az intézményi példák egyedi megoldásokat tükröznek, amelyek többnyire alkalmazkodnak a kézikönyvek ajánlásaihoz. Így a csekklista adminisztrálásában nincsenek szisztematikus kutatásokkal igazolt jó példák, csupán arról beszélhetünk, hogy melyek az erőteljesebben, illetve kevésbé elterjedt gyakorlatok. (A szakirodalom részletes összefoglalását ld. a WHO műtéti ellenőrző csekklista c. dokumentumban.)

A szakirodalom számos olyan tényezőt azonosít, amelyek a műtéti ellenőrző listák bevezetését és használatát támogatják, vagy éppen akadályozzák. Több tanulmány hangsúlyozza a csekklista bevezetésének akadályai közt egyrészt a műtőben uralkodó, túlzott hierarchiára épülő és a kommunikációt nem támogató kultúrát (1-7), másrészt a csekklista-használattal kapcsolatos hiányos ismereteket vagy téves feltételezéseket (1, 4, 6-13). Ezért lényeges annak vizsgálata, hogy a magyar egészségügyi intézmények érintett munkatársai hogyan gondolkodnak egy sebészeti csekklista betöltendő szerepéről.

2.1 A vizsgálat célja

Vizsgálatunk általános célja, hogy felmérjük a műtői betegbiztonsággal és műtéti ellenőrző listák használatával kapcsolatos véleményeket és gyakorlatot a hazai kórházakban. A vizsgálat során kvalitatív módszerekkel feltérképeztük a betegbiztonság és annak összetevőinek megítélését, a szervezeti kultúra betegbiztonsággal összefüggő jellemzőivel kapcsolatos attitűdöket. Továbbá felmértük, hogy alkalmaznak-e és ha igen, akkor milyen gyakori lalattal műtéti ellenőrző listákat Magyarországon, és végül vizsgáltuk, hogy mennyire támogatják a WHO csekklista implementációját a hazai intézményekben.

3 MÓDSZERTAN

3.1 A vizsgálat résztvevői, elrendezése

A vizsgálatban résztvevő intézmények és interjúalanyok kiválasztása célzott mintavétel (purposive sampling) módszerével történt, amely során műtővel rendelkező kórházak, országos intézetek és egyetemi fekvőbeteg intézmények vezető és nem vezető beosztású munkatársait kerestünk fel. A szakirodalomból ismert csekklista-alkalmazás különös beválogatási kritérium volt a vizsgálat során.

Vezető munkatársaknak tekintettük a következő munkakörökben dolgozókat:

- főigazgató,
- stratégiai igazgató,
- orvos igazgató,
- ápolási igazgató és helyettese,
- minőségügyi vezető,
- osztályvezető főorvosok és helyetteseik,
- orvosi részlegvezetők,
- műtőblokk vezető főorvosa,
- illetve minden olyan munkatársat, aki az utóbbinak felettese.

Beosztott munkatársaknak tekintettük a következőket:

- beosztott orvosok,
- asszisztensek,
- főnővér és főműtősnő,
- illetve minden munkatársat, aki a műtőt vezető főorvosnak de jure vagy de facto beosztottja.

A betegbiztonság fogalma alatt, a WHO meghatározása alapján, az egészségügyi ellátási folyamat során megelőzhető ártalmaktól való mentességet és az egészségügyi ellátással összefüggő szükségtelen ártalmak kockázatának elfogadható minimumra csökkentését értjük.¹

3.2 Adatgyűjtés módszertana

Az adatgyűjtéshez félig strukturált interjút alkalmaztunk, amelynek kérdéseit az ÁEEK szakértői csapata állította össze, a szakirodalmi összefoglalóban bemutatott témák alapján (1. melléklet).

A kérdőív összeállításánál a következő főbb kérdésekre kerestük a választ:

1. Milyen az általános betegbiztonsági környezet, amelyben a megkérdezettek tevékenykednek?

Milyen strukturális és folyamat-jellegű tényezők segítik, illetve akadályozzák a betegbiztonság fókuszba állítását és magas színvonalú megvalósítását a műtői munka során?

¹WHO: Patient Safety. <http://www.who.int/patientsafety/en/>

2. Milyenek a dolgozói attitűdök?

Milyen a megkérdezettek személyes attitűdje a műtői munkával, annak folyamatszerkezési, kommunikációs, együttműködési és megbízottsági aspektusaival kapcsolatban? Milyenek érzékelik a munkahelyükön érvényesülő általános attitűdöt ezekből a szempontokból? Mennyire nyitottak a csekklista-alkalmazásra, és milyen, a szakirodalomból ismert segítő, illetve gátló tényezők azonosíthatók attitűdjükben a csekklista megfelelő alkalmazása iránt?

3. Milyen ellenőrző listákat alkalmaznak a műtői folyamatokban?

Ki adminisztrálja, és ki dolgozza fel ezeket, készülnek-e elemzésre alkalmas statisztikák, és milyenek a résztvevők tapasztalatai?

4. Milyen a környezet fogadókészsége a WHO-csekklista alkalmazása szempontjából?

Ha már alkalmazzák a csekklistát: hogyan történt a bevezetés és kik játszottak ebben kulcsszerepet? Ha még nem alkalmazzák: milyen feltételek mellett és hogyan lehetne bevezetni; várhatóan kik támogatnák és kik akadályoznák ezt a folyamatot?

Az interjúvázlatot próbainterjú formájában két intézményben teszteltük. Az interjú készítői számára az interjúvázlattal és az interjúzás módszertanával kapcsolatban egy órás felkészítő megbeszélést tartottunk. Az interjú kérdéseit három csoportba soroltuk aszerint, hogy az adott intézményben jelenleg alkalmaznak, korábban alkalmaztak, vagy nem alkalmaznak műtői csekklistát. Az interjú lebonyolítása személyes beszélgetés formájában történt. Az interjúkat minden alkalommal két személy készítette, akik közül az egyik interjúztató a kérdések alapján beszélgetett az interjú alannyal, a másik interjúztató pedig a válaszokat jegyzetelte. Az interjú készítésében a szerzőkön kívül részt vettek: Dr. Pataki Piroska és a Torkosné Szabó Andrea (az Észak Alföldi TIG munkatársai) valamint Takács Erika és Szívósné Vakulya Lídia. Az interjú befejezését követően a válaszokat az interjúztatók közösen megbeszélték.

3.3 Elemzés módszertana

Az interjú során az egyes kérdésekre adott válaszokat Excel táblázatban rögzítettük. A táblázatban található adatokat, illetve az interjú során készített jegyzeteket tematikus elemzéssel dolgoztuk fel. A tematikus elemzéshez a témákat a feldolgozó táblában rögzített információk alapján határoztuk meg. A tematikus elemzésben használt fő témakörök képezik egyben az eredmények ismertetésének szerkezeti elemeit is. A témakörök, a fenti kutatási kérdéseknek megfelelően, a következők:

1. A megbízottság jellemzői

A megbízottság szubjektív értékelése és a megnevezett mögöttes problémák, fejlődési lehetőségek; a megbízottság intézményi szabályozó dokumentumai, azok betartásának ellenőrzése, a műtői kimenetek statisztikái.

2. A műtéti folyamatok során elvárt szervezeti kultúra, csekklistás ellenőrzésekkel kapcsolatos műtői szerepek

A műtéti folyamatok során elvárt szervezeti kultúra és a betegbiztonsági ellenőrzésekkel kapcsolatos műtői szerepek témában attitűdök, team-munka fejlesztés, a csekklista bevezetés megvalósíthatóságával kapcsolatos vélemények, a csekklista bevezetés és alkalmazás szereplői szempontok alapján értékeltük az dokumentumokat.

3. Az ellenőrző listák alkalmazásának gyakorlata

Milyen ellenőrzéseket alkalmaznak, azok mennyire kötelező érvényűek? Ha eddig már alkalmazták, akkor hogyan vezették be a csekklistát, ellenőrzik-e a használatát, valamint mit változtatnának a jelenlegi alkalmazáson.

4. A WHO csekklista implementációjának támogatása

Ebben a részben a WHO műtéti csekklista támogatás-befolyásolás mátrix eredményeit értékeljük.

A vélemények értékelésénél az alábbi szempontokat vettük figyelembe:

- Szakmai területek szerinti véleménykülönbségek/azonosságok
- Vezető-beosztott munkatársak szerinti véleménykülönbségek/azonosságok

4 EREDMÉNYEK

4.1 Résztvevők

2018 júniusa és szeptembere között 34 interjút készítettünk 18 intézményben. Intézményenként általában két interjúalannal találkoztunk.

Az interjúalanyokkal egymástól függetlenül, legtöbbször párhuzamos időszámban vagy rögtön egymást követően készítettünk beszélgetéseket, így elkerülvén az esetleges egyeztetés lehetőségét. (Három intézményben egy-egy munkatárssal, egy intézményben három munkatárssal beszélgettünk, egy intézményben pedig a két beszélgetésen két-két munkatárs volt jelent, akikkel egy-egy interjút folytattunk.) Székhelyek szerint az interjúk közül 12 Budapesten, 22 vidéken készült. (A Budapest-vidék székhely szerinti bontásra az elemzésben csak akkor térünk ki, ha a kérdéseinkre adott válaszok, vélemények e bontás szerint jelentősen megkülönböztethetők.) A megkérdezettek közül 21 fő volt vezető pozícióban, 13 fő pedig beosztott munkatársként vett részt.

1. táblázat: A megkérdezettek részletes megoszlása

| Pozíció | Beosztás | Budapest | | | | Vidék | | | Összesen |
|-----------------------------|---|----------|------------------|-------------------|---------------|---------------|------------------|---------------------------|-----------|
| | | kórház | országos intézet | egye-temi intézet | megyei kórház | városi kórház | egye-temi kórház | egynapos ellátási központ | |
| Vezetők | stratégiai igazgató | 1 | | | | | | | 1 |
| | orvosigazgató | 1 | | | 3 | | | 1 | 5 |
| | ápolási igazgató vagy helyettese | | | | 1 | 1 | | 1 | 3 |
| | minőségügyi vezető | | | | 1 | | | | 1 |
| | osztályvezető sebész vagy helyettese | | 2 | | 4 | | | | 6 |
| | osztályvezető aneszteziológus vagy helyettese | 1 | | | | | 1 | | 2 |
| | műtőblokk vezető | 1 | | | | 1 | 1 | | 3 |
| Vezetők összesen | | 4 | 2 | | 9 | 2 | 2 | 2 | 21 |
| Beosztottak | sebész | 1 | | 1 | 1 | | | | 3 |
| | aneszteziológus | | | 1 | 1 | | | | 2 |
| | aneszteziológiai asszisztens | 1 | | | 2 | | | | 3 |
| | főműtősnő, műtősnő | | 2 | | 3 | | | | 5 |
| Beosztottak összesen | | 2 | 2 | 2 | 7 | | | | 13 |
| Mind-összesen | | 6 | 4 | 2 | 16 | 2 | 2 | 2 | 34 |

Az intézmények megoszlása:

Budapest (7):

- négy kórház (Budapesti kórház 1, 2, 3, 4)
- két országos intézet (Budapesti országos intézet 1, 2)
- egy egyetemi intézet (Budapesti egyetemi intézet 1)

Vidék (11):

- nyolc megyei kórház (vidéki megyei kórház 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)
- egy városi kórház (vidéki városi kórház 1)
- egy egyetemi kórház (vidéki egyetemi kórház 1)
- egy egynapos ellátási központ (vidéki egynapos ellátási központ 1)

4.2 A műtéti megbiztonság jellemzői

Arra kértük az interjúalanyokat, hogy értékeljék a betegek biztonságát a műtétek során a saját intézményükben 1-5 skálán (ahol 1 a legrosszabb, 5 a legjobb érték), és nevezzék meg, mi befolyásolta az eredményeket.

A megbiztonságot - a megkérdezettek számára - az azt befolyásoló infrastruktúra, HR és a betegellátási folyamatok együttes következményeként értelmeztük.

Az eredményeket az elemzésben hisztogramokon ábrázoltuk, amelyek alulról zárt, felülről nyitott intervallumok gyakorisági függvényét mutatják – az egyes intervallumoknál ábrázolt gyakoriság-értékek tehát jellemzően az intervallum záró-értékéhez tartoznak, azonban beszámításra kerültek, amennyiben voltak ilyenek, az intervallumba eső tört értékek is.² A felmérés kvalitatív jellegéből fakadóan a hisztogramokon ábrázolt adatok semmi esetre sem alkalmasak általános érvényű következtetések levonására.

Limitációként kell megemlíteni azt a ténytet, hogy az interjúk során az intézmények többségének fenntartójától, az ÁEEK-től, illetve a Térségi Igazgatóságoktól érkeztünk a beszélgetésre, az érintett válaszadónál ez okozhatott torzítást az információ átadásban, az önértékelésben. Mindez megmutatkozhat az adott pontszámokban, valamint a műtői megbiztonság ok-okozati kapcsolatainak megnevezésében. Az értékelésben megjelenhet a válaszadónál az a szándék, hogy igazodjanak a felettes szervezettől elvárt eredményekhez - percepció torzítás -, vagy az a motiváció, hogy hangot adjanak olyan problémáknak, amelyek megoldását a kérdezők által képviselt fenntartótól remélik.

A megbiztonságra adott értékek

A megkérdezett intézmények esetében a megbiztonság értékelése 2/3-tól 5-ig terjed. Rosszabb, közepes értékeket - 2/3-3-3/4 - csak budapesti és Pest megyei kórházak adtak a megbiztonságra. Jó és kiváló értékeket - 4-4/5-5 - gyakrabban adtak vidéki kórházak, egyöntetűen kiváló (5-ös érték) értékelés ugyanazon intézmény több válaszadójától csak vidéki kórházakban fordult elő (három vidéki megyei kórházban és egy vidéki egynapos sebészeti központban).

² A hisztogramok címében hivatkozott állítások egyes esetekben az elhangzott kérdések egyszerűsített változatai. A kérdések pontos szövegét ld. az 1. mellékletben.

Egyetlen olyan intézménnyel (BP-i kórház 2) találkoztunk, ahol a betegbiztonság megítélése az intézmény két válaszadójánál markánsabban eltért, a két értékelés különbözősége egy skála értéknél nagyobb volt. (A sebész 5-re, az aneszteziológus 3/4-re értékelte a betegbiztonságot.) Ettől eltekintve az intézményekben párhuzamosan folytatott interjúkban (ami elvileg kizárja a válaszok egyeztetésének a lehetőségét) a válaszadók véleménye közel állt egymáshoz vagy megegyezett.

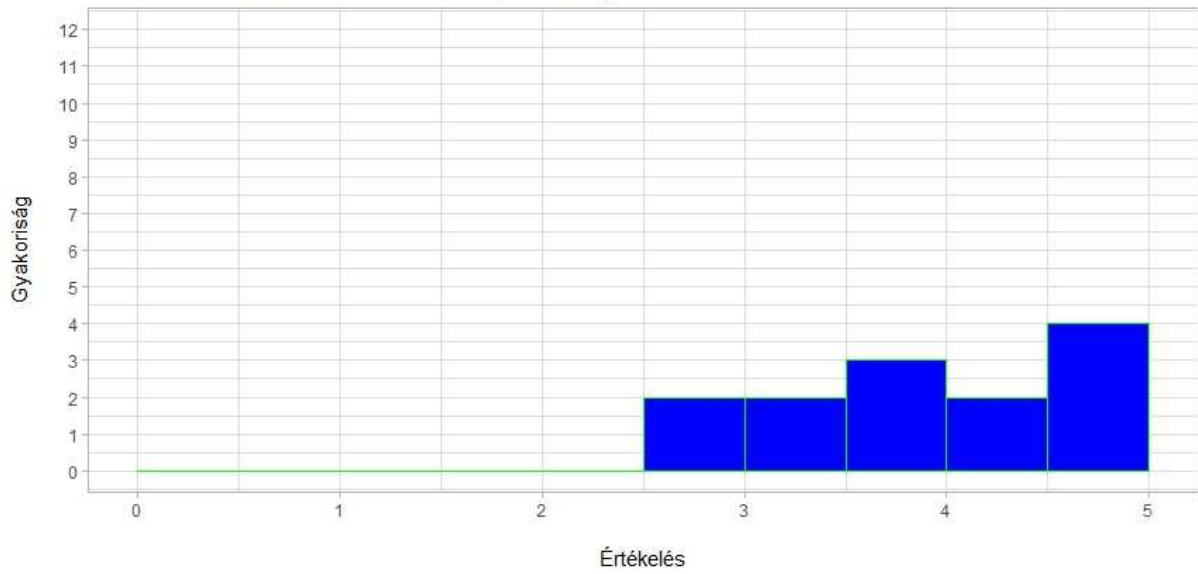
A betegbiztonság értékelésének szakmák szerinti megoszlásában azt látjuk, hogy ahol van különbség a sebész valamint másik oldalon az aneszteziológus vagy aneszteziológiai asszisztens, illetve műtősnő által adott pontszámában, ott többnyire (6:2 arányban) az orvos adott magasabb értéket, mint az említett más szakmák. (Mint az előzőekben erre utaltunk, ezek a különbségek, többségében fél-egy skála értékűek voltak.)

A vezetők és a beosztottak által nyújtott értékelések vizsgálata azt mutatja, hogy a vezetők értékelése kevéssel a beosztottak értékelése fölött van. A vezetők fele kiváló értékelést (5) adott a betegbiztonságra, míg ez a beosztottak csak harmadánál tapasztalható (1. ábra).

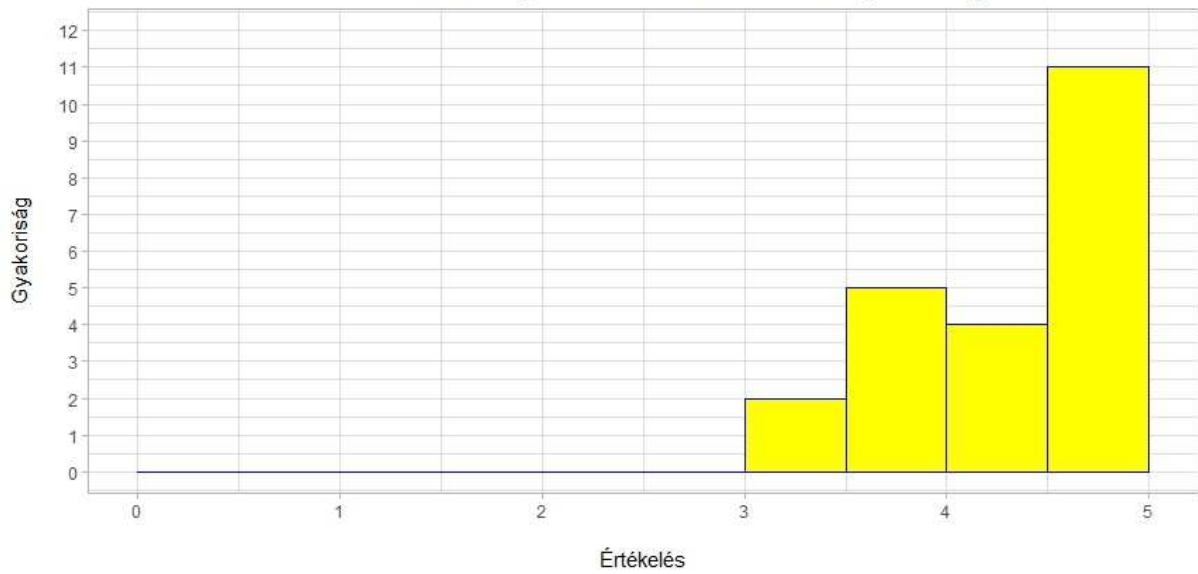
1. ábra: A műtéti betegbiztonság értékelése az interjú-alanyok körében



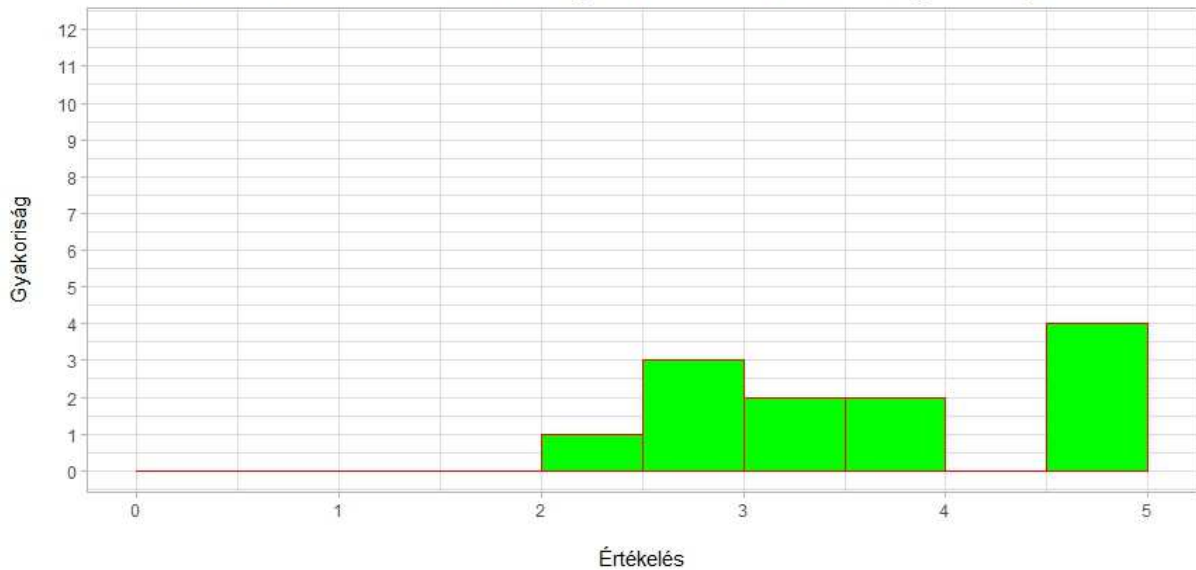
Beosztottak értékelése a műtéti megbíztságról



Csekklistát alkalmazó kórházakban dolgozók értékelése a műtéti megbíztságról



Csekklistát nem alkalmazó kórházakban dolgozók értékelése a műtéti betegbiztonságról



A csekklistát jelenleg általánosan használó intézmények (akár WHO csekklistát, akár saját fejlesztésű csekklistát használnak), nagyobb arányban adtak jobb pontszámokat a betegbiztonságra, mint a csekklistát jelenleg általánosan nem alkalmazók (1. ábra).

A betegbiztonságot meghatározó tényezők

A válaszadó, ha rosszabb értéket adott a betegbiztonságra, ezt elsősorban eszközök, műszerek, hiányára, nem megfelelő minőségére, rossz infrastrukturális feltételekre, HR hiányra vezette vissza.

Infrastrukturális problémák

Az említett betegbiztonságot veszélyeztető infrastrukturális nehézségek a budapesti intézményekben hangsúlyosabbak. Ezek közé tartoznak a régi, korszerűtlen épületek, a hosszú ideje felújítatlan műtők, a légkondicionálás problémái (szűrők megfelelő időközönkénti cseréjének pénzügyi fedezet hiányában történő elmaradása), nem megfelelően fertőtleníthető padlók, a műtőberendezések, eszközök hibái (20-25 éves műtőasztalok, régi lámpák, cserére váró altatógépek és kéziműszerek, gyenge minőségű varrófonalak). Voltak olyan intézmények, ahol hiányzik a műtőhöz az előkészítő helyiség, amelyben megtörténhetne a narkózis bevezetése, gyorsítható lenne a műtétekre kerülő betegek átadása (pl. BP-i kórház 3), illetve az előkészítő az altatásra nem alkalmas (pl. vidéki megyei kórház 2). Hasonlóképpen nincs mindenütt ébredőszoba, posztoperatív részleg (pl. BP-i kórház 2, vidéki megyei kórház 6). Hasonlóan több intézményben vélelmeznek összességében elégtelen műtőkapacitást. A vélt kapacitáshiány gyorsított folyamatokhoz vezet, ami korlátozza az ellenőrzésekre fordítható időt és energiát. A kapacitáshiány lehet infrastrukturális vagy HR eredetű is.

HR hiány

A biztonságot veszélyeztető HR hiány elsősorban a szakdolgozóknál, a műtősnőknél, műtőssegédeknel, helyenként az aneszteziológusoknál jelentkezik. Ez pl. a műtőssegédek esetében az abszolút hiányon kívül a minőségi munkaerő hiányát, a minőségi cserék nehézségét is jelenti. Az egymás után következő műtéteket több helyen ugyanaz a

műtőszemélyzet végzi, így pihenés nélkül kell a dolgozóknak akár az egész munkanapot végigdolgozni. A dolgozók fáradtságával nő a hiba bekövetkezésének kockázata.

A HR-hez és a folyamatszabályozáshoz egyaránt kapcsolódó, a betegbiztonságot negatívan érintő említett probléma még a tervezett folyamatok, a tervezett napi műtéti rend orvosok általi, egyéni motivációkból történő indokolatlan felborítása, amelyek felesleges kockázatokat rejtenek magukban. Ez a problémakör többek szerint a hálapénz elterjedtségével („aki operál, az keres”), az orvosok között jellemző hierarchikus viszonyok jellemző jelenlétével függ össze.

Nem lehet figyelmen kívül hagyni a szintén több helyen említett, betegekre jellemző rossz higiénés jellemzőket, melyen több válaszadó szerint a betegegyredukáció segítségével lehetne javítani.

Folyamatszabályozás

Az elhangzott vélemények szerint a jó értékek szinte mindig a folyamatok megfelelő szabályozottságának, a többszintű ellenőrzéseknek, az összeszokott csapatmunkának az eredményei.

Átszervezték a műtéti betegutakat, számos ellenőrzést vezettek be, pl. többpontos betegazonosítást végeznek, alapos preoperatív kivizsgálást és preoperatív kockázatértékelést folytatnak, csekklistákat alkalmaznak: műtétes beteg előkészítésének csekklistája, beteg átvétel/átadás csekklistája, műtéti ellenőrzési lista, adaptált WHO műtéti csekklista stb. (lásd: **Hiba! A hivatkozási forrás nem található.**). Ezek az ellenőrzések betegszintűek, az ellenőrzések dokumentumai a betegdokumentáció részét képezik. Vannak olyan ellenőrzések, amelyek a nap folyamán egyszer fordulnak elő, ilyen a műtéti nap kezdetén pl. az aneszteziológia altatógép működőképessége ellenőrzésének csekklistája, vagy a biztonságos műtőelőkészítés csekklistája (takarítás, berendezések, eszközök sterilizálása).

A biztonságos műtéti rendet szolgálják a műtétet megelőző nap délutánján vagy a műtéti nap reggelén tartott megbeszélések, amit tarthatnak külön a sebészek és az aneszteziológusok, mindkettőn a műtősnő részvételével (vidéki megyei kórház 1), illetve a különböző szakmák együtt (vidéki egynapos sebészeti központ). Ezekon a megbeszéléseken a napi műtéti program egyeztetése zajlik.

A csekklista-alkalmazás betegbiztonságot javító eszközként való alkalmazásának lehetősége – spontán említésként - olyan intézmények válaszadóinál is előfordult, ahol a csekklistaszerű ellenőrzés jelenleg nem jellemző (BP-i kórház 3 és vidéki megyei kórház 7), ezek a válaszok azonban nem jellemzők a csekklistát nem alkalmazó válaszadók teljes körére. A következő fejezetben ugyanakkor láthatjuk, hogy az attitűd felmérések során feltett kérdésre (Egyetértésem 1-5 skálán a következő állítással: Meggyőződésem, hogy egy műtéti csekklista alkalmazása növeli a betegbiztonságot) a csekklistát nem alkalmazó válaszadók közül már nagyobb számban jelölték az „elvárt” tekinthető választ, és értettek egyet a csekklista betegbiztonságot javító szerepével.

A betegbiztonság meghatározó feltételének, a jó betegbiztonsági eredmények fontos befolyásoló tényezőjének tartja a megkérdezettek jelentős része az összeszokott műtői személyzet jó csapatmunkáját (pl. vidéki megyei kórház 2 és BP-i országos intézet 1).

2. táblázat: Összefoglaló táblázat a betegbiztonság értékeléséről a megkérdezettek válaszai alapján

| Intézmény | Értékelés 1 | Értékelő 1 | Ok | Értékelés 2 | Értékelő 2 | Ok | Értékelés 3 | Értékelő 3 | Ok |
|--------------------------------|----------------|--------------------------------|---|----------------|---|---|----------------|---------------|----|
| BP-i kórház 1 | 2/3 | stratégiai igazgató | infrastruktúra, kapacitáshiány | | | | | | |
| BP-i kórház 2 | 5 | műtővezető sebész | a folyamatok jók, karszalagos betegazonosítás-betegátadás műtőbe érkezéskor | 3/4 | osztályvezető aneszteziológus | infrastruktúra (nincs ébredőszoba, posztoperatív részleg) | | | |
| BP-i kórház 3 | 3 | orvosigazgató | infrastruktúra és HR problémák, előkészítő használata segítene | 3 | aneszteziológiai szakasszisztens és műtősnő | infrastruktúra, takarítás, sterilizálás, beteg fűtés-hűtés javításra szorul, folyamat szempontjából csekklista segítene | | | |
| BP-i kórház 4 | 3 | sebész | | | | | | | |
| BP-i országos intézet 1 | 5 | osztályvezető helyettes sebész | jó koordináció, jó színvonalú szakszemélyzet | 4/5 | műtősnő | folyamatban többféle biztonsági adatlap használata (5), infrastruktúra és HR területén van mit javítani (4) | | | |
| BP-i országos intézet 2 | 3/4 | osztályvezető sebész | infrastruktúra | 3/4 | műtősnő | HR problémák vannak, sterilitás rendben | | | |
| BP-i egyetemi intézet 1 | 4 | sebész | infrastrukturális problémák, HR, technológia jó | 5 | aneszteziológus | aneszteziológia szempontjából értékelt, jól működő folyamat | | | |

| Intézmény | Értékelés 1 | Értékelő 1 | Ok | Értékelés 2 | Értékelő 2 | Ok | Értékelés 3 | Értékelő 3 | Ok |
|-------------------------------|----------------|---------------------------------|--|----------------|------------------------------|---|----------------|---------------------|---|
| Vidéki megyei kórház 1 | 4/5 | osztályvezető sebész | folyamat jó (5), infrastruktúra (4), HR (4/5) javítható | 3/4 | főműtősnő | infrastruktúra | | | |
| Vidéki megyei kórház 2 | 4/5 | sebész | összeszokott csapatmunka | 4 | aneszteziológus | felesleges műtétek, egyéni érdekek, hierarchia | 4 | minőség-ügyi vezető | infrastruktúra problémás, HR, folyamatokban |
| Vidéki megyei kórház 3 | 5 | orvosigazgató | csekklista használat jó, infrastruktúra, HR javítható | | | | | | |
| Vidéki megyei kórház 4 | 5 | osztályvezető helyettes főorvos | többszöri azonosítás, kivizsgálás, klinikai adatok áttekintése | 5 | aneszteziológiai asszisztens | többszintű betegazonosítás, aneszteziológiai ellenőrzés, HR problémák | | | |
| Vidéki megyei kórház 5 | 5 | orvosigazgató | többszintű kontroll, azonosítás | 5 | főműtősnő helyettes | szabályozottság, szakmaiság, ellenőrzés, HR problémák | | | |
| Vidéki megyei kórház 6 | 5 | osztályvezető főorvos | többszöri betegazonosítás - program szerinti működés a műtőben | 4 | műtős szakasszisztens | beteghygiéné, műtéti programok szervezésének problémái, HR hiány | | | |
| Vidéki megyei kórház 7 | 5 | orvosigazgató | központi műtőben betegutak átszervezése, betegazonosítás - ellenőrző lista | 5 | főműtősnő - ápolási igazgató | szabályozott működés, folyamatosan biztosított technikai háttér | | | |

| Intézmény | Értékelés 1 | Értékelő 1 | Ok | Értékelés 2 | Értékelő 2 | Ok | Értékelés 3 | Értékelő 3 | Ok |
|--|----------------|----------------------------|--|----------------|---|---|----------------|---------------|----|
| Vidéki megyei kórház 8 | 4 | osztályvezető főorvos | rendben lévő folyamatok, elégtelen és képzetlen személyzet, nem megfelelő infrastrukturális feltételek | 5 | aneszteziológiai asszisztens | jó folyamat | | | |
| Vidéki városi kórház 1 | 4 | sebész, műtővezető főorvos | BELLA szerinti megfelelés, csekklista alkalmazás, műtői kockázatelemzés, fertőzés megelőzés | 4 | intenzív főnővér helyettes – ápolási igazgató helyettes | továbbképzés, oktatás, egységesítés | | | |
| Vidéki egyetemi kórház 1 | 5 | műtőblokk vezető sebész | protokoll szerinti működés, javítható lenne a HR | 4/5 | aneszteziológus részlegvezető főorvos | HR, infrastruktúra hiányos, oldaliság nincs jelölve | | | |
| Vidéki egynapos sebészeti központ 1 | 5 | orvosigazgató | folyamatszabályozás, csekklista használat, erős adminisztratív oldal | 5 | intézeti főnővér | odafigyelés | | | |

A betegbiztonságot szabályozó dokumentumok

A műtői munkát érintő betegbiztonságra vonatkozó szabályozások a legtöbb intézményben megtalálhatók.

Egy esetben azonban a válaszadók (BP-i országos intézet 2) ezekre alig tudtak példát említeni. Ez jelzésértékű abban a vonatkozásban, hogy ha létezik is szabályozás, azt a dolgozók nem mindig ismerik.

A válaszadók szerint a szabályozások hordozói a legkülönbözőbb szintű dokumentumok lehetnek. Az említettek között vannak az SZMSZ-től kezdve a házirenden keresztül a munkaköri leírások.

Az általános, nem specifikusan ezt a szakmai területet érintő szabályozások mellett említésre kerültek olyan dokumentumok is, amelyek kifejezetten a műtői betegbiztonságra irányulnak. Ilyenek a műtői folyamatokat érintő szabályzatok, eljárásrendek, protokollok, műtői vagy műtétkez kapcsolódó folyamatleírások, utasítások (beteg műtőbe kerülése, gépek felülvizsgálata, kézfertőtlenítés, bemosakodás, fertőtlenítés, műtétek közötti takarítás, idegentest ellenőrzés, ellenőrző listák használata stb.). A műtéti ellenőrző listák használata főigazgatói utasításban is rögzített lehet (BP-i országos intézet 1). Van, ahol a folyamatszabályozás az évente auditált minőségirányítási rendszer része (vidéki egynapos sebészeti központ).

Találkoztunk olyan előírással, amely a sebészeti kockázatkezelés különböző folyamat fázisokban követendő feladatait egy dokumentumban szabályozza (Vidéki megyei kórház 4). Ezen folyamat fázisok a műtét előtti kivizsgálás, a perioperatív csekklista alkalmazása (WHO biztonságos sebészeti ellenőrző lista), valamint a beteg műtét utáni felügyelete. Az adott intézményben a perioperatív felmérést a műtétes beteg előkészítésére vonatkozó adatlap egészíti ki. A napi munka megkezdése előtt az altatókészülék működőképességét egy ellenőrző lista segítségével dokumentálják.

A betegelőkészítésre és az altatókészülékek ellenőrzésére vonatkozó csekklisták a betegbiztonságot szabályozó dokumentumok leggyakoribb alkotóelemei.

A szabályzatokról általában az új dolgozókat oktatják; volt intézmény, ahol az oktatás dokumentálását is fontosnak tartották megemlíteni (BP-i országos intézet 1).

A betegbiztonsági szabályok betartásának ellenőrzése, visszacsatolás

A betegbiztonságot szabályozó előírások betartásának ellenőrzésére a megkérdezettek többsége említett példát.

A 18 intézményből négy intézmény adott nemleges választ, vagyis nem ellenőrzik a szabályok betartását (BP-i kórház 2 és 4, vidéki megyei kórház 1 és 7).

Másutt belső és külső auditok, fókuszauditok, az audit szintjét el nem érő szűrőpróba szerű vagy rendszeres ellenőrzések vannak. Ezeket többnyire a minőségirányítás, higiénés osztály, higiénikus főorvos (vidéki megyei kórház 2 és 4, BP-i kórház 1 és 3, BP-i országos intézet 2), műtővezető főorvos (vidéki városi kórház 1) végzi.

Az ellenőrzésekről több helyen történik visszacsatolás, pl. hivatalos értesítés az osztályvezetőnek, amely alapján az eredményeket az értekezleteken megbeszélik (vidéki megyei kórház 2, BP-i országos intézet 1, BP-i kórház 1).

A problémák tisztázása elsősorban a folyamatok javítása érdekében történik.

A feltárt problémák alapján a megkérdezett intézményekben általában nem történik személyes felelősségre vonás, de az érintett munkatársakkal előfordul a problémák tisztázására szolgáló szűk körű (BP-i kórház 1) vagy osztály szintű (BP-i egyetemi intézet 1) megbeszélés.

A visszacsatolás egyik formájának tekinthetők a beszámolókon alapuló értekezletek (BP-i országos intézet 1, vidéki megyei kórház 2 stb.). Egy BP-i egyetemi intézetben a reggeli sebészeti konzultációkon beszélnek meg az előző napi műtéteket is. Ezen részt vesznek a sebészek, a főműtősnő, a főnővér és a műtőorganizátor (aneszteziológiai szakasszisztens, akinek a feladata a műtéti terv összeállítása) (BP-i egyetemi intézet 1). Másutt a havi főorvosi értekezleten történik a kockázatok anonim értékelése (BP-i kórház 1).

Egy vidéki megyei kórház (vidéki megyei kórház 1) osztályvezető főorvosa a betegbiztonság garanciájának tartja, hogy szinte minden elhunytat felboncolnak, amelyen kötelező az operatőrnek is részt venni, a tapasztalatról pedig a reggeli megbeszélésen beszámolni.

Statisztika a műtéti kimenetekről

A műtéti kimenetek eredményét leíró statisztika vezetéséről az intézmények választai megoszlóak.

Több helyen arról nyilatkoztak, hogy a műtéti kimenetekről semmilyen statisztikát nem vezetnek (pl. vidéki megyei kórház 7, vidéki városi kórház 1, BP-i országos intézet 1).

Az intézmények egy részében a reoperációkról és esetleg a halálózásról vezetnek statisztikát (vidéki megyei kórház 4, 5 és 8). Előfordult az aneszteziológiai szövődményekről (vidéki megyei kórház 4), szепtikus szövődményekről (vidéki megyei kórház 8) vezetett statisztika említése is.

Másutt osztályos minőségirányítási indikátorok sorát említették a sebészeti tevékenység minőségének mérésére: arteria carotis rekonstrukció utáni stroke, tervezett hasi aorta aneurisma miatti műtét utáni 30 napos mortalitás, laparoskopos epehólyagműtétnél epevezeték-sérülés, tervezett vastagbél-műtétek során képzett bél anastomosisok elégtelenségi rátája (vidéki megyei kórház 2). Ebben az intézményben a minőségirányítás számára a reoperációk statisztikáját négy ok szerinti bontásban (varratelégtelenség, sepsis, vérzés vagy bélelzáródás) regisztrálják. Az indikátorok eredményeit és trendjeit az osztályok időnként prezentálják, országos számadatokkal (szakmai kollégium ajánlásaival stb.) vetik össze. Hetente rögzítik a sebfertőzéseket, a kiugró értékek mögött rejlő tényezőket megvizsgálják. Adatokat gyűjtenek az oldaltévesztésről, idegen test bennmaradásról, súlyos, nemkívánatos eseményekről.

4.3 A műtéti folyamatok során elvárt szervezeti kultúra, a betegbiztonsági ellenőrzésekkel kapcsolatos műtői szerepek

Az interjúk során feltett attitűd-kérdések egyrészt a műtőben megvalósuló hierarchikus viszonyokkal, másrészt pedig a csekklista lehetséges szerepével kapcsolatos vélekedésekre vonatkoztak.

A kérdésekre 1-5 közötti válaszok voltak adhatók, ahol 1 jelzi a legkevésbé egyetértést és 5 a teljést. Az elemzés során megkülönböztetjük egyrészt a vezető és a beosztott munkatársakat, másrészt a csekklistát alkalmazó és nem alkalmazó intézmények dolgozóit (a listát korábban alkalmazó, de már nem használó ellátókat is az utóbbi kategóriába sorolva). Az egyes válaszok gyakoriságát itt is hisztogramokon ábrázoltuk. Néhány válaszadó kiegészítette mondandóját magyarázó, értelmező szempontokkal, melyeket az elemzésben is több helyen megjelenítettünk, de kizárólag illusztrációs jelleggel.

A műtőben érvényesülő szervezeti viszonyokra vonatkozó kérdések a szakirodalom ez irányú következtetéseivel összhangban a hierarchia és a csapatmunka kérdéseire vonatkoztak.

Vizsgáltuk egyrészt azt, hogy a műtéti folyamat szereplői:

- milyen fontosnak ítélik ezeket a szempontokat;
- hogyan látják ezek gyakorlati megvalósulását a kommunikációban;
- milyennek ítélik meg a különböző műtői szerepeket;
- mit gondolnak a szervezet változásokra való nyitottságáról.

Bár az egyes kérdésekre adott válaszok a különböző csoportokban jellemzően hasonló irányba mutattak, a csekklistát alkalmazó és nem alkalmazó megkérdezettek egyes válaszainak eloszlásában megfigyelhetőek voltak jelentősebb különbségek is.

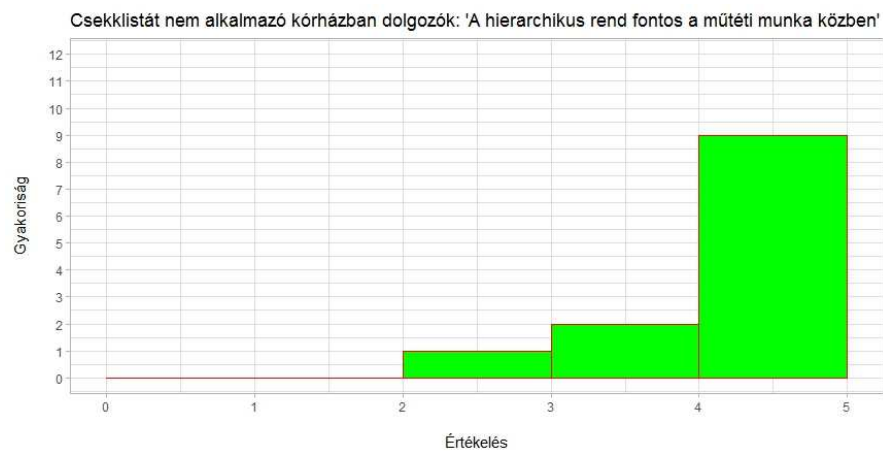
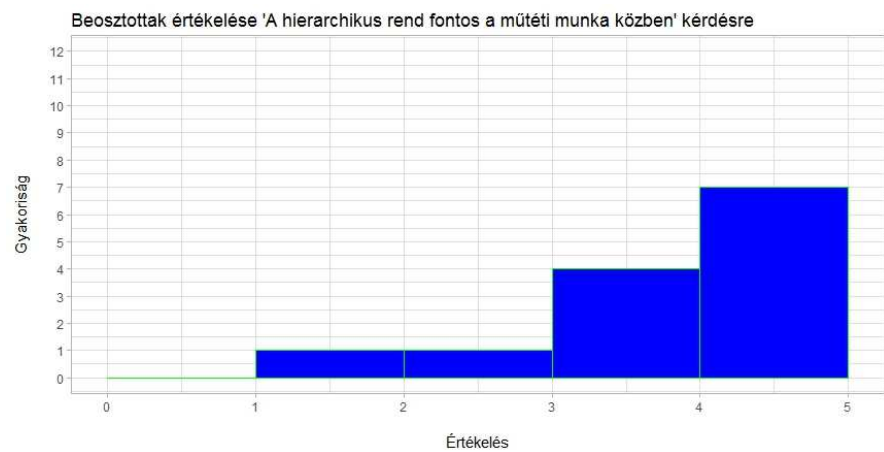
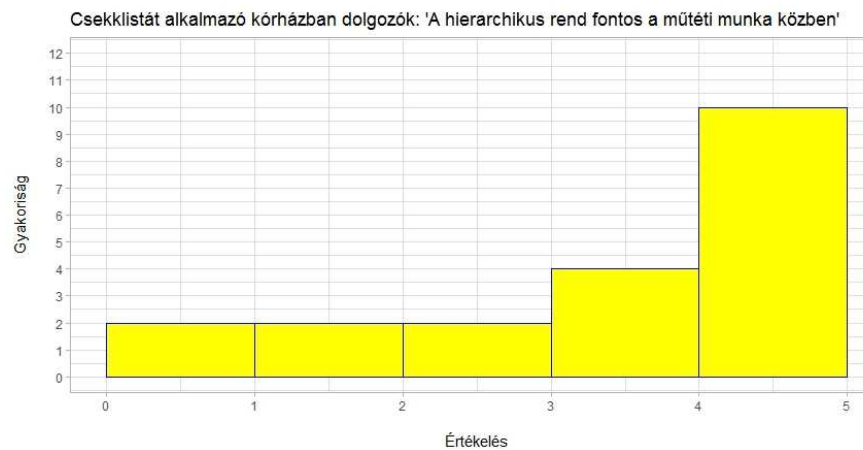
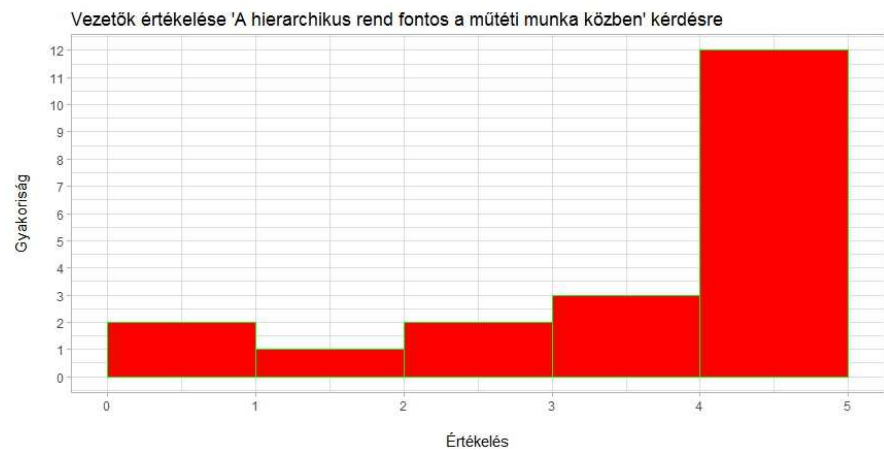
Meglátások a műtő szervezeti kultúrájára vonatkozóan

Az legtöbb interjú-alany egyaránt fontosnak minősítette a műtőben a hierarchia és a csapatmunka értékeinek érvényesülését.

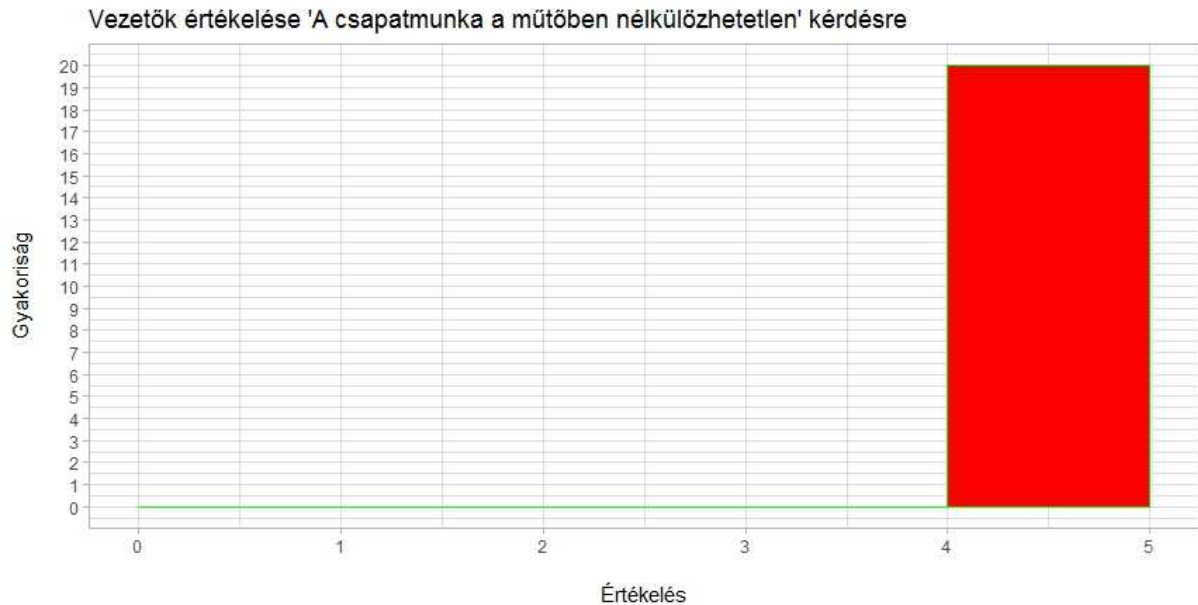
Többségük nagymértékben egyetértett azzal az állítással, hogy a hierarchia fontos a műtéti munka közben. A vezető és beosztott munkatársak között ebben a tekintetben nem volt jelentős különbség, ahogy a csekklistát alkalmazók és nem alkalmazók között sem (2. ábra).

Még nagyobb arányban, sőt, teljes egyhangúsággal nyilatkoztak a megkérdezettek a csapatmunka fontosságáról is (3. ábra). Egy budapesti kórház (BP-i kórház 3) beosztott munkatársa jelezte csupán, hogy bár a csapatmunka jelentőségét ő is maximálisra értékeli, a gyakorlatban ez nem minden esetben érvényesül a műtőben, elsősorban a magasabb pozícióban lévő orvosok tekintélyelvű hozzáállása következtében.

2. ábra: Interjúalanyok értékelése a hierarchikus rend fontosságával kapcsolatban



3. ábra: Interjúalanyok értékelése a csapatmunka fontosságával kapcsolatban



Azzal kapcsolatban, hogy a műtőben a kommunikációnak egyirányúnak kell-e lennie a vezetők felől a beosztottak irányába – ami akadálya lehet a megfelelő probléma-visszajelzési gyakorlat megvalósulásának – meglehetősen megosztott volt a válaszadók véleménye.

A csekklistát nem alkalmazó interjúalanyok csoportjában az állítás határozottabb támogatása volt észlelhető, miközben a csekklistát alkalmazó megkérdezettek között az egyes válaszlehetőségek szinte mind azonos számban fordultak elő. A beosztott megkérdezettek szintén valamivel inkább hajlottak az egyetértésre, mint vezető kollégáik (4. ábra). Miközben

több válaszadó is hangsúlyozta, hogy a kommunikációt a műtétért felelősséget viselő vezető orvosnak kell kézben tartania, a visszacsatolások fontosságára is többen felhívták a figyelmet.

Polarizáltabb válaszokat kaptunk arra a kérdésre, hogy egy felkészült orvos utasítási fontosabbak-e a formális betegbiztonsági szabályoknál.

Némileg kontrainuitív módon, a vezető beosztású interjúalanyok közül voltak néhányan, akik teljes mértékben elutasították ezt az állítást, miközben a beosztottak jelentős része támogatta azt.

Ebben az esetben határozott eltérés mutatkozott a csekklistát alkalmazó és nem alkalmazó interjúalanyok válaszai között is: míg előbbi csoportban a többség elutasította az állítást, addig az utóbbiban szereplő interjúalanyok inkább támogatták azt (5. ábra). Ez az eredmény az előbbinél inkább megfelel a várakozásoknak, amennyiben a standardizált folyamatok támogatása határozottabbnak mutatkozott a csekklistát alkalmazó megkérdezettek között.

Számos megkérdezett hangsúlyozta azt is, hogy ideális esetben a két szempont egybeesik, és leginkább a sürgős esetek lehetnek olyanok, amikor az előre rögzített szabályoktól való eltérésre van szükség. Ezek a megszólalók (pl. BP-i kórház 1 stratégiai igazgatója, illetve BP-i kórház 2 aneszteziológus osztályvezető főorvosa) ilyen esetekben általában indokoltnak tartották a műtétet vezető orvos belátása alapján való eltérést.

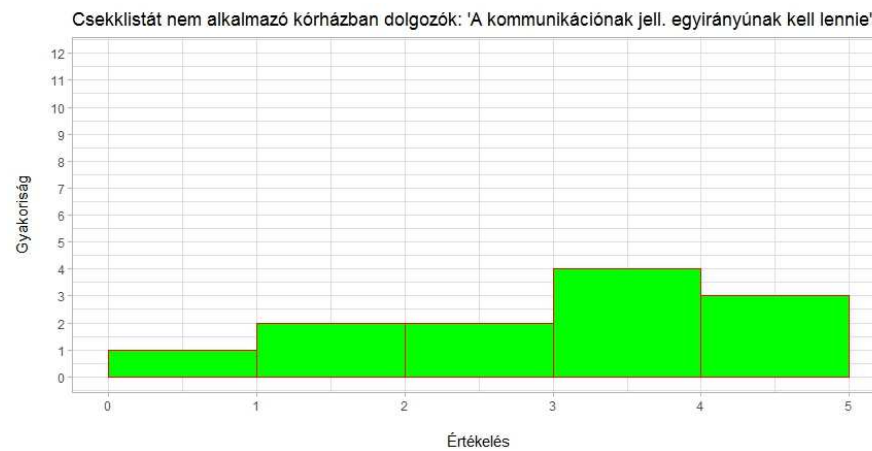
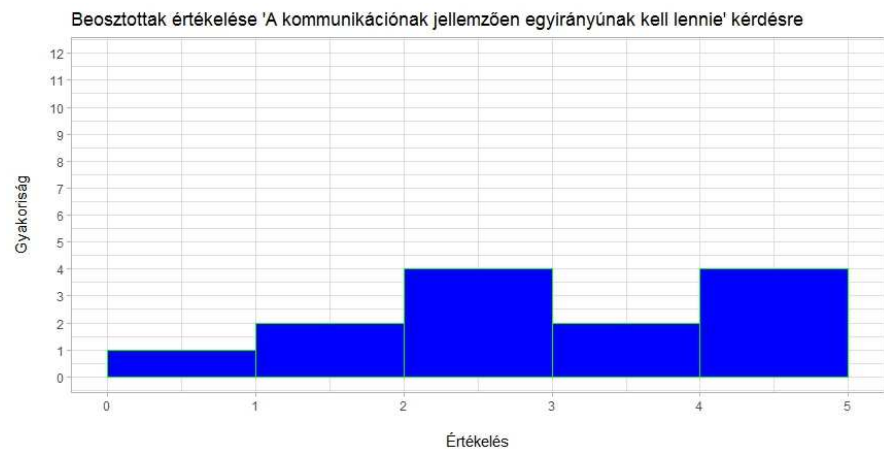
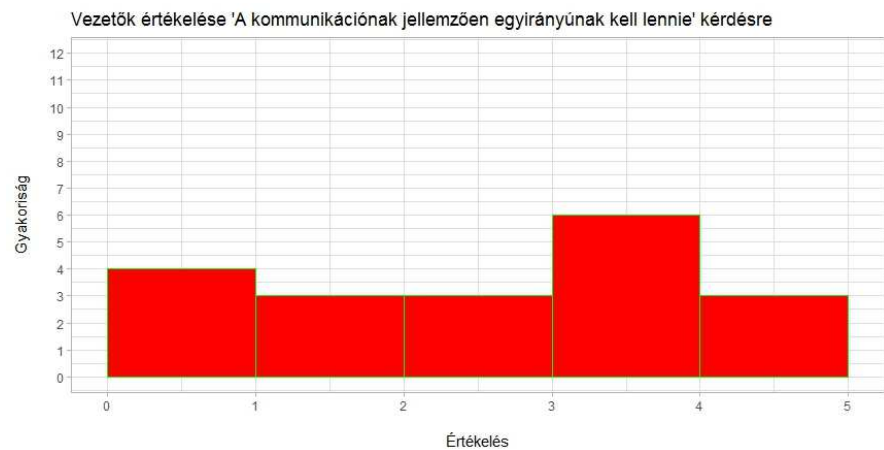
Megszólók voltak a válaszok abban a tekintetben, hogy minden műtői dolgozó egyformán nyitott-e a betegbiztonságot javító változtatásokra. A beosztott interjúalanyok körében valamivel erőteljesebb volt az állítás támogatása, mint a vezetők között, ahogy a csekklistát nem alkalmazó megkérdezettek is inkább egyetértettek vele, mint a csekklistát használók (6. ábra).

Az egyes műtői dolgozók közötti különbségek okaként azonban változatos tényezőket jelöltek meg: egyesek szerint a nyitottság a képzettség szintjével van pozitív összefüggésben, mások generációs szempontokat, megint mások az egyéni személyiség jelentőségét emelték ki. Volt olyan válaszadó (vidéki megyei kórház 2 beosztott sebész szakorvosa), aki közelebbről meg nem nevezett érdekeltségi viszonyokat tartott a változások fő okának.

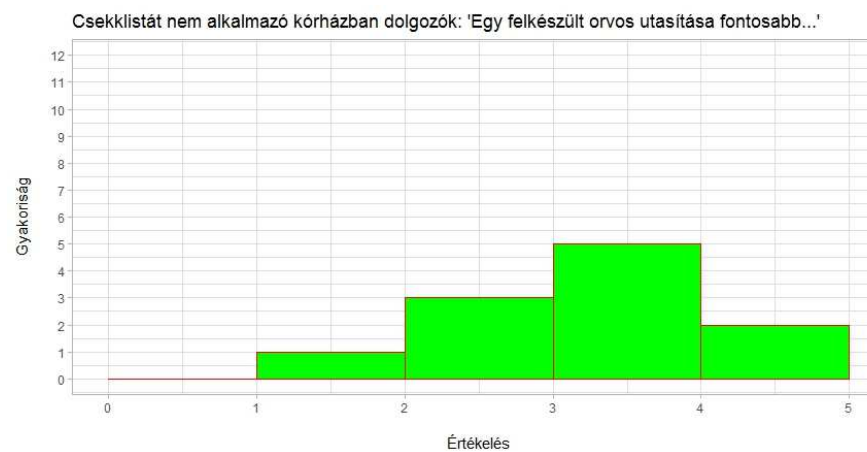
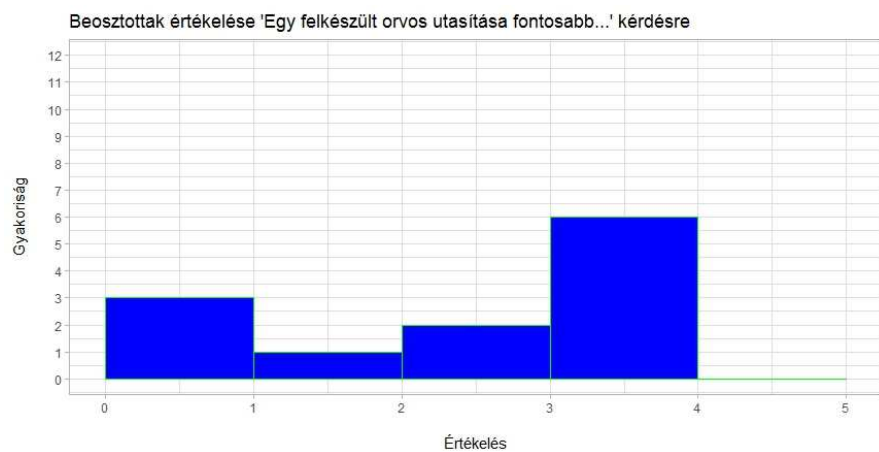
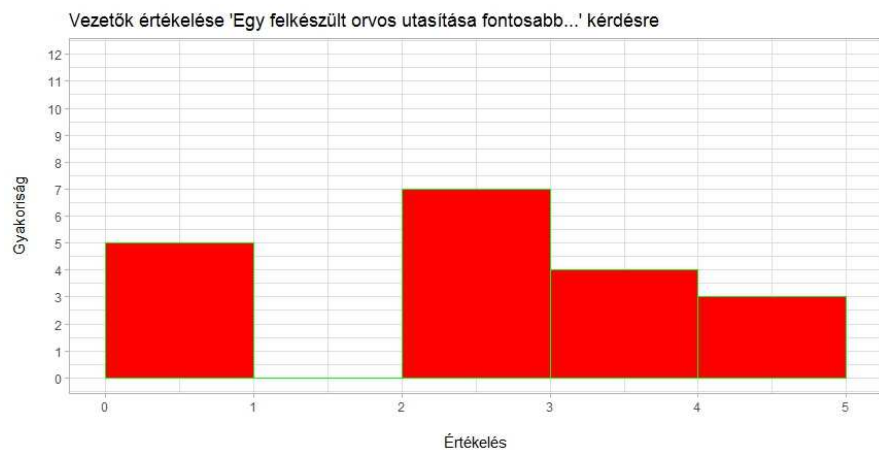
A válaszadók viszonylag egységesen egyetértettek azzal az állítással, hogy a műtétben résztvevő valamennyi dolgozó egyformán jelzi, ha problémát észlel a műtéti folyamatok során (7. ábra).

Ez némileg árnyalja az egyirányú kommunikációval kapcsolatos válaszokból kirajzolódó képet: bár az utóbbi elvben a válaszadók egy jelentős része támogatta, úgy tűnik, a gyakorlatban a többségük megvalósulónak érezte a beosztottak részéről történő visszacsatolásokat is. Az állítással egyet nem értők különböző okokat jelöltek meg. BP-i kórház 2 aneszteziológus osztályvezető főorvosa szerint a beosztottak nem mernek szólni a vezető orvosoknak pl. a nem elég alapos kézmosás ügyében. Mások (pl. egy BP-i kórház 3 aneszteziológiai főnővére és vidéki megyei kórház 3 orvos igazgatója) azt állították, hogy a műtősnők ezt megteszik. Egy vidéki egynapos sebészeti központ osztályvezetője szerint a sebészek azok, akik nem szólnak, ha problémát látnak, mert övék a felelősség a műtét biztonságáért, és nem szeretnék nyilvánossá tenni, ha ez nem valósul meg teljes mértékben. Végül olyan válaszadó is volt (BP-i országos intézet 2 sebész osztályvezető főorvosa), aki szerint a pillanatnyi fáradtság, leterheltség határozza meg, hogy sor kerül-e a visszacsatolásra.

4. ábra: Interjúalanyok értékelése az egyirányú kommunikációval kapcsolatban



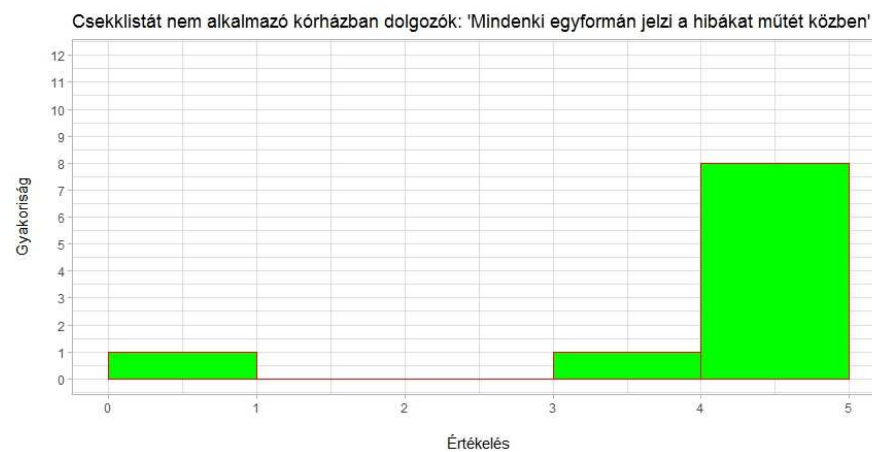
5. ábra: Interjúalanyok értékelése azzal kapcsolatban, hogy egy felkészült orvos utasításai fontosabbak a formális betegbiztonsági szabályoknál



6. ábra: Interjúalanyok értékelése azzal kapcsolatban, hogy minden műtői dolgozó egyformán nyitott-e a betegbiztonságot javító változásokra



7. ábra: Interjúalanyok értékelése azzal kapcsolatban, hogy minden műtői dolgozó egyformán jelzi-e, ha hibát észlel a műtét folyamata során



Attitűdök a műtéti csekklistára vonatkozóan

A műtéti csekklisták alkalmazásával kapcsolatban mind azok általános hasznossága, mind gyakorlati bevezethetőségük vonatkozásában kapott válaszok pozitívak voltak, és a különböző válaszadói csoportok attitűd-eloszlásai között csak ritkán mutatkozott jelentős különbség.

A válaszadók többsége általában egyetértett azzal az állítással, hogy egy műtéti csekklista alkalmazása növeli a megbízhatóságot (8. ábra). A szakirodalomban leírt, a csekklisták használatának pozitív hatásával kapcsolatos ismerethiány és szkepszis tehát viszonylag kevésbé tükröződött az interjúkban. A válaszokat azonban itt is befolyásolhatta az interjúkat készítő kórházfenntartó vélt elvárásainak való megfelelés vágya.

A nem teljes egyetértést mutató interjúalanyok közül volt, aki azt hangsúlyozta, hogy a csekklistának magas fluktuációval működő műtéti csapatok esetében van igazán jelentősége, míg az ő intézményének összeszokott csapata számára a megbízhatóságot garantáló gyakorlatok a rutin részét képezik, ezért felesleges ellenőrizni őket (vidéki megyei kórház 1 sebészeti osztályvezető főorvosa).

Egy csekklistát nem használó megszólaló (BP-i kórház 3 orvos igazgatója) tárgyi és személyi feltételek meglétéhez kötötte a sikeres alkalmazást, és olyan válaszadó is volt (országos intézet 2 sebészeti osztályvezető főorvosa), aki szerint a standard ellenőrzések csökkentik a műtői dolgozók önálló problémamegoldásra való képességét.

A gyakorlati megvalósítás szempontjából a válaszadók többsége inkább elutasította azt az állítást, hogy a csekklistás ellenőrzések gyakorlata ne lenne kivitelezhető.

A különböző csoportok közül a vezetőknél és a csekklistát alkalmazóknál volt ennek az állításnak jelentősebb mértékű támogatása (9. ábra). A megvalósíthatóságot támogatók között is volt azonban (vidéki megyei kórház 2 beosztott sebész szakorvosa), aki hangsúlyozta, hogy ez csak rövid csekklista esetén érvényes, egy másik megszólaló (BP-i kórház 2 műtőért felelős sebész főorvosa) pedig itt is kiemelte, hogy összeszokott csapatok esetében kevésbé van rá szükség. Szükséges megjegyezni azt is, hogy a csekklistát alkalmazó válaszadók feltételezhetően a saját gyakorlatukból indultak ki, ami a közös, szóbeli megerősítést csak elvétve foglalja magába. Nem kizárt, hogy a csekklistát nem alkalmazók véleménye is leginkább ilyen, az egyes szakmák által külön-külön kitöltött listákra vonatkozott.

A csekklistát alkalmazó és nem alkalmazó válaszadók többsége egyaránt inkább elutasította azt az állítást, hogy ez a gyakorlat túl sok időt venne igénybe. Ennek az állításnak leginkább a vezetők csoportjában volt, bár itt is kisebbségi, támogatottsága (10. ábra). Ugyanakkor a csekklistát használók és nem használók között egyaránt volt olyan válaszadó, aki szerint a műtői személyzet túlterheltsége a gyakorlat megvalósításának akadálya lehet, ezért a humán erőforrások bővítésére lenne szükség. Végül, a válaszadók jelentős része elutasította azt a szakirodalomból szintén ismert feltevést, hogy a műtétek gyors egymásutánisága az ellenőrzések akadálya lehet (11. ábra). A megszólalók szerint a műtőben történő váltások időigényéhez képest az ellenőrzések nem jelentős hosszúságúak.

A csekklistával kapcsolatban az interjúalanyok körében tapasztalt attitűdök tehát összességében pozitívak voltak, bár az interjú-helyzetből adódó limitációk e tekintetben nem elhanyagolhatók.

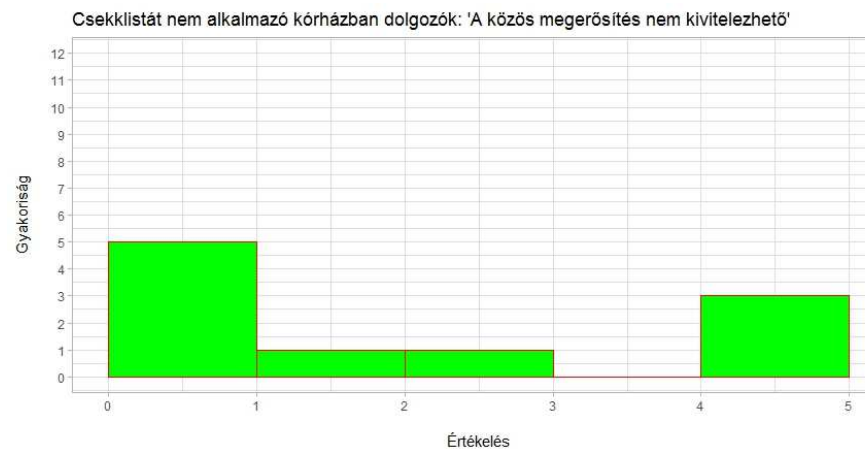
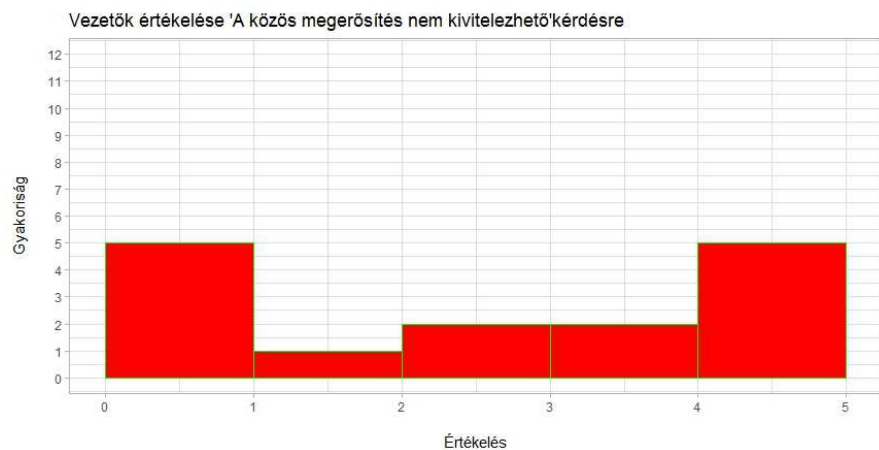
Valamennyi team-tagra kiterjedő, a betegbiztonsági gyakorlatokra vonatkozó oktatásról mindössze egyetlen interjúalany számolt be.

A megfelelő csoportos oktatásban, potenciálisan akár a jelenleg kialakítás alatt álló skill-laborok segítségével is (14), jelentős tartalékok lehetnek.

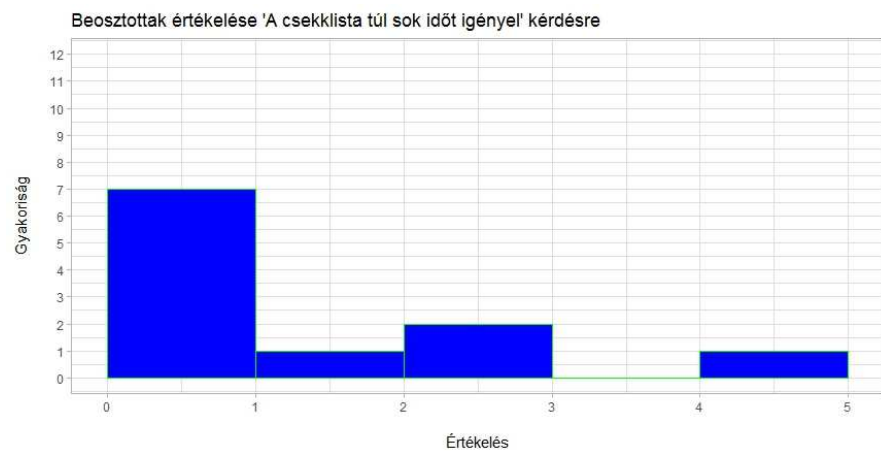
8. ábra: Interjúalanyok értékelése azzal kapcsolatban, hogy egy műtéti csekklista alkalmazása növeli-e a betegbiztonságot



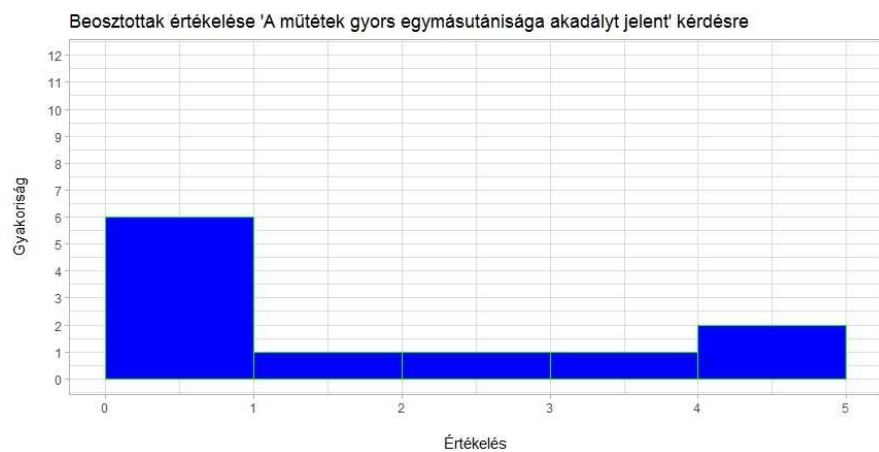
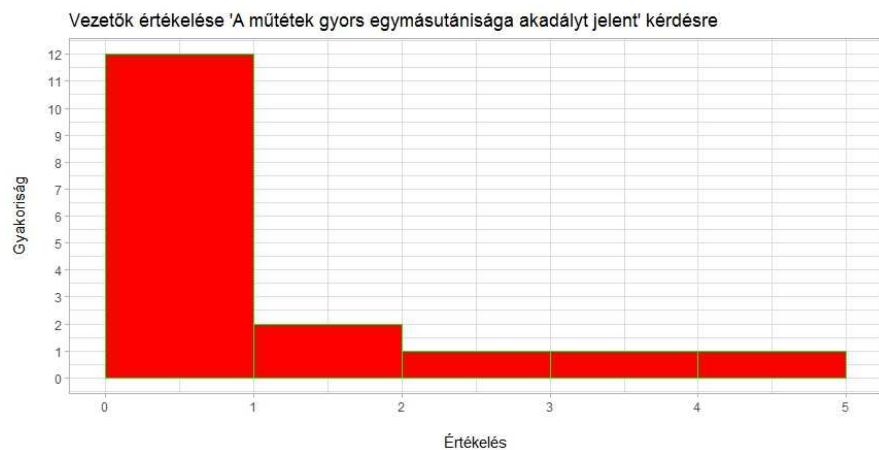
9. ábra: Interjúalanyok értékelése azzal az állítással kapcsolatban, hogy csekklista ellenőrzéseinek a műtéti team általi közös megerősítése nem kivitelezhető és nem is szükséges



10. ábra: Interjúalanyok értékelése azzal kapcsolatban, hogy a csekklista alkalmazása túl sok időt igényel-e



11. ábra: Interjúalanyok értékelése azzal kapcsolatban, hogy a műtétek gyors egymásutánisága akadályt jelent-e a csekklista alkalmazása szempontjából

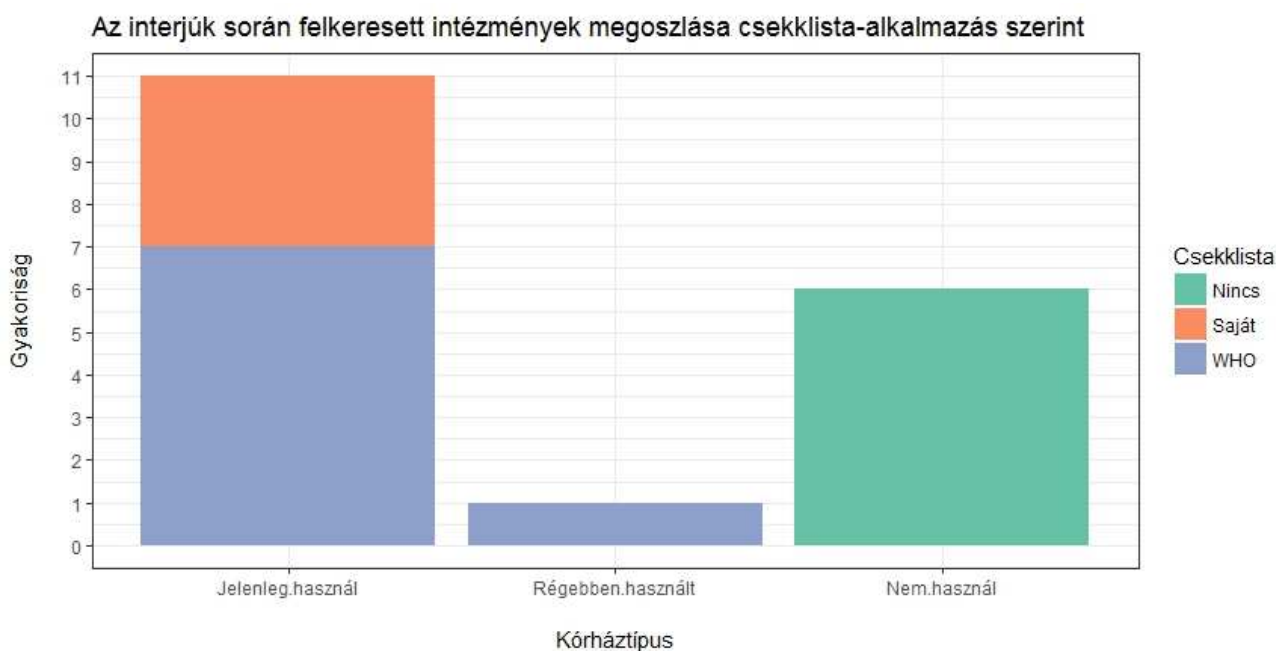


4.4 Az ellenőrző listák alkalmazásának gyakorlata

A személyes interjúkon elhangzottak alapján a felkeresett intézmények közül 11 kórházban, illetve kórházi osztályon alkalmaznak jelenleg is műtéti csekklistákat. Ezen kórházak többségében a WHO műtéti ellenőrző listát, illetve annak helyi viszonyokhoz adaptált formáját használják.

Az egészségügyi szolgáltatók kisebb arányban helyi fejlesztésű műtéti ellenőrző listákat vezettek be. A műtéti csekklistát alkalmazó és nem alkalmazó kórházakban is használnak más ellenőrző listákat is a műtetre kerülő betegek betegbiztonsága érdekében (pl. premedikációs jegyzőkönyv, beteg átadás/átvételi jegyzőkönyv - műtét előtt, illetve műtét után -, műtétes beteg előkészítése ellenőrző lista), amelyek egyes ellenőrzési pontokon (pl. betegazonosítás, allergia, műtéti kockázat, vérrendelés, leletek, műtéthez szükséges eszközök, stb.) átfednek a WHO műtéti csekklista kérdéseivel. Fontos megemlíteni, hogy ezen ellenőrző listák elsősorban egy adott osztály, szakma működési rendjéhez integráltak (pl. ápolók feladatai a műtétes beteg előkészítésében, aneszteziológiai kockázat meghatározása az aneszteziológus által), nem a műtőben történnek, de a műtéti folyamatok biztonságát szolgálják.

12. ábra: Az interjúk alap-sokaságának összetétele



Műtéti ellenőrző listák tartalmi áttekintése (az interjúk során elkért dokumentumok elemzése)

A kórházak által adaptált WHO csekklisták mindegyike tartalmazza a beteg azonosítására, a műtéti beleegyezésre, illetve beleegyező nyilatkozat meglétére vonatkozó, ellenőrző kérdéseket. Ezekon túl az adaptált WHO csekklisták rákérdeznek az antibiotikum profilaxisra, illetve az operáció befejezésekor az eszközök (törlők, kendők, tamponok, tűk, stb.) hiánytalan meglétére.

Az adaptált WHO csekklisták többségében szerepelnek az altatógépre és a gyógyszerekre, a légút biztosításra, vérvesztésre, allergiára, a képkalkotó diagnosztikai felvételek meglétére, a mintavételi edények megfelelő jelölésére, illetve eszköz vagy műszer meghibásodásra vonatkozó, továbbá a műtétet követő ápolási, terápiás teendőkre irányuló ellenőrző kérdések.

A csekklisták fele tartalmaz a beavatkozás helyének megjelölésére vonatkozó, illetve a műtét kritikus, nem rutin lépéseire, annak esetlegesen várható következményeire vonatkozó biztonsági kérdéseket.

Az általunk vizsgált, WHO adaptált műtéti csekklisták többsége nem kérdez rá a pulzoxyméterre, a várható vérvesztésre, nem kéri a műtéti csapat tagjainak hangos bemutatkozását, feladatainak ismertetését, illetve az ápoló személyzetnek nem szükséges a műtét végén szóban megerősíteni a beavatkozás nevét.

A helyi viszonyokhoz illesztett WHO csekklisták kiegészülnek a thrombosis profilaxisra, MRSA szűrésre vonatkozó kérdésekkel, illetve egyes esetekben nemcsak a képkalkotó, hanem egyéb (pl. labor diagnosztika) leletekre vonatkozó ellenőrző kérdéseket is tartalmaznak, illetve a műtét utáni szakmai teendők mellett, a további kezelést végző osztály meghatározása is szükséges. Egyes adaptált ellenőrző listák részletesen rákérdeznek a bemosakodási idő, a beteg fertőtlenítő lemosásának megfelelőségére, az implantátum szükségességére és sterilitására, illetve a seb infiltráció szükségességére, illetve a műtét végén ellenőrzik, hogy iatrogen ártalom, sérülés vagy egyéb esemény történt-e az operáció során, és rákérdeznek arra, hogy a drainek, katéterek rögzítve vannak-e és megfelelően funkcionálnak-e.

A saját fejlesztésű csekklisták egy része a beteg műtéti előkészítésében az osztályon és a műtőben végzett ápolói feladatok elvégzését ellenőrzi részletesen (pl. borotválás ellenőrzése a betegnél, megfelelő fektetés, szívó ellenőrzése, laparoszkópos torony összeállítása); illetve a WHO műtéti csekklista kérdéseire hasonló, vagy azokat kiegészítő ellenőrzési pontokra kérdeznek rá (beleegyező nyilatkozat, oldaliság, gyógyszerallergia, vércsoport, vérbiztosítás, thrombosis és antibiotikum profilaxis, textil és idegentest leltár a műtét végén).

A műtéti ellenőrző listák bevezetésével kapcsolatos tapasztalatok

A felkeresett intézményekben, ahol jelenleg is alkalmazzák a műtéti ellenőrző listákat, a csekklisták bevezetése többségében a kórház vezetésének kezdeményezésére indult. A kórházak kisebb részében a minőségbiztosítás vagy a sebészeti, aneszteziológiai csapat kezdeményezte az alkalmazását.

Azon intézmények egy részében, ahol a kórházvezetés kezdeményezte a csekklista alkalmazását (elsősorban vidéki intézmények: vidéki megyei kórházak, vidéki városi kórház, vidéki egynapos sebészeti centrum), a bevezetést megelőzően az adott szakterület (aneszteziológia, sebészet, minőségbiztosítás) vezetői csapatmunkában fejlesztették az intézetben alkalmazandó csekklistát, a kialakítás során több külföldi forrást is figyelembe vettek; míg egyes intézményekben fél óras összeállítást és némi konzultációt követően a bevezetés gyorsan megtörtént.

Azon kórházakban, ahol inkább dolgozói kezdeményezésére történt meg a csekklista bevezetése, a kórházvezetés, külső támogatás, projekt (BELLA projekt) is segítette az implementációt.

Az érintett osztályok együttműködésével (minőségügy, sebészet, aneszteziológia) dolgozták ki a helyi viszonyoknak megfelelő csekklistát, előkészítő megbeszéléseket, bemutatókat tartottak, javaslatokat tettek, külföldi példákat ismertettek, kidolgoztak előzetes verziókat, megbeszéléseket tartottak, átdolgozták őket. Ezen bevezetéseket inkább jellemezte a csapatmunka, az oktatás, a személyes elköteleződés. A megkérdezett intézmények mindegyikében hivatalos elrendelés, utasítás kötelezte a dolgozókat a csekklisták alkalmazására.

13. ábra: A csekklista-bevezetés kezdeményezői



Egy intézményben (vidéki megyei kórház 6) alkalmaztak korábban műtéti csekklistát, kísérleti jelleggel, 3 hónapig. A WHO műtéti csekklistát adaptálták a helyi viszonyokhoz, a vezető műtősnő irányította és ellenőrizte a folyamatot, az alkalmazás abbahagyására elsősorban a dolgozók ellenállása, érdeklődés hiánya, illetve annak időigényessége volta miatt került sor.

A műtéti csekklistát nem alkalmazó kórházakban a megkérdezettek többsége nem tartotta szükségesnek egy „külön” műtéti csekklista alkalmazását. A vélemények közül kiemelendő, hogy a csekklistán szereplő kérdések már máshol is szerepelnek az orvosi dokumentációkban, az ellenőrzési folyamatokban, így felesleges adminisztratív terhet jelentenek a dolgozók számára. Nincs értelme újra ellenőrizni, inkább a betegbiztonságra kidolgozott jó indikátorokra lenne szükség, amelyek segítségével kiderülne, hogy mely területeken van probléma.

A csekklista bevezetésének akadályai között az emberi erőforrás szűkösségét említették. Szükség lenne olyan munkaerőre, aki felelős lenne a folyamatért, az adminisztratív teendőkért, illetve megemlítették, hogy ha lehetőség lenne új munkatársak alkalmazására, akkor más területen (pl. ápoló, mûtősnő) nagyobb szükség lenne rá.

Egy kórház a csekklistával kapcsolatos szakmai problémákat említett (pl. túl korán van a vérvesztésre vonatkozó kérdés, a műtét alatt kellene, a beteggel kapcsolatos speciális problémák már a műtőbe kerülés előtt kiderülnek).

Egy másik intézmény a kórházvezetés támogatását hiányolta.

14. ábra: Vélemények a csekklista bevezethetőségével kapcsolatban



A megkérdezettek többsége szerint a csekklista bevezetését az egyes szakmáknak (sebészet, aneszteziológia) kellene kezdeményezni, kevesebben gondoltak a kórházvezetés irányából történő indításra, illetve egy interjúalany véleménye szerint a szakmai kollégiumnak kellene a bevezetés mellé állnia.

A már bevezetett műtéti ellenőrző listák alkalmazásával kapcsolatos tapasztalatok

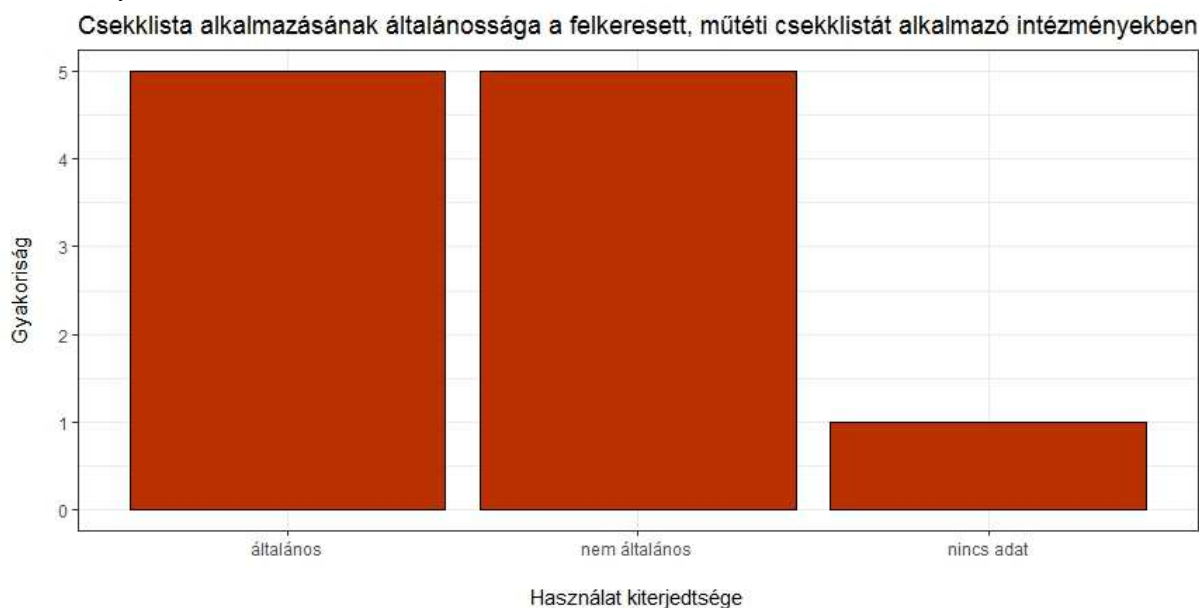
A műtéti csekklistát alkalmazó kórházak döntő többségében van valamilyen írásos anyag az alkalmazás mikéntjéről.

A csekklisták használatát főigazgatói utasítások, a műtő, osztályok működési rendjei, protokollok, sebészeti kockázatkezelési előírások, műtéti folyamatleírások, illetve a minőségirányítási folyamatokra vonatkozó szabályozások tartalmazzák.

A felkeresett intézmények többségénél a műtéti csekklisták alkalmazása fele-fele arányban általános és nem általános, azaz nem minden műtéti típusnál (pl. sürgősségi műtéteknél nem, nőgyógyászati kisműtéteknél nem), illetve csak egyes műtétes osztályokon vagy a központi műtőben, műtőblokkban alkalmazzák a csekklistát.

Ahol viszont alkalmazzák (mind budapesti, mind vidéki kórházakban), akár az egész intézményben, vagy csak egyes osztályokon vagy műtéti típusoknál, ott a használata kötelező. A műtéti csekklistát korábban alkalmazó intézményben az ellenőrző listák használata általános volt, minden betegre alkalmazták, a megkérdezettek véleménye szerint továbbra is minden műtét esetében szükség lenne a használatára.

15. ábra: A csekklista használatának általánossága a felkeresett, műtéti csekklistát alkalmazó intézményekben



A csekklistát nem alkalmazó intézményekben a megkérdezettek többsége nem határozta meg konkrétan, hogy a műtéti ellenőrző listákat általánosan, vagy mely terápiás területeken, szakmák, osztályok szerint, vagy kis és nagy műtétek, elektív vagy sürgősségi ellátás során lehetne vagy kellene alkalmazni. Vélhetően e vélemények háttérében szerepel az is, hogy a csekklista alkalmazását a megkérdezettek többsége nem tartotta szükségesnek. A csekklista alkalmazását szükségesnek gondoló interjúalanyok többségében az általános alkalmazást javasolták.

16. ábra: Arra vonatkozó vélemények a felkeresett, műtéti csekklistát nem alkalmazó intézményekben, hogy csekklista alkalmazása általános jellegű kellene-e, hogy legyen



A műtéti csekklistát alkalmazó intézményekben, szinte kivétel nélkül papíron kitöltve, aláírva történik az ellenőrző listák alkalmazása, amely a betegdokumentáció részét is képezi. A csekklisták kitöltésért egy személyi felelős, illetve koordinátor általában nincs kijelölve, a felelősség általában osztott, illetve szakterületre (sebészet, aneszteziológia, asszisztens) lebontott az aláírásokkal.

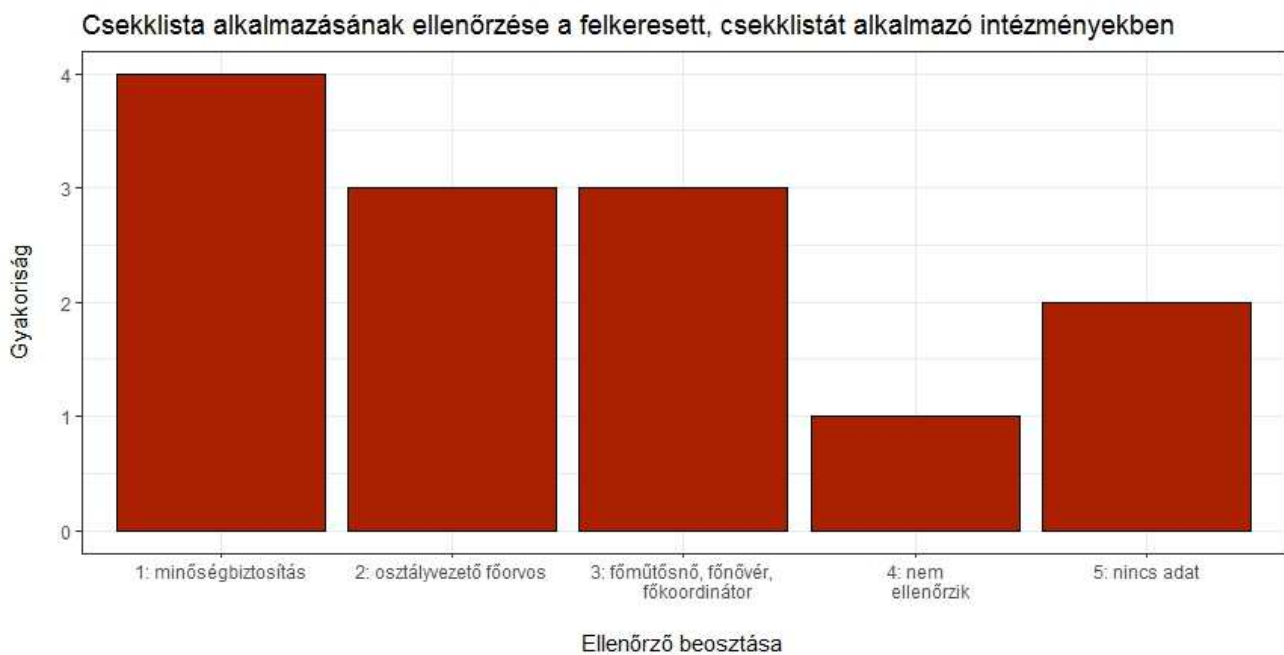
Egyes kórházakban a sebész, vagy az aneszteziológus, vagy ők együttesen felelősek a kitöltésért és alkalmazásért (vidéki városi kórház, budapesti országos intézet 1, vidéki megyei kórház 2). A csekklistát korábban alkalmazott intézményben megkérdezettek is a papír alapú kitöltést tartják megfelelőnek, illetve az osztott felelősséget tartották megfelelőnek a korábbi tapasztalatok alapján.

A csekklistát nem alkalmazó intézetekben sokféle javaslatot fogalmaztak meg a megkérdezettek arra vonatkozólag, hogy kinek lehetne a feladata a műtéti ellenőrző lista alkalmazásának biztosítása: műtőkoordinátor, aneszteziológiai asszisztens, műtősnő, sebész, aneszteziológus, operáló osztály, aneszteziológiai team, adminisztrátor, illetve bárki.

A műtéti ellenőrző listát alkalmazó kórházakban kb. fele-fele arányban ellenőrzik rendszeresen, illetve alkalmanként a csekklisták kitöltését.

A műtéti ellenőrző lista alkalmazásának ellenőrzése az esetek többségében a minőségbiztosítás feladata, amely gyűjti a listákat, belső auditokat végez, ritkán a műtőben is megfigyeli a folyamatokat. Az ellenőrzési feladatokat egyes intézményekben az osztályvezető főorvosokra, főműtősnőkre, főnővérekre delegálták, akik általában a kórlap, zárójelentés vagy a beteg hazabocsajtása időpontjában ellenőrzik a csekklisták meglétét. A csekklista kitöltésének elmaradása miatti visszajelzés főként személyes szóbeli megbeszélés formájában történik.

17. ábra: A csekklista-alkalmazást ellenőrző személyek



A csekklistát jelenleg is alkalmazó kórházak jelentős részében az ellenőrző listák alkalmazására javasolták a több képzést, visszacsatolást, a hangos kérdezést, az elektronikus adatrögzítési lehetőséget, illetve külön személy alkalmazását a dokumentum kitöltésére.

A csekklisták tartalmára vonatkozóan a gépmeghibásodás és az oldaliság egyértelmű megjelölésével, illetve a műtőbe érkező és távozó beteg diagnózisának megnevezésével egészítenék ki a csekklistát.

4.5 A WHO csekklista implementációjának támogatása

Az interjúk utolsó elemeként történt a műtéti csekklista támogatás-befolyásolás mátrix kitöltése. (A kérdés részletes megfogalmazását ld. az 1. mellékletben.)

A mátrix koordinátarendszerének „x” tengelyén helyezkedett el a „befolyás” erősségének skálája, melynek értékeit 0 és 10 közötti intervallumon lehetett megjelölni. A támogatás mértékét az y tengelyen lehetett jelölni, értékei -5; és +5 közötti intervallumon helyezkedtek el. A koordináta rendszer alapegységei egész számok voltak, a növekvő egész számok jelképezték az adott jellemző (támogatás és befolyásolás) erősségének növekedését, míg a skála alacsonyabb értékei a jellemző hatásának csökkenését, gyengességét jelképezte.

A kitöltő személyekkel a mátrix kitöltésének fenti rövid ismertetőjét szóban ismertették az interjúk készítő személyek, szükség esetén technikai segítséget nyújtottak a kitöltéshez.

A mátrixban bejelölhető személyek beosztásának rövidítései az alábbiak:

- aneszteziológus orvos: AO
- aneszteziológus asszisztens: AA
- operáló orvos: OO
- műtővezető főorvos: MV
- műtősnő: MN
- főműtősnő: FMN
- kitöltő saját maga: S
- kórházvezetés: KV

A mátrix feldolgozásának és értelmezésének keretei és szabályai

A mátrix feldolgozása során az alábbi értelmezési szabályokat alkalmaztuk:

- Egész számokkal értelmeztük és rögzítettük a mátrix kitöltői által bejelölt pontok koordinátáit. Amennyiben ezek a pontok nem egész számok keresztmetszetében voltak találhatóak, abban az esetben az x és y tengelyen is a koordináták egész részét vettük figyelembe.
- Amennyiben a mátrixot „X” jelzés vagy pont feltüntetése nélkül, a megadott titulusok rövidítéseivel töltötték ki, abban az esetben a rövidítés kezdőbetűjét tekintettük a koordinátákat meghatározó pontnak.
- Amennyiben javítás volt a mátrixban, abban az esetben a nem áthúzott vagy zárójeles, vagy átsatírozott jelzést vettük figyelembe az adatfeldolgozás során.
- Amennyiben egy „X”-hez több titulus rövidítését rendelték felsorolásszerűen, abban az esetben az „X” koordinátáit rögzítettük az összes, hozzá felsorolt titulushoz.
- Amennyiben egy rövidítést többször használt a mátrix kitöltője, például AO1, AO2 jelzéssel, abban az esetben ezeket a rövidítéseket külön-külön értelmezve helyeztük az elemzésbe, mert a kitöltő nem minden esetben tudta az adott titulusra vonatkozó véleményét egy értékkel jellemezni (egy-egy titulus csoportban például műtősnők a hozzáállást akár több alcsoportba lehetett ezáltal osztályozni).

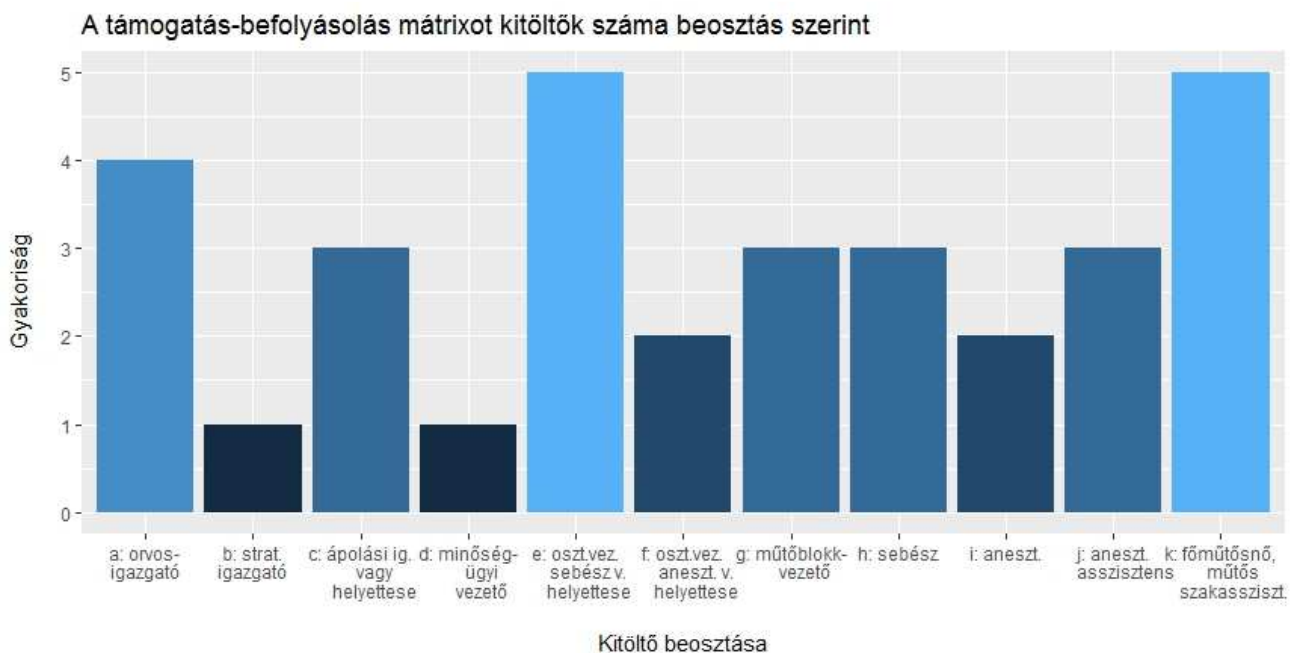
Limitációként jegyezzük meg, hogy a támogatás-befolyásoló mátrixok elemzése és értékelése szubjektív, és a tanulmány többi részéhez hasonlóan nem általánosítható az érintett és felsorolt

szakmák országos szintű hozzáállására és véleményére, csak a munkacsoport által vizsgált és a helyzetértékelésbe bevont személyek véleményét tükrözi egy vizsgálóeljárás alapján.

A műtéti csekklista támogatás-befolyásolás mátrix eredményei

A támogatás- befolyásolás mátrixokat a 34 interjú során összesen 32 fő töltötte ki: 20 vezető rangú- és 12 beosztott személy. A személyek között kilenc kórházi vezető, hét osztályvezető főorvos vagy helyettese, öt főműtősnő és műtős szakasszisztens, három műtővezető főorvos és három operáló orvos, két aneszteziológus szakorvos (nem osztályvezető főorvos), és három aneszteziológus szakasszisztens volt. A kitöltő személyek titulus szerinti megoszlásának arányait a 18. ábrán szemléltetjük.

18. ábra: A támogatás-befolyásolás mátrixot kitöltők száma beosztás szerint



A mátrixokon bejelölt pontok összesített számát nézve a legtöbb, 31 értékelést az operáló orvos és a kórházvezetők feltételezett véleménye, míg a legkevesebb értékelést (24 darabot) a műtő vagy műtőblokk vezetőjének véleménye kapott. Az aneszteziológus orvosok vélt hatása a csekklista használatra 30 értékelést kapott a válaszadóktól. A vezető rangú személyekre vonatkozóan összesen 55, míg a beosztottak csoportban 148 jelölt vélemény (koordinátákat meghatározó pont) volt.

A válaszadóknak a csekklista támogatásáról alkotott véleménye

A válaszadók véleménye szerint a csekklista használatának támogatása legnagyobb mértékű a kórházvezetők körében (a kapott válaszok átlaga 3,48 volt), legkisebb pedig az operáló orvosok körében (válaszok átlaga: 1,18).

Az interjúalanyok a vezető rangú személyek csoportjának támogatását 3,08-ra értékelték, ami az összes válasz átlagánál (2,39) magasabb, azaz a vezetők támogatását általánosságban magasra értékelték. Ezzel szemben a beosztottak csekklista-használattal kapcsolatos támogatását a megkérdezettek az összes válasz átlagánál (2,39) alacsonyabbra értékelték (1,98), tehát véleményük szerint a beosztottak nagyobb ellenállást fejthetnek ki a csekklista használattal szemben, mint a vezetők.

A válaszadók saját véleményeit tekintve, 3,03-ra értékelték a támogatásukat (bár a választok terjedelme nagy, -4 és +5 között volt), azaz az átlagnál összességében magasabbnak ítélték meg a támogatásukat a csekklista vonatkozásán.

A válaszadók véleménye a csekklista használatának, illetve bevezetésének befolyásolásáról

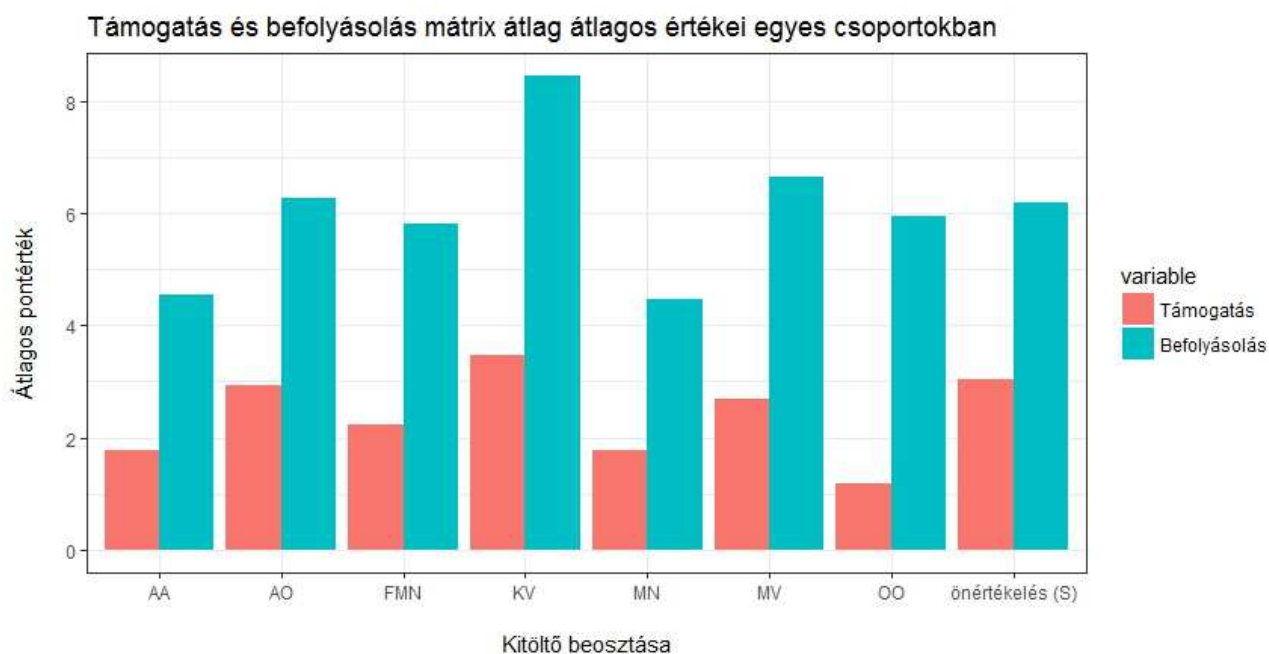
A kitöltők szerint a legnagyobb befolyással a sebészeti csekklista alkalmazására a kórházvezetők lehetnek (a válaszadók átlaga: 8,45), a legkisebb befolyással (átlagosan 4,48) a műtősnők és az aneszteziológus asszisztensek (átlagosan 4,55) csoportjai.

A válaszadók a vezető pozíciójú személyek csoportjának a csekklista használatra vonatkozó befolyásolási képességét átlagosan 7,20-ra értékelték, ami az összes válasz átlagánál (6,05) magasabb, azaz a vezetők befolyását általánosságban magasra értékelték. A beosztott személyek befolyásolási képességét a megkérdezettek az összes válasz átlagánál (6,05) alacsonyabbra értékelték (5,64). A válaszok a rendelkezésre álló, 0 és 10 közötti skála teljes terjedelmén mozogtak.

A válaszolók a csekklista használatára vonatkozó saját befolyásolási képességüket az összes válasz átlagához (6,05) képest kissé magasabbra értékelték (6,19).

Kiemelendő, hogy az interjúalanyok véleményei, ahogy korábban is utaltunk rá, nagy szórási tartományban mozognak: a befolyásolás értéke a (0; 10) intervallumban az összes értéket felvette, míg a támogatási skálán szintén a megadott, -5 és +5 közötti értékek szinte teljes tartományába esett válasz. Az egyes vizsgált beosztások értékeinek átlagait a 19. ábrán szemléltetjük.

19. ábra: Az egyes beosztásokban dolgozóknak a csekklistával kapcsolatos támogatása, illetve befolyásuk mértéke (a megkérdezettek által adott értékelések átlaga)



Az interjúk során tapasztalt pozitív és negatív extrém eltérések a válaszokban

- A megkérdezettek közül kiemelkedően negatív véleményt alkottak a budapesti egyetemi intézet 1 dolgozója, akik személyesen sem támogatták sem a csekklista bevezetését, sem annak használatát.

- A vidéki megyei kórház 3 vezető munkatársa azért nem töltötte ki a mátrixot, mert elmondása szerint az ő kórházukban a csekklista bevezetése már több éve megtörtént, és nem tapasztalható ezzel kapcsolatos ellenállás.

A korábban meghatározott vezetői, és a beosztotti csoport véleményét külön-külön is megvizsgáltuk, mivel a szakirodalom és tapasztalataink szerint is a szervezeti hierarchia különböző fokán lévő egyének a szervezeti struktúrára vonatkozó témákkal kapcsolatban eltérően gondolkoznak.

A vezetők csoportjának véleménye

- A csekklista támogatása e csoport véleményének átlagában 2,40, legnagyobb mértékű a kórházvezetők körében: átlagosan 3,52.
- A támogatás mértéke legkisebb az operáló orvosok körében (átlag: 1,37), ehhez hasonlóan alacsony a műtősnőknél (átlagosan 1,74) és az aneszteziológus szakasszisztenseknél (átlagosan 1,78).
- A befolyásolás kapcsán elmondható, hogy átlagon felül (összes válaszuk alapján az átlag értéke 7,57) értékelték a kórházvezetés befolyását (8,05), míg a többi beosztás kategóriáinak hatása átlag alatti volt. A legalacsonyabb befolyást a műtősnők és az aneszteziológiai szakasszisztensek csoportjaihoz rendelték.
- Saját befolyásukat (6,32) is átlagon alulinak értékelték (összes véleményük átlaga: 7,57), szemben a kórházvezetés magasra értékelt befolyásával. Tekintve, hogy a vezető pozíójú megkérdezettek jelentős része kórházvezető, saját befolyásukat valószínűleg kissé alulértékelték.

A beosztottak csoportjának véleménye

- A csekklista érzékelt támogatása e csoport véleményének átlagában 2,40, ugyanannyi, mint a vezető beosztású kitöltőké, legnagyobb a kórházvezetőket illetően (átlagosan 3,62).
- A támogatás mértéke legkisebb az operáló orvosok körében (átlag: 0,93). A második legalacsonyabb támogatást az aneszteziológus szakasszisztenseknél (átlagosan 1,77) és szintén alacsony támogatást jelöltek meg a beosztottak a műtősnőknél (átlagosan 1,83).
- Saját maguk támogatása magasabb (3,15), mint az összes dolgozóra vonatkozó válaszaik átlaga (2,40).
- A befolyásolás kapcsán elmondható, hogy átlagon felül (összes válasz átlaga a befolyásolás tekintetében: 6,10) értékelték a kórházvezetés befolyását (átlagosan 8,77), magas befolyást jeleztek továbbá a műtővezetők, főműtősnők és aneszteziológusok csoportjánál. A legalacsonyabb befolyása pedig az operáló orvosoknak, műtősnőknek és az aneszteziológiai szakasszisztenseknek volt véleményük szerint.
- Saját befolyásukat (5,31) is átlagon alulinak értékelték (összes válasz átlaga a befolyásolás tekintetében: 6,10), ami az egyes beosztott csoportba sorolt beosztások befolyásolás-értékeivel egybecseng.

5 DISZKUSSZIÓ

A megkérdezett intézményi vezető és beosztott munkatársak a műtői folyamatok során megvalósuló **betegbiztonságot összességében jónak értékelték**. Ezen belül vidéki intézményi válaszadók adtak nagyobb arányban jó és kiváló értékeket, mint a budapesti válaszadók. A sebészek és a vezetők értékelése tendenciózusan jobb volt az egyéb szakmák és a beosztottak értékelésénél. Az ellenőrző listákat használók is jobbra értékelték az intézményeik műtői folyamatainak betegbiztonságát, mint a csekklistákat nem alkalmazók. A válaszadók **a rosszabb betegbiztonságot infrastrukturális és HR nehézségekre**, hiányosságokra vezették vissza, míg a vélemények alapján a jó betegbiztonság a megfelelően szabályozott és ellenőrzött folyamatoknak és a jó csapatmunkának köszönhető.

Az intézményekben **általában vannak a betegbiztonságot szabályozó dokumentumok**, de azok **nem feltétlenül ismertek minden érintett körében**. A **szabályok betartásának ellenőrzése sem általános**. Néhány intézményben megfigyelhető azonban a betegbiztonság átfogó szabályozása, a kiterjedt ellenőrzés, az ellenőrzés eredményeinek visszacsatolása, a gyakorlat fejlesztését szolgáló megbeszélések, a műtői kimeneti statisztikákat is figyelembe vevő értékelések jó gyakorlata.

A **kórházakban alkalmazott műtői csekklisták**, akár WHO adaptáció, akár saját fejlesztésű csekklistákról van szó, **a WHO csekklistákban szereplő legtöbb ellenőrző kérdéssel megegyező vagy hasonló**, alapvető betegbiztonsági kérdések (betegazonosítás, megfelelő műtői oldaliság megjelölés, beleegyező nyilatkozat, mintavételi edények megfelelő címkézése, műtét során felhasznált eszközök hiánytalan megléte, altatógép megfelelő működése, szükséges gyógyszerek rendelkezésre állása, allergia, antibiotikum profilaxis) ellenőrzésére irányulnak, illetve ezeket az ellenőrzéseket egészítik ki (MRSA szűrés, thrombosis profilaxis).

A hazai intézményekben alkalmazott csekklisták tartalmával kapcsolatban kiemelendő, hogy **a hazai csekklisták általában nem kérdezik rá a műtői csapat hangos bemutatkozására, feladatok hangos ismertetésére, az ápoló személyzetnek nem szükséges szóban is megerősíteni a beavatkozás nevét**, miközben az attitűd vizsgálatok eredményei szerint, a válaszolók nem gondolták úgy, hogy a kommunikációnak egyirányúnak kell lennie, továbbá a műtétek alatti csapatmunkát fontosnak tartották mind a csekklistát alkalmazó, mind a nem alkalmazó intézményekben. Több intézményben történt informális beszélgetések, vélemények alapján úgy gondoljuk, hogy a hazai kórházak többségében főként összeszokott műtői teamek dolgoznak, ellentétben más országok gyakorlatával, így a bemutatkozásra, feladatok ismertetésére vonatkozó csekklista kérdéseket, az adaptáció során kisebb jelentőségűnek tartották a hazai intézményekben, mert a műtői team nem változik olyan gyakran, mint a tengerentúli, vagy nyugat-európai országokban működő kórházakban.

A műtői csekklisták bevezetésével kapcsolatban kiemelendő, hogy **a sikeres implementációhoz a kórház vezetőségének aktív közreműködésére, vagy külső – projekt jellegű - támogatásra volt szükség** az intézmények többségénél, hogy az alkalmazás elkezdődhessen. Ezt a folyamatot az esetek egy részében csapatmunka, személyes elköteleződés, tréningek formájában aktív elköteleződés is erősítette a dolgozók részéről, míg más intézményekben a gyors elrendelés dominált.

A műtői csekklistát nem alkalmazó intézményekben dolgozók többsége szerint – az attitűd vizsgálatok alapján - egy ellenőrző lista növeli a betegbiztonságot, az ellenőrző kérdések közös megerősítése kivitelezhető, nem igényelne sok időt, és nem jelentene akadályt a napi műtői munkában, mégis **egy műtői csekklista bevezetésével, napi gyakorlatban történő alkalmazásával kapcsolatban döntően aggályok merültek fel** (felesleges adminisztratív teher, párhuzamosságok, HR erőforrás hiánya, kórházvezetés támogatása). Ennek ellenére mégsem gondoljuk, hogy a válaszokban

ellentmondás lenne, talán az általánosságok és konkrétumok közötti különbségekben, egyéni motivációk erősségében, vagy más, nem mért tényezőkben kereshetők a látszólagos ellentmondás okai.

A műtéti csekklisták alkalmazása a csekklistát használó intézményeknél inkább fele-fele arányban általános és nem általános, míg a csekklistát nem alkalmazó kórházakban az általános alkalmazást tartották inkább elképzelhetőnek. **A csekklisták kitöltése szinte mindenhol papír alapon történik, használatára egyszemélyi felelős nincs kijelölve, alkalmazása általában osztott felelősséggel történik** a csekklistát használó intézményekben. A csekklistát nem alkalmazó kórházaknál is sokféle javaslatot fogalmaztak meg arra vonatkozóan, hogy kinek lehet a feladata a műtéti ellenőrző lista használatának biztosítása. **A műtéti csekklisták használatát az intézmények felében ellenőrzik** rendszeresen vagy alkalmanként. Az ellenőrzéssel megbízott személyek, osztályok változatosak, nincs kialakult többségi gyakorlat. A kitöltés elmaradását főként személyes szóbeli megbeszélés követheti.

A támogatás-befolyásolás mátrixok vizsgálata alapján elmondható, hogy minden vizsgálati keresztmetszetben **a kórházi vezetők** bizonyultak a csekklista-használat **legnagyobb befolyással** rendelkező és **legelkötelezettebb támogatóinak**. Hasonlóan egyöntetű vélemény az, hogy az **operáló orvosok** ugyan kisebb befolyással rendelkeznek, de a **legkevésbé támogatják** a csekklista-használatot. A műtőben dolgozó beosztottakról alkotott vélemény szerint az aneszteziológiai asszisztensekkel és műtősnőkkel kapcsolatban is elmondható, hogy alacsony érdekérvényesítő képességük mellett a csekklista-használattal kapcsolatos támogatásukat is alacsonyra értékelték a válaszadók. Megfigyelhető, hogy a **válaszadók saját véleményük szerint viszont átlagon felül támogatják** a csekklista használatát. A vezető beosztású személyek alulértékelték a kórházi vezetők (azaz gyakorlatilag saját csoportjuk) csekklista-használatra vonatkozó befolyását. A beosztottak csoportjának véleménye szerint a műtővezető részéről a csekklista használatának támogatása alacsony, a befolyásuk viszont magas, azaz hatékonyan tudja gátolni a bevezetést és a használatot is, ezért az elkötelezése kulcsfontosságú.

1. melléklet: Műtéti megbiztonsági interjú vázlat

Útmutató a kérdezőknek

A számozott kérdések az interjú vázát képezik.

A zárójelben és dőlt betűvel szereplő részek csak a kérdezőnek szolgálnak magyarázatul (pl. mit értünk egy adott fogalmon), illetve a nagyobb betűmérettel szedett kivastagított dőlt betűs részek a beszélgetésben való továbbhaladásra fogalmazznak meg feladatot a kérdező számára.

A számozott kérdésekhez tartozó bekezdésekben szereplő alkérdések segítségként szolgálnak a kérdés tartalmának további tisztázásához.

A kérdések az első 9 kérdést követően (amelyet mindenkitől megkérdezzük) három csoportra oszlanak. A 9. kérdésre (amely arra kérdez rá, hogy alkalmaztak, illetve alkalmaznak-e az intézményben műtéti csekklistát) adott válasz befolyásolja a kérdésekben való továbbhaladás irányát.

- Ha a válaszadó használ csekklistát, akkor a folytatás a 10. kérdéssel történik, és az interjú a 22. kérdésig bezárólag halad. - Ha valaha használt, de jelenleg nem használ csekklistát, akkor kérjük, a 23. kérdéssel folytatni, az utolsó kérdés itt a 35. kérdés. - Ha nem használt még csekklistát, kérjük, a WHO műtéti csekklista ismertetése részt elmondani, miközben átadható maga a csekklista, hogy a válaszadó jobban át tudja tekinteni, miről szól a további beszélgetés. Ezt követően a kérdés a 36. kérdéssel folytatódik és a 42. kérdéssel záródik.

Az utolsó kérdés mindenkinél a műtéti csekklista támogatás-befolyásolás mátrix kitöltése. Ezt külön lapon kérjük a válaszadóval kitöltetni. A mátrixon a jelzett szereplőket kérjük szerepeltetni, azonban a válaszadó kihagyhat a szereplőkből, illetve tehet hozzájuk, ha egyes szereplőkről nincs véleménye, illetve másokat tart a témában relevánsnak.

Az interjú végén kérdezzük meg, hogy kíván-e az interjúalany az elhangzottakhoz bármit hozzátenni a témával kapcsolatban.

Kérjük, a feldolgozó táblába az interjúztató röviden írja le benyomását az interjúról.

Kérdések

1. Mióta és jelenleg milyen pozícióban dolgozik az intézetben?
2. Egy átlagos műtéti napon megközelítőleg hány beteget operálnak a műtőben?

Ebből arányaiban mennyi történik ügyletben, mennyi sürgős műtétként?

(a kórházban, műtőblokkban vagy az osztályon, amire információval rendelkezik; központi műtő van-e vagy szakmánkénti)

3. Milyennek tartja a betegek biztonságát a műtétek során az Ön kórházában?

Kérjük, értékelje a biztonságot 1-5 skálán (1: rossz, 5: kiváló).

- Mi befolyásolta ezeket az eredményeket?
- Véleménye szerint javítható-e a műtét során a betegbiztonság az Ön kórházában, ha igen milyen eszközökkel?

(A betegbiztonságot az azt befolyásoló infrastruktúra, HR és a betegellátási folyamatok együttes következményeként értékeljük, a három terület problémáira külön-külön térjen ki)

4. Van/vannak-e a műtői munkát érintő, betegbiztonságra vonatkozó szabályozás(ok) az Ön kórházában?

(A továbbiakban csak a betegellátási folyamatok betegbiztonsági vonatkozásait vizsgáljuk)

- Ha igen, mi ez a dokumentum, mit tartalmaz?
- Ellenőrzik-e ennek betartást?
 - Ha igen, milyen gyakran, milyen formában?

5. Az ellenőrzés eredményeképpen történik-e bármilyen visszacsatolás? Vezetnek-e statisztikákat a műtéti kimenetekről (szövődményekről, mortalitásról) az intézményben/kórházban?

(olyan nem várt bármilyen esemény (pl. fertőzések száma, sebgyógyulással kapcsolatos szövődmények száma, súlyos vérzések száma, mélyvénás trombózisok száma, nem tervezett ismételt műtétek száma stb.), ami a műtéttel összefügg, valamint a műtétet követő 30 napon belüli kórházi halálozás, illetve kórházi elbocsátásig bekövetkező halálozás, vagy bármely más kapcsolódó adat)

6. Hogy néz ki egy átlagos tervezett műtét címszavakban, mi történik attól kezdve, hogy műtét előtt a beteg eléri a műtőblokk ajtaját, és végül távozik (megint eléri a műtőblokk ajtaját)?

(ne a műtét leírását kérje, csak az események és az azok szereplőinek felsorolását, tekintsünk úgy a műtői folyamatra, mint egy előttünk pergő filmre)

7. Kérem, véleményezze az alábbi állításokat 1-5-ig skálán aszerint, hogy mennyire ért velük egyet (1: egyáltalán nem ért vele egyet, 5: feltétlen egyetért):

- a. A hierarchikus rend fontos a műtői munka közben.
- b. A csapatmunka a műtőben nélkülözhetetlen, hiszen eltérő feladatokkal, de közös felelősséggel rendelkezünk egymás és a beteg iránt.
- c. Egy olyan stresszes munkahelyen, mint a műtő, a kommunikációnak jellemzően egyirányúnak kell lennie, a vezető személyektől a végrehajtók felé.
- d. Egy felkészült orvos utasításainak követése fontosabb, mint formális betegbiztonsági előírások (pl. intézményi műtéti protokollok, műtéti csekklista) betartása.
- e. A műtő minden dolgozója egyformán nyitott minden olyan változásra, amely a betegbiztonságot javítja.
- f. A műtői team minden tagja egyformán jelzi, ha valamilyen betegbiztonsági problémát lát a műtét közben.
- g. Meggyőződésem, hogy egy műtéti csekklista alkalmazása növeli a betegbiztonságot.
- h. A műtőben az egyes műtéti szakfeladatok megtörténének közös megerősítése nem kivitelezhető és nem is lényegi szempont.

(műtői szakfeladat pl. aneszteziológia: altatógép és a gyógyszerek ellenőrzése, sebészet: várható vérvesztés, műtéti asszisztencia: eszközök, tűk, törlők számának ellenőrzése)

- i. A csekklista használata túlságosan sok időt igényel.
- j. A műtétek gyors egymásutánisága akadályozza a folyamat közbeni ellenőrzéseket.

8. Vesznek-e részt időközönként vagy rendszeresen olyan csoportos képzésben, ami a műtéti team közös tevékenységét, a csapatösszetartást fejleszti?

9. Alkalmaztak, illetve alkalmaznak-e az intézményben műtéti csekklistát?

(Ha igen, folytassa a kérdést a 10. kérdéssel) (Ha valaha alkalmaztak, de jelenleg nem, folytassa a 23. kérdéssel) (Ha nem alkalmaztak, folytassa a WHO csekklista ismertetésével)

(Ha jelenleg is alkalmaznak csekklistát)

10. Helyi fejlesztésű, vagy pl. WHO műtéti csekklistát alkalmaznak?

(tud-e adni a beszélgetés végén egy példányt a használatban lévő csekklistából)?

- Ha WHO csekklistát használnak, módosították-e a helyi viszonyokhoz?

11. Mikor és hogyan zajlott a csekklista bevezetése?

- Kísérte-e bármilyen intézkedés a bevezetést?
- Ha igen melyek voltak ezek?
- Ki vett részt bennük (pl. ha volt oktatás ki tartotta, kinek, milyen módszerrel)
- Ezek az intézkedések egyszeri alkalommal történtek, vagy azóta is folyamatosnak tekinthetők?

12. Van-e írásos anyag arról, hogyan kell használni a csekklistát?

(helyi eljárásrend, módszertani útmutató, protokoll, szabályzat stb.)

13. Kötelező-e a csekklista alkalmazása?

- Ha csak részben, milyen esetekben?

(tervezett, sürgősségi, nagy és kisműtétek)

14. Hol, mikor történik és kik vannak jelen a műtéti csekklista egyes szakaszainak ellenőrzése, kitöltése során?

- Anesztézia bevezetése előtt
 - Hol történik?
 - Mikor történik?
 - Kik vannak jelen?
 - Ki kérdez?
- Sebészi beavatkozás megkezdése előtt
 - Hol történik?
 - Mikor történik?
 - Kik vannak jelen?
 - Ki kérdez?
- Mielőtt a beteg elhagyja a műtőt
 - Hol történik?
 - Mikor történik?
 - Kik vannak jelen?
 - Ki kérdez?

15. Milyen formában rögzítik a válaszokat?
16. Van-e olyan kijelölt személy, akinek feladata a csekklista gyakorlati alkalmazásának biztosítása?
(ha van, a beosztását kérjük feljegyezni)
17. A szakmai vezetés ellenőrzi-e a műtéti csekklista alkalmazását?
- amennyiben igen, akkor ki(k) és milyen formában, milyen gyakorisággal?
18. Tudomása szerint mennyire általános a csekklista alkalmazása?
- Van-e olyan műtéti típus, ahol inkább vagy kevésbé alkalmazzák?
(szakma vagy sürgősség stb. szerint)
19. Azokban az esetekben, amikor kötelező a csekklista alkalmazása, van-e bármilyen következménye a használat elmaradásának?
20. Tapasztalnak-e a betegbiztonsággal összefüggő változást a csekklista alkalmazása óta:
(Csak, ha nem tér ki rá, kérjük, rákérdezni a következő területek változásaira)
- a műtőteam együttműködési gyakorlata, összehangoltsága
 - a műtétek hossza
 - a napi műtéti terv teljesítése (jobban beleférnek a tervezett időbe, vagy elhúzódnak a lista miatt a műtétek)
 - műtéti szövődmények előfordulása (ha van statisztika, akkor annak ismeretében)
 - műtéti halálozás (ha van statisztika, akkor annak ismeretében)
21. Ha változtatna valamit a csekklista tartalmával, vagy az alkalmazással kapcsolatban, mi lenne az?
22. Műtéti csekklista támogatás-befolyásolás mátrix kitöltése
(Kérdező adja át a mátrixot)

(Ha valaha használt, de most nem használ csekklistát)

23. Mikor használták a csekklistát, mennyi ideig?

24. Mi jellemezte a bevezetést?

- Adaptált változat volt-e?
 - ha igen, mely listát adaptálták?
- Kísérte-e oktatás, és az mennyire volt hatékony?
- Világossá vált-e a műtéti team tagjai számára, hogy hogyan kell használni a csekklistát, és hogy milyen megfontolásból vezették azt be?

25. Mi jellemezte a használatát?

- Volt-e a használatra írásos útmutató?
- Ki koordinálta a használatot?
- Ellenőrizték-e a használatot?

26. Mennyire volt általánosan elterjedt a csekklista használata a megszűnte előtt?

27. Miért hagyták abba a csekklista alkalmazását?

28. Kérjük, értékelje 1-5 skálán, hogy egy ilyen rendszer bevezetése a műtőben tevékenykedő dolgozók számára mennyire jelent biztonságot illetve veszélyt

(1: egyértelmű veszély, 5: egyértelmű biztonság).

29. Mennyire tartja a gyakorlatban megvalósíthatónak az Ön munkahelyén egy műtéti ellenőrző lista rendszeres, minden beavatkozásra kiterjedő használatát?

- Milyen beavatkozásoknál kellene az alkalmazást kötelezővé tenni?

(tervezett, sürgősségi, nagy és kisműtétek)

30. Ön szerint mit kellene feltétlenül másképp csinálni ahhoz, hogy a csekklista újbóli bevezetése működőképes legyen?

31. Véleménye szerint kinek kellene kezdeményeznie egy ilyen rendszer bevezetését?

32. Ön szerint a csekklista bevezetése igényel-e bármilyen személyi, anyagi, tárgyi feltételt, ha igen mire gondol, mit igényel?

33. Véleménye szerint kinek a feladatát kellene, hogy képezze a műtéti csekklista alkalmazás biztosítása?

34. Véleménye szerint a műtéti csekklistára adott válaszok rögzítésére milyen módszer a legalkalmasabb?

35. Műtéti csekklista támogatás-befolyásolás mátrix kitöltése

(Kérdező adja át a mátrixot)

(Ha nem használt még csekklistát)

A WHO műtéti csekklista ismertetése

A WHO által kifejlesztett sebészeti csekklista egy műtéti ellenőrző lista, amely 19 elemet tartalmaz, és műtéti folyamat három szakaszára - az altatás bevezetése előtti időszakra (sign in), a sebészeti bemetszés előtti (time out) és a műtét végi ellenőrzés időszakára (sign out) - terjed ki.

Az anesztézia bevezetése előtti ellenőrző szakaszban (sign in) a beteg személyazonosságának, műtéti beleegyező nyilatkozatának, a műtét pontos helyének és típusának, a beteg ismert allergiájának, a légutak átjárhatóságának, aspirációs és vérzéses kockázat ismeretének és az erre való megfelelő felkészültség megerősítése történik. Szintén ebben a szakaszban az aneszteziológiai eszközök, gyógyszerek, pulzoximéter hiánytalan és megfelelő működése ellenőrzésének a megerősítése folyik.

A második szakaszban, a sebészi beavatkozás megkezdése előtt (time out), a műtéti csapat minden tagjának, nevének és feladatának, a beteg nevének ismételt és a műtét típusának és a bemetszés helyének és az antibiotikum profilaxis szükségességének, illetve megtörténtének a megerősítése történik. A sebész tájékoztatja a műtéti teamet, hogy mik a műtét kritikus, nem rutin lépései, ez várhatóan mennyi ideig tart majd és mennyi a várható vérvesztés. Az aneszteziológus informálja a csapatot, hogy van-e valamilyen, a beteg állapotával kapcsolatos fontos tényező, pl. társbetegség, vérzési kockázat, stb., az ápolói személyzet az eszközök megfelelő sterilitását, hiánytalan rendelkezésre állását igazolja, illetve a képkalkotó eszközök szükségességét, működőképes rendelkezésre állását erősíti meg.

A műtét végén, mielőtt a beteg elhagyja a műtőt (sign out), az ápoló megnevezi a végrehajtott műtétet, a felhasznált eszközök, tamponok, tűk hiánytalan meglétét, patológiai minták megfelelő címkézését, beleértve a beteg nevét is, igazolják a műtéti eszközök, felszerelések, gépek megfelelő működését, esetleges hibáit. Végül a sebész, az aneszteziológus és az ápoló közösen áttekinti a műtétet követő ápolási tervet, figyelembe véve az operáció, illetve az anesztézia alapján felmerülő komplikációkat.

(az ismertetés közben a magyarra fordított WHO műtéti csekklista átadható a válaszadónak)

(Folytassa a 36. kérdéssel)

36. Mennyire tartja a gyakorlatban megvalósíthatónak az Ön munkahelyén egy műtéti ellenőrző lista rendszeres, minden beavatkozásra kiterjedő használatát? ☒ Milyen beavatkozásoknál kellene az alkalmazást kötelezővé tenni?

(tervezett, sürgősségi, nagy és kisműtétek)

37. Véleménye szerint kinek kellene kezdeményeznie egy ilyen rendszer bevezetését?

38. Kérjük, értékelje 1-5 skálán, hogy egy ilyen rendszer bevezetése a műtőben tevékenykedő dolgozók számára mennyire jelent biztonságot illetve veszélyt

(1: egyértelmű veszély, 5: egyértelmű biztonság).

39. Ön szerint a csekklista bevezetése igényel-e bármilyen személyi, anyagi, tárgyi feltételt, ha igen mire gondol, mit igényel?

40. Véleménye szerint kinek a feladatát kellene, hogy képezze a műtéti csekklista alkalmazás biztosítása?

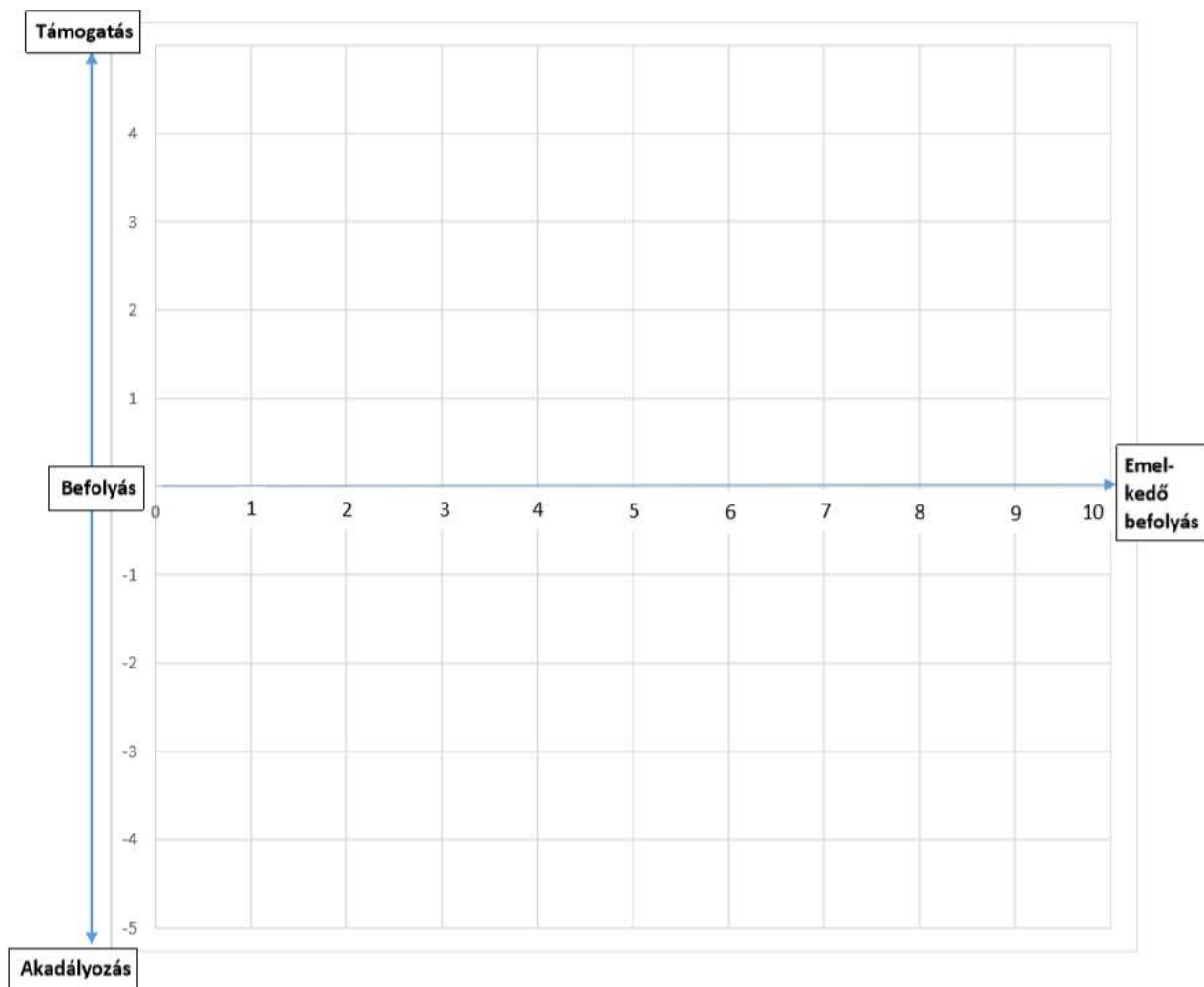
41. Véleménye szerint a műtéti csekklistára adott válaszok rögzítésére milyen módszer a legalkalmasabb?

42. Műtéti csekklista támogatás-befolyásolás mátrix kitöltése

(Kérdező adja át a mátrixot)

Műtéti csekklista támogatás-befolyásolás mátrix

Véleménye szerint mi jellemzi a műtéti csekklista használatának támogatását az egyes személyeknél? Kérjük, helyezze el a fontosnak tartott személyeket egy „x” bejelölésével a lenti mátrixban, amelynek x-tengelyén a befolyásolás, y-tengelyén az akadályozás-támogatás szerepel, és nyilak mutatják az fokozódás irányát. Kérjük, jelölje név nélkül, hogy az egyes „x”ek melyik szakmára vonatkoznak a jelmagyarázat segítségével.



Jelmagyarázat

anesteziológus orvos: AO anesteziológus asszisztens: AA operáló orvos: OO műtővezető főorvos:
MV műtősnő: MN főműtősnő: FMN Kitöltő saját maga: S kórházvezetés: KV

Kitöltő pozíciója: – Miért ez a véleménye a saját szerepéről?

→ Anesztézia bevezetése előtt

(ápoló személyzet és aneszteziológus)

A beteg megerősítette a személyazonosságát, a műtét helyét és annak típusát, és hozzájárulását adta az operációhoz?

igen

A műtét helye megjelölésre került?

igen

nem releváns

Az altató gép és a gyógyszerek ellenőrzése megtörtént?

igen

A pulzoximéter működőképes állapotban a betegen?

igen

Van-e a betegnek ismert allergiája?

nem

igen

nehezen biztosítható légútja vagy aspirációs kockázata?

nem

igen

500 ml-nél nagyobb vérvesztéségi kockázata (gyerekeknél 7 ml/kg)?

nem

igen, két véna/centrális véna és folyadék biztosítására felkészültünk

→ Közvetlenül a műtétii bemetszés előtt

(ápoló személyzet, aneszteziológus és sebész)

A műtét csapat minden tagja neve és feladata szerint bemutatkozott.

A beteg neve, a műtét típusa és a bemetszés helye azonosításra került.

Az antibiótikum profilaxis a műtétet megelőző 60 percben került beadásra.

igen

nem releváns

Előre látható kritikus események

Sebész:

Melyek az operáció kritikus, nem rutin lépései?

Várhatóan mennyi ideig fog ez tartani?

Mennyi a becsült vérvesztés?

Aneszteziológus:

Van-e valamilyen, a beteggel kapcsolatos speciális probléma?

Műtő személyzet:

Az eszközök sterilizálása (beleértve az indikátor értékeket is) ellenőrzésre került?

Van-e az felszereléssel kapcsolatos gondok, kétségek?

A szükséges kárpalkoló felvételek előkészítésre kerültek?

igen

nem releváns

→ Mielőtt a beteg elhagyja a műtőt

(ápoló személyzet, aneszteziológus és sebész)

Az ápoló személyzet szóban megerősíti:

a beavatkozás nevét

az eszközök, törtek és tűk hiánytalan meglétét

a mintavételi edények megfelelő feliratozását (hangosan felolvassa a feliratozást a beteg nevével együtt)

, hogy azonosításra került-e bármilyen, a műszerekkel, eszközökkel kapcsolatos probléma

A sebész, aneszteziológus és az ápoló személyzet:

Mik a legfontosabb teendők a beteg gyógyulását és további ápolását, kezelését illetően?

Ez az ellenőrző lista nem terjed ki minden részletre. További, a helyi gyakorlatához illeszkedő kiegészítéseket és módosításokat támogatjuk.

Árnéve: 1 / 2009

© WHO, 2009

Irodalom

1. Aveling EL, McCulloch P, Dixon-Woods M. A qualitative study comparing experiences of the surgical safety checklist in hospitals in high-income and low-income countries. *BMJ Open*. 2013;3(8):e003039.
2. Mahajan RP. The WHO surgical checklist. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2011;25(2):161-8.
3. Brindle ME, Henrich N, Foster A, Marks S, Rose M, Welsh R, et al. Implementation of surgical debriefing programs in large health systems: an exploratory qualitative analysis. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):210.
4. Ontario Hospital Association. Surgical Safety Checklist "How-To" Implementation Guide. Ontario Hospital Association and Government of Ontario, Canada; 2010.
5. Helmiö P. TOWARDS BETTER PATIENT SAFETY: The WHO Surgical Checklist in Otorhinolaryngology. University of Helsinki; 2015.
6. Jain D, Sharma R, Reddy S. WHO safe surgery checklist: Barriers to universal acceptance. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2018;34(1):7-10.
7. Woodman N, Walker I. World Health Organization Surgical Safety Checklist. World Federation of Societies of Anaesthesiologists; 2016.
8. Russ SJ, Sevdalis N, Moorthy K, Mayer EK, Rout S, Caris J, et al. A qualitative evaluation of the barriers and facilitators toward implementation of the WHO surgical safety checklist across hospitals in England: lessons from the "Surgical Checklist Implementation Project". *Ann Surg*. 2015;261(1):81-91.
9. Gagliardi AR, Straus SE, Shojania KG, Urbach DR. Multiple interacting factors influence adherence, and outcomes associated with surgical safety checklists: a qualitative study. *PLoS One*. 2014;9(9):e108585.
10. Fourcade A, Blache JL, Grenier C, Bourgain JL, Minvielle E. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(3):191-7.
11. McGinlay D, Moore D, Mironescu A. A prospective observational assessment of Surgical Safety Checklist use in Brasov Children's Hospital, barriers to implementation and methods to improve compliance. *Rom J Anaesth Intensive Care*. 2015;22(2):111-21.
12. Dharampal N, Cameron C, Dixon E, Ghali W, Quan ML. Attitudes and beliefs about the surgical safety checklist: Just another tick box? *Can J Surg*. 2016;59(4):268-75.
13. Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(4):299-318.
14. EFOP-4.2.2-16 Skill laborok fejlesztése [Available from: <https://www.palyazat.gov.hu/efop-422-16-skill-laborok-fejlesztse>].