

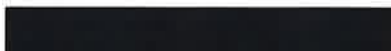
Omvårdnadsvetenskap  
15 hp, avancerad nivå  
Operationssjukvård  
2013

**ANVÄNDANDET AV WHO:S MODIFIERADE  
CHECKLISTA FÖR SÄKER KIRURGI – EN STUDIE OM  
OPERATIONSSJUKSKÖTERS KANS MEDVERKAN**

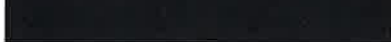
**THE PARTICIPATION OF THE THEATRE NURSE IN  
PERFORMING THE WHO SURGICAL SAFETY  
CHECKLIST**

Karin Hagberg & Marja Johanson

Handledare:



Examinator:



# **SAMMANFATTNING**

## **Bakgrund**

Världssalliansen för patientsäkerhet, som är en del av WHO, har skapat en checklista för säker kirurgi. Den publicerades för första gången år 2008 och i Sverige har Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, LÖF, översatt och bearbetat checklistan för svenskt bruk. Användandet av WHO:s checklista för säker kirurgi har visats minska antalet komplikationer och dödsfall i samband med operationer.

## **Syfte**

Syftet med studien var att beskriva operationssjuksköterskans medverkan i användandet av WHO:s modifierade checklista för säker kirurgi intraoperativt på två operationsavdelningar på ett sjukhus i Mellansverige.

## **Metod**

Denna studie har en kvantitativ deskriptiv ansats. En direkt observationsstudie genomfördes och därefter ställdes frågor utifrån en frågeguide. Totalt 16 operationssjuksköterskor deltog i studien.

## **Resultat**

Ingen operationssjuksköterska medverkade i eller tog upp samtliga punkter i checklistans alla tre faser under en operation. En operationssjuksköterska tog däremot upp alla punkter i avslutningsfasen vid ett tillfälle. Det fanns ingen checklisteansvarig personal som läste upp checklistans alla punkter för operationslaget och som såg till att alla punkterna genomfördes på de båda avdelningarna.

## **Slutsats**

Bristande följsamhet till checklistorna råder på båda avdelningarna. Avdelningarna är i behov av kvalitetsförbättrande åtgärder för att öka följsamheten till checklistorna för att främja patientsäkerheten.

## **Klinisk betydelse**

Studien är en beskrivning av hur operationssjuksköterskor arbetar med checklistorna på de två avdelningarna där observationerna utfördes. Den utgör en grund för fortsatt förbättringsarbete på avdelningarna samt ger inspiration till fortsatt forskning.

Nyckelord: operationssjuksköterska, medverkan, checklista för säker kirurgi.

# ABSTRACT

## Background

World Alliance for Patient Safety, launched by the WHO, has created a Surgical Safety Checklist. It was first published in 2008 and has been translated and modified in Sweden by Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, LÖF. The use of the WHO Surgical Safety Checklist has been shown to reduce the number of complications and deaths related to surgery.

## Aim

The aim of this study is to describe the Theatre Nurse's participation in the use of a modified version of the WHO Surgical Safety Checklist intraoperatively in two Theatres in a hospital in the centre of Sweden.

## Method

This study has a quantitative descriptive approach. A direct observational study was carried out in two Theatres and the participants were asked a few complementary questions after the observations. A total of 16 Theatre Nurses participated in this study.

## Results

None of the Theatre Nurses confirmed all the steps in all phases of the checklists during an operation. However one Theatre Nurse confirmed all the steps in the Sign Out phase at one occasion. There was no team member in either Theatre allocated to read out all the steps in the checklist and to make sure that all the steps were completed.

## Conclusion

Insufficient compliance to the checklist prevails in both Theatres and they need to improve quality measures in order to increase adherence to the checklists to promote patient safety.

## Clinical significance

This study describes the Theatre Nurses' participation in performing the checklists in the two Theatres where the observations were carried out. The study may inspire improvement measures and provide inspiration for further research.

Keywords: Theater Nurse, participation, Surgical Safety Checklist

# INNEHÅLL

INLEDNING .....	1
BAKGRUND.....	2
Patientsäkerhet.....	2
Omvårdnadsansvar vid operation .....	2
WHO:s checklista för säker kirurgi .....	3
Checklistans uppbyggnad enligt LÖF .....	4
Studiens modifierade checklistor .....	6
Operationslagets kommunikation .....	8
Följsamhet till modifierade checklistor .....	9
PROBLEMFÖRMULERING.....	10
SYFTE .....	10
METOD .....	11
Design.....	11
Urval .....	11
Datainsamlingsmetod .....	12
Databearbetning.....	13
ETISKA ASPEKTER .....	14
RESULTAT .....	15
Operationssjuksköterskornas medverkan i Förberedelse .....	15
Förklaringar till varför punkter inte togs upp .....	17
Operationssjuksköterskornas medverkan i Timeout .....	18
Förklaringar till varför punkter inte togs upp .....	20
Operationssjuksköterskornas medverkan i Avslutning.....	21
Förklaringar till varför punkter inte togs upp .....	22
Operationssjuksköterskornas svar på övriga frågor .....	24
DISKUSSION .....	25
Metoddiskussion.....	25
Resultatdiskussion.....	27
Slutsats.....	30
Klinisk betydelse .....	30
Förslag på vidare forskning/utveckling .....	30
REFERENSER .....	32
BILAGOR.....	1

Bilaga 1. LÖF:s checklista .....	1
Bilaga 2. Checklistan på Avdelning 1 .....	2
Bilaga 3. Checklistan på Avdelning 2 .....	3
Bilaga 4. Observationsprotokoll Avdelning 1 .....	4
Bilaga 5. Observationsprotokoll Avdelning 2 .....	6
Bilaga 6. Deltagarinformation .....	8
Bilaga 7. Studieförfrågan till verksamhetschefen .....	9

C

D

D

C

## INLEDNING

Under den verksamhetsförlagda utbildningsperioden inom operationssjuksköterskeprogrammet har vi upplevt att operationspersonal inte har medverkat på alla delpunkter i WHO:s modifierade checklista för säker kirurgi. Vi har även upplevt själva att det kan vara svårt att genomföra checklistan på ett komplett sätt. Detta kan vara ett problem eftersom var och en i operationslaget har en betydande ansvarsroll under en operation. Det är en patientsäkerhetsrisk att personalen inte deltar fullt ut. Därför har vi valt att undersöka operationssjuksköterskans medverkan i användandet av checklistan på två operationsavdelningar på ett sjukhus i Mellansverige.

## **BAKGRUND**

### **Patientsäkerhet**

Hälso-och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763), 2 a §, ställer krav på sjukvården att dess kvalitet ska vara hög och patientens trygghet ska tillgodoses. Enligt Socialstyrelsen (2004) innebär patientsäkerhet att sjukvården inte utsätter patienten för skada eller risk för skada. Vårdskador går att undvika (Patientsäkerhetslag, SFS 2010:659, kap. 1, 5 §) och det finns fem riskområden inom hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2004). Riskområdena gäller förväxling, läkemedelshantering, medicinteknisk utrustning, kommunikation och nosokomiala infektioner (Socialstyrelsen, 2004). Alla dessa fem riskområden är bedömda som riskområden inom operationssjukvården och återfinns i checklistan.

### **Omvårdnadsansvar vid operation**

Vårdgivaren ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) kontinuerligt arbeta med att förbättra kvaliteten i verksamheten och förebygga vårdskada och verksamhetens personal ska medverka i kvalitetsarbetet. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och de ska arbeta för att hög patientsäkerhet upprätthålls (SFS 2010:659, kap. 6, 1 §, 4 §). Enligt Högskoleförordningen (SFS1993:100) ska operationssjuksköterskan med sin specialistkompetens ansvara för aseptik och instrumentering. Han/hon ska arbeta för att förebygga infektioner och komplikationer vid operationer. Operationssjuksköterskan har även specialistkunskap vad gäller hantering av preparat och prover och han/hon ska enligt Högskoleförordningen (SFS 1993:100) också kunna leda och planera förebyggande hälso- och vårdarbete. Enligt kompetensbeskrivningen skriven av Riksföreningen för operationssjukvård, (2011) ska operationssjuksköterskan medverka i och använda sig av WHO:s checklista. För att undvika behandling av fel patient ska patientens identitet kontrolleras enligt säkra rutiner (Socialstyrelsens allmänna råd om identitetskontroll m.m. av patienter i hälso-och sjukvården, SOSFS 1992:2). I samband med en operation ansvarar operationssjuksköterskan med övriga i operationslaget, enligt Riksföreningen för operationssjukvård (2011), för att rätt patient opereras, att rätt operation utförs på rätt sida, att patienten är positionerad på rätt sätt och att inga skador



uppstår. Operationssjuksköterskan ansvarar självständigt för hygien och sterilitet under operationen för att undvika smittspridning. Ett viktigt ansvarsområde som operationssjuksköterskan har för att förhindra att material lämnas kvar i patienten är att noggrant utföra kontroller av instrument och övrigt material pre-, intra- och postoperativt (Riksföreningen för operationssjukvård, 2011).

### **WHO:s checklista för säker kirurgi**

Världssalliansen för patientsäkerhet, som är en del av World Health Organization [WHO], har arbetat fram WHO:s checklista för säker kirurgi (Världssalliansen för patientsäkerhet, 2009). Den publicerades för första gången år 2008 (Murphy, 2011) för att främja säkerheten under operationer genom att säkerställa att viktiga kontroller genomförs och för att förbättra operationslagets kommunikation och samarbete (Världssalliansen för patientsäkerhet, 2009). Checklistan skapades med flygindustrins checklistor som förebilder vilka används som redskap för att öka säkerheten vid flygningar (Weiser, Haynes, Lashoher et al., 2010).

Enligt tidigare forskning har användandet av WHO:s checklista för säker kirurgi visats minska antalet komplikationer från 11 procent till 7 procent och dödsfall från 1,5 procent till 0,8 procent (Haynes et al., 2009). Checklistan minskar även komplikationerna vid akuta operationer (Weiser, Haynes, Dziekan et al., 2010). En studie utförd i USA har också visat att checklistan även kan leda till ekonomiska besparingar för ett sjukhus (Semel et al., 2010) och en annan studie visade att operationspersonal, efter införandet av checklistan, i högre grad än tidigare tog upp säkerhetsåtgärder såsom kontrollräkning av torkar (Weiser, Haynes, Dziekan et al., 2010). Checklistan gav även enligt en studie (Böhmer et al., 2013) ökad kunskap om den perioperativa omvårdnaden av patienten hos operationspersonalen. Till exempel kände sig operatören mer säker på att ingenting oavsiktligt lämnades kvar i patienten samt att personalen var informerad om planerna för det postoperativa omhändertagandet (Böhmer et al., 2013).

WHO uppmanar modifiering av checklistan och i Sverige har Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag [LÖF] översatt och bearbetat den (Världssalliansen för

patientsäkerhet, 2009). Nedan följer en beskrivning av den svenska bearbetningen av checklistan enligt LÖF.

### **Checklistans uppbyggnad enligt LÖF**

LÖF:s svenska bearbetning av WHO:s checklista, se bilaga 1, består av tre faser som innehåller ett antal delområden som såväl operatör, anestesilog, anesthesiujusköterska och operationssjukköterska ska delta i. Checklistan är indelad under rubrikerna Förberedelse, Timeout och Avslutning. Vid genomförande ska varje delpunkt i de tre faserna muntligen bekräftas av den eller de ansvariga i operationslaget. Det bör finnas en person som läser upp alla punkter i checklistan och som kontrollerar med ansvarig personal att alla säkerhetskontrollerna är utförda. De kontrollerade punkterna ska kryssas i av den checklisteansvarige personen (Världsalliansen för patientsäkerhet, 2009).

Förberedelsefasen sker innan patienten har sövts och anesthesiologen, anesthesiujusköterskan och i möjligaste mån även operationssjukköterskan ska då kontrollera med patienten om hans/hennes identitet, var ingreppet ska utföras, att han/hon är väl informerad om och samtycker till ingreppet samt att operationsområdet är markerat. Anestesi-personalen ska kontrollera att all anesthesiutrustning fungerar. Pulsoximaterns funktion kontrolleras och att den är korrekt påkopplad på patienten. Eventuella allergier, risk för svårighet vid intubation, aspirationsrisk och blödningsrisk tas upp. Skulle svår luftväg eller aspirationsrisk föreligga ska personalen bekräfta att utrustning finns tillgänglig. Vid risk för blödning mer än 500 ml ska infarter och intravenös vätska eller blodtransfusion planeras. Den sista punkten handlar om risken för hypotermi och om risk finns ska åtgärder planeras (Världsalliansen för patientsäkerhet, 2009).

Timeouten är ett tillfälle för operationslaget att återigen fokusera på patienten efter att all personal har utfört sina förberedelser på operationssalen (Dillon, 2008). Enligt LÖF:s version av checklistan börjar timeouten, som sker innan incisionen, med att alla presenterar sig för varandra och anger sin roll som de har under operationen. Anestesiolog, anesthesiujusköterska, operationssjukköterska och operatör ska även muntligen bekräfta patientens ID och var på kroppen ingreppet ska ske samt vad som

ska göras. Därefter går anestesi-personalen, operationssjuksköterskan och operatören igenom förväntade kritiska händelser och moment under operationen.

Anestesi-personalen berättar om det finns några problem som rör patienten och anestesi. Operationssjuksköterskan tar upp om steriliteten är bekräftad och om det finns några problem med utrustningen. Han/hon tar även upp om patienten ligger i rätt position på operationsbädden. Operatören berättar om eventuella kritiska och oväntade moment och hur lång tid operationen förväntas ta samt förväntad blodförlust. Sedan bekräftas om patienten har fått antibiotikapofylax inom 60 minuter och tromboprofylax. Den sista punkten tar upp om röntgenbilder finns framtagna. Om någonting inte är tillämpligt ska även det bekräftas. (Världsalliansen för patientsäkerhet, 2009).

Den sista fasen, som kallas Avslutning, sker innan patienten lämnar operationssalen. I denna fas ska operationslaget bekräfta namnet på ingreppet och att kontrollräkning av alla instrument, torkar och nålar stämmer. Preparathanteringen bekräftas gällande preparatets märkning med patientens namn och personnummer. Eventuella problem med utrustning diskuteras och operatören, anestesi-personalen och operations-sjuksköterskan uppmärksammar patientens postoperativa omvårdnad. Avslutningsvis går operationslaget igenom lärdomar med operationen och förbättringsåtgärder inför framtiden (Världsalliansen för patientsäkerhet, 2009).

Checklistan, som rekommenderas av Socialstyrelsen (2009), kan anpassas för varje operationsavdelning och målet är att alla delmoment ska följas (Världsalliansen för patientsäkerhet, 2009). Checklistorna som studeras i denna studie är modifierade från LÖF:s checklista för säkerhet vid operationer.

Enligt LÖF ska varje fas i den modifierade checklisten innehålla mellan fem och nio punkter och varje fas ska kunna genomföras under en minut. Skulle checklisten innehålla för många punkter finns risken att den inte används alls. LÖF betonar även att checklisten klart och tydligt ska läsas upp och att alla punkter ska bekräftas muntligen av operationslaget. De punkter som inte är aktuella eller inte möjliga ska bekräftas att de inte är tillämpliga (Patientförsäkringen, LÖF). Det fanns inga lokala riktlinjer på de båda avdelningarna angående checklistornas genomförande när studien utfördes.

## **Studiens modifierade checklistor**

### **Avdelning 1**

Checklistan på Avdelning 1, se bilaga 2, är som nämnts ovan uppbyggd efter LÖF:s checklista. Checklistans uppläggning har modifierats och listan har utökats med flertalet punkter. Förberedelsefasen innehåller 18 punkter, timeout 21 punkter och i avslutningsfasen finns 11 punkter. De flesta av punkterna finns under olika rubriker där ansvarig personal framgår. I förberedelsefasen står att anestesipersonal ska kontrollera att läkemedel har administrerats, prover tagits och att antikroppsscreening och blodgruppering finns. Även säkerhetskontroll av medicinteknisk utrustning tas upp under denna punkt. Därefter tar operationspersonal upp att säkerhetskontroller av medicinteknisk utrustning och instrument, preparat, prover och remisser samt planerade implantat är genomförda. Sedan följer gemensamma punkter där både operationspersonal och anestesipersonal bekräftar om det finns någon varningstriangel i patientens journal och patientens läge på operationsbädden. Personalen ska även gemensamt gå igenom risk för hypotermi och behovet av urinkateter eller urintappning. Därefter ska patienten bekräfta sin identitet, att han/hon är informerad om ingreppet och var på kroppen det ska ske samt att operationsområdet är markerat. Patienten tillfrågas också om han/hon har någon känd allergi/överkänslighet och patientens mun och nacke kontrolleras. Avslutningsvis i förberedelsefasen bekräftar anestesipersonalen att övervakningsapparaturen är påkopplad och fungerar och huruvida aspirationsrisk och problem med luftvägen föreligger. De ska även bekräfta att planering är utförd gällande anestesin och fördelning av uppgifter.

Timeouten börjar med att alla i operationslaget muntligen bekräftar om det finns någon varningstriangel för allergi eller smitta. Sedan presenterar sig alla med namn och roll. Patientens identitet, den planerade operationen, var ingreppet ska ske samt patientens läge på operationsbädden bekräftas. Sedan följer operationssjuksköterskans bedömning av att instrument och apparatur är på plats och fungerar samt att det är förberett för preparat, provhantering och implantat. Anestesipersonalen bedömer sedan huruvida det föreligger några risker och går igenom den planerade postoperativa smärtlindringen. Därefter följer operatörens bedömning av möjligheten för komplikationer och oväntade moment, den planerade tiden för operationen, alternativa sätt att genomföra operationen, förväntad mängd blödning, antibiotika- och trombosprofylax, behov av röntgenbilder eller andra bilder, planerad lokalbedövning postoperativt samt om det är

aktuellt med biobank. Avslutningsvis ska alla enas om att göra avstämningar vid exempelvis personalbyten.

Avslutningsfasen börjar med att operationssjuksköterskan bekräftar att kontrollräkningen av instrument, dukar och suturer stämmer. Därefter går operatören igenom vilket ingrepp som har utförts och om patienten har erhållit något implantat. Operationslaget bekräftar att preparat och odlingar är korrekt hanterade och att remiss och etiketter stämmer. De uppmärksammar om patientens infarter, katetrar och dränage är märkta på rätt sätt och dokumenterade i journalen. Operationslaget berör sedan patientens postoperativa omvårdnad och tar upp varning, allergi, smitta, att postoperativa ordinationer är dokumenterade och signerade på rätt sätt, patientens aktuella status, blåsscanning, urintappning eller urinkateter samt eventuell hypotermi. Slutligen tas det upp om några problem uppstod under operationen och vem som ansvarar för att problemen åtgärdas. Operationslaget frågar sig även vad som gjordes bra och vad som kan förbättras.

## **Avdelning 2**

Checklistan på Avdelning 2, se bilaga 3, är även den modifierad efter LÖF:s checklista. Antalet punkter i förberedelsefasen och timeouten är åtta stycken vardera och avslutningen innehåller sex stycken. Nedskrivet på checklistan står att den ska fyllas i av checklistenansvarig och att alla punkter ska kryssas i. I förberedelsefasen, som sker innan anestesi påbörjas, bekräftar patienten inledningsvis sin identitet, var snittet ska ske och att han/hon har fått information om ingreppet och förstår vad som ska göras. Skulle patienten inte kunna bekräfta detta ska en kommentar skrivas. Därefter kontrolleras om operationsområdet är markerat och kontroll utförs angående allergi, om patienten har fått ordinerade läkemedel, om ordinerade prover är tagna, om patienten har implantat eller proteser, om det finns andra förväntade svårigheter vid positionering samt om risk för hypotermi, svår intubation och risk för aspiration föreligger. Avslutningsvis ska anestesipersonalen bekräfta att deras säkerhetskontroller har utförts och att pulsoximetern är påkopplad på patienten.

I timeouten står tydligt varje yrkeskategoris ansvarsområden. Timeouten ska ske innan incisionen och den initieras av operationssjuksköterskan. Alla i operationslaget ska då presentera sig med namn och roll. Sedan bekräftas patientens identitet av

anestesiologen eller anestesijusköterskan, operationssjuköterskan, undersköterskan och operatören. Operatören berättar sedan vilket ingrepp som ska utföras och var på kroppen det ska ske. Han/hon tar bland annat upp förväntade svårigheter, hur länge operationen väntas pågå samt om någon blodförlust förväntas. Därefter följer operationssjuköterskans och undersköterskans plan för behov av utrustning och hantering av preparat samt en bekräftelse av sterilitet. Anestesipersonalen går sedan igenom om det finns några problem med patienten eller anestesin och behovet av blodprodukter. Därefter kontrolleras om patienten har fått antibiotikaproylax och/eller trombosproylax. Slutligen bekräftar alla i operationslaget att de gör avstämningar under operationen om det skulle behövas.

Avslutningen sker innan operatören går ifrån patienten. Man ska då beskriva vilket ingrepp som har utförts, att kontrollräkning av instrument, torkar och nålar stämmer och att eventuella preparat har tagits omhand på rätt sätt. Om det förekom problem med utrustningen under operationen tas detta upp i avslutningen. Operationslaget tar därefter upp planen för patientens postoperativa omvårdnad och i den sista punkten diskuteras vilka lärdomar som kan dras och vad som kan förbättras i framtiden.

### **Operationslagets kommunikation**

En checklista för säker kirurgi är ett redskap för att förbättra kommunikationen mellan operationslagets medlemmar (Fargen et al., 2012; Fudickar, Hörle, Wiltfang & Bein 2012; Norton & Rangel, 2010; Walker, Reshamwalla & Wilson, 2012; Weiser & Berry, 2012). Checklistan initierar kommunikation, fokuserar på kritiska moment och alla medlemmar i operationslaget får komma till tals (Weiser & Berry, 2012). Den förbättrade kommunikationen och det uppmuntrade samarbetet mellan olika professioner i operationslaget som en checklista innebär resulterar i en bättre vård för patienten (Norton & Rangel, 2010).

En förutsättning för att en checklista ska fungera är att kommunikationen mellan operationslagets medlemmar fungerar bra (Murphy, 2011). Språket ska vara klart och tydligt, störande faktorer ska undvikas och tillräckligt med tid ska ges till kommunikationen. Vidare ska den personen som rapporterar försäkra sig om att mottagaren har förstått och ge tid för frågor. Informationen ska vara patientcentrerad

och oväsentligheter ska undvikas (Murphy, 2011). Cvetic (2011) skriver att ett vanligt störande inslag på en operationssal är då flera personer pratar samtidigt. Även hunger och trötthet leder till försämrad kommunikation (Cvetic, 2011).

Bristande kommunikation på operationssalen har visats kunna leda till ineffektivitet, misstag, tillfälliga lösningar, förseningar, resursslöseri, obehag för patienten och spänningar inom operationslaget (Lingard et al., 2004). En studie visade att ju mindre information som operationslaget delgav varandra intraoperativt ju högre var risken för komplikationer och dödsfall (Mazzocco et al., 2009).

### **Följsamhet till modifierade checklistor**

I en finsk studie framkom att man i 62 procent av operationerna hade slutfört förberedelsefasen, 61 procent timeouten och 54 procent avslutningen under det första året efter implementeringen av checklistan på en operationsavdelning som specialiserar sig på öron, näsa och hals (Helmiö et al., 2012). Rydenfält, Johansson, Odenrick, Åkerman och Larsson (2013) visade att de områden som oftast togs upp i checklistan under en timeout, på en operationsavdelning i Sverige, var patientens identitet, antibiotika och planerat ingrepp. Det som följdes minst var å andra sidan enligt dessa författare plats för incision, operationssjuksköterskans genomgångar och bildinformation. Vidare dominerades timeouten av operatörerna och anestesipersonalen och presentation av medlemmarna i operationslaget förekom endast vid hälften av operationerna som studerades (Rydenfält et al., 2013).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Enligt tidigare forskning har WHO:s checklista, som Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, LÖF, har översatt och bearbetat i Sverige (Världsalliansen för patientsäkerhet, 2009), visats minska antalet komplikationer och dödsfall i samband med operationer (Haynes et al., 2009; Weiser, Haynes, Dziekan et al., 2010). Av denna anledning är det därför av vikt att operationslaget använder sig av checklistan för säker kirurgi i sitt arbete under en operation.

Problemet som ligger till grund för denna studie, är att vi har upplevt, under vår verksamhetsförlagda utbildning på olika operationsavdelningar, att personalen inte alltid medverkar fullt ut i användandet av de modifierade checklistorna. Det är ett problem eftersom det kan utgöra en säkerhetsrisk för patienten om någon i operationslaget inte medverkar fullt ut. Därför är det viktigt att undersöka operationssjuksköterskans medverkan i de punkter han/hon själv eller gemensamt med andra i operationslaget ansvarar för.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att beskriva operationssjuksköterskans medverkan i användandet av WHO:s modifierade checklista intraoperativt på två operationsavdelningar på ett sjukhus i Mellansverige.



## **METOD**

### **Design**

Denna studie är en direkt observationsstudie med en kvantitativ deskriptiv ansats. I en direkt observationsstudie observeras det som sker framför observatörerna (Olsson & Sörensen, 2007).

### **Urval**

Observationerna genomfördes på två operationsavdelningar på ett sjukhus i Mellansverige. Anledningen till att dessa två avdelningar valdes var att vi hade haft vår verksamhetsförlagda utbildning på varsin av dem.

Deltagarna valdes ut med konsekutivt urval. Enligt Olsson och Sörensen (2007) innebär konsekutivt urval att deltagarna väljs ut i tur och ordning allteftersom de passar in i inklusionskriterierna.

Inklusionskriteriet var de operationssjuksköterskor som var omvårdnadsansvariga för patienter som opererades de dagar vi utförde våra observationer. Både elektiva och akuta operationer inkluderades. Observationerna utfördes under en tidsperiod av två veckor i januari 2013.

Operationssjuksköterskor som var omvårdnadsansvariga för patienter med ökad infektionskänslighet exkluderades. Vidare exkluderades operationssjuksköterskor som redan hade deltagit i en tidigare observation i denna studie samt de operationssjuksköterskor som planerades bli avlösta under operationen.

När deltagarna valdes ut läste vi i operationsprogrammet på avdelningen. När flera operationssjuksköterskor var aktuella valdes den operationssjuksköterska som ansvarade för den operationen som stod skriven först i operationslistan. Operationslistan var rangordnad efter salsnummer med den lägsta siffran högst upp. Patienterna var sövda vid alla operationer där observationerna utfördes.

Vid tidpunkten för observationerna var 13 operationssjuksköterskor anställda på Avdelning 1 medan det på Avdelning 2 fanns 14 anställda operationssjuksköterskor, varav tre av dem var bemanningssjuksköterskor. Antalet tillgängliga operationssjuksköterskor under datainsamlingsperioden var 16. Ingen av dessa tackade nej och totalt observerades därför 16 operationssjuksköterskor varav sju på Avdelning 1 och nio på Avdelning 2. Samtliga observerade operationssjuksköterskor var kvinnor. En av operationssjuksköterskorna observerades under en akut operation.

### **Datainsamlingsmetod**

En direkt observationsstudie (Olsson & Sörensen, 2007) genomfördes och därefter ställdes kompletterande frågor utifrån en frågeguide. Innan studien startade informerades personalen vid arbetsplatsträffar på båda avdelningarna om att vi planerade att utföra en studie gällande patientsäkerheten genom att observera hur operationssjuksköterskorna arbetade med checklistan. Informationen gavs både skriftligt och muntligt. Innan operationen påbörjades tillfrågades även operationssjuksköterskan om tillstånd att observera henne. Samtycke inhämtades från verksamhetschefen och avdelningschefen innan studien påbörjades.

Operationsavdelningarna angavs Avdelning 1 och Avdelning 2. Icke-deltagande direkta observationer utfördes där vi båda observerade samtidigt på samma avdelning men på olika operationssalar. De första tre dagarna utfördes dock observationerna gemensamt för att säkerställa att observationerna utfördes på liknande sätt. När endast en operation var aktuell observerade vi även på samma operation. Sammanlagt observerades sex operationer gemensamt och de har inkluderats i denna studie.

Innan studien startade skrevs checklistans punkter (se bilaga 2 och 3) ner i ett observationsprotokoll, ett för varje avdelning (se bilaga 4 och 5). Vår definition av medverkan är då operationssjuksköterskan verbalt eller med ett tydligt kroppsspråk bekräftar något i checklistan. Då operationssjuksköterskan medverkade markerades detta i protokollet. De punkter i checklistorna som observerades var de punkter där det framgår att operationssjuksköterskan ska medverka i eller där det framgår att det är ett gemensamt ansvar. Där det inte står vem som är ansvarig är vår tolkning att alla är ansvariga inklusive operationssjuksköterskan och därför observerades hon då också.

Efter observationerna ställdes fyra kompletterande frågor till operationssjuksköterskorna och målet med dessa frågor var att svaren skulle förtydliga resultatet.

Följande frågor ställdes:

1. Hur tycker du att checklistan fungerar?
2. Är det någonting du skulle vilja förändra i checklistan? I sådana fall vad?
3. Vem ansvarar för att checklistan genomförs?
4. Vad var orsaken till att du inte muntligen tog upp alla punkter i denna fas?

Efter de tre första observationerna modifierades den fjärde frågan eftersom den gav alltför omfattande svar. Frågan lydde först: Vad var orsaken till att du inte deltog i momentet? Modifieringen innebar att frågan blev av en mer generell karaktär. Trots modifieringen valde vi att ta med de tre första observationerna eftersom svaren endast hade varit mer detaljrika.

Observationerna, svaren, operationstiden, datum, ort, operationssjuksköterska, om checklista fanns på salen, om det var en vuxen patient eller om det var ett barn och operationstyp noterades på observationsdokumentet för respektive avdelning, dock angavs inga personuppgifter på patienterna eller operationssalar. Endast observationerna, svaren och noteringar om checklistorna fanns på salen redovisas här, övrig information noterades enbart för vårt minnes skull.

### **Databearbetning**

Antalet operationssjuksköterskor som medverkade i varje ämnesområde i checklistorna på de båda avdelningarna har summerats för hand och redovisas i tre tabeller, en tabell för varje fas. I dessa tabeller finns alla ämnen nedskrivna och markeringar gällande vilka ämnen som finns i LÖF:s checklista och checklistorna på de båda avdelningarna (för exakta formuleringar av checklistorna se bilaga 1–3). Detta för att läsaren ska få en överblick över checklistornas innehåll och operationssjuksköterskornas medverkan. I anslutning till varje tabell finns kommentarer noterade enligt fotnotsystem.

Svaren på frågorna har kategoriserats efter innehåll. Antalet liknande svar på fråga fyra har summerats och redovisas som kategorier i tabellform. Övriga svar redovisas i löpande text i ett separat kapitel.

## **ETISKA ASPEKTER**

Forskning inom omvårdnadsvetenskapen bör grundas på de fyra principerna om autonomi, att göra gott, att inte skada och rättvisa enligt Northern Nurses' Federation (2003). I principen om autonomi ingår att informerat samtycke inhämtas och att deltagaren när som helst kan avbryta sitt deltagande (Northern Nurses' Federation, 2003). I denna studie informerades operationssjuksköterskorna både muntligen och skriftligen och innan varje observation tillfrågades operationssjuksköterskan om hon ville delta. I informationen till deltagarna ingick att hon när som helst kunde avbryta sin medverkan i studien. Observationen utfördes då operationssjuksköterskan hade gett sitt samtycke. Enligt Vetenskapsrådet (2011) bör deltagarna i en observationsstudie vara informerad om att han/hon observeras. För att kunna inhämta ett informerat samtycke valde vi därför att informera om vad som observerades.

Det är av stor vikt enligt Helsingforsdeklarationen att deltagarens integritet skyddas och informationen som inhämtas i en studie ska behandlas konfidentiellt (World Medical Association, 2008). Inga uppgifter om patientens namn och personnummer behandlades i vår studie. Den erhållna informationen från observationerna hanterades konfidentiellt och ingen person kan identifieras i resultatet.

Vår avsikt var inte att påverka någon person fysiskt eller psykiskt med denna studie. Vi har endast observerat operationssjuksköterskan i sitt arbete. Att observeras i sin yrkesroll kan däremot eventuellt upplevas som störande och stressande. Det kan även ha utgjort en ökad infektionsrisk för patienten eftersom vi var ytterligare personer som vistades i operationssalen. Dock stod vi på avstånd från det sterila fältet och operationssjuksköterskor som var omvårdnadsansvariga för patienter med ökad infektionskänslighet exkluderades.

Denna studie följer principen om att göra gott (Northern Nurses Federation, 2003) eftersom resultatet kan utgöra en grund för framtida förbättringsarbete både för patientsäkerheten men även för personalens arbetsmiljö.

## RESULTAT

Resultatet redovisas i tabeller och de ämnen som beskrivs är sammanfattande ämnesbeskrivningar av vad som ska tas upp i checklistorna. När det finns angivet flera delpunkter under en punkt i checklistorna så redovisas de i denna studie enligt delpunkterna. Då ett ämnesområde har olika inriktningar i de olika checklistorna anges det gemensamma ämnesområdet i tabellen och förklaras i kommentardelen i direkt anslutning till tabellerna.

På Avdelning 1 observerades sju operationssjuksköterskor medan nio operationssjuksköterskor observerades på Avdelning 2. Ingen operationssjuksköterska medverkade i eller tog upp samtliga punkter i checklistans alla tre faser under en operation. Endast en operationssjuksköterska tog upp alla punkter i avslutningsfasen vid ett enda tillfälle. Av ämnena som observerades togs 14 aldrig upp på Avdelning 1 medan det fanns två ämnen på Avdelning 2 som aldrig berördes. Det fanns ingen checklisteansvarig personal som läste upp checklistans alla punkter för operationslaget på någon av avdelningarna. Medelvärde för observationstiden på salen på Avdelning 1 var 88 minuter och 130 minuter på Avdelning 2. Vid 12 av alla 16 observationer fanns kompletta checklistor uppsatta på salarna.

### **Operationssjuksköterskornas medverkan i Förberedelse**

I förberedelsefasen på båda avdelningarna bekräftade samtliga operationssjuksköterskor patientens identitet. Det som oftast berördes i förberedelsefasen, dvs. av mer än hälften av fallen där operationssjuksköterskorna medverkade på båda avdelningarna, var patientens bekräftelse av incisionsplats, om patienten var informerad om ingreppet och om patienten hade någon allergi. Mer än hälften av operationssjuksköterskorna på Avdelning 2 försäkrade sig om att patienten var informerad om och införstådd med operationen samt kontrollerade att operationsområdet var markerat. Alla operationssjuksköterskor på Avdelning 2

kontrollerade allergier samt implantat och proteser. Operationssjuksköterskans medverkan redovisas i Tabell 1.

**Tabell 1. Förberedelsefasens innehåll och operationssjuksköterskans medverkan på respektive avdelning.**

Ämnen i checklistan som operationssjuksköterskan ansvar för.	Checklistan enligt LÖF	Checklistan på Avdelning 1 och operations-sjuksköterskans medverkan n=7	Checklistan på Avdelning 2 och operations-sjuksköterskans medverkan n=9
Patienten har bekräftat ID		7	9 (A)
Patienten har bekräftat incisionsplatsen		5 (B)	6 (A)
Patienten är informerad om och är införstådd med operationen.		6 (C)	7 (A, D)
Markering av operationsområdet är gjord/"ej tillämpligt"		0 (B, E)	5 (F)
Pulsoximetern fungerar och är påkopplad			
Har patienten känd allergi/överkänslighet?		4 (G)	9 (H)
Har patienten aspirations- och/ eller intubationsrisk?			3
Har patienten ökad blödningsrisk (>500 ml blodförlust och 7 ml/kg för barn)?			
Har patienten risk för hypotermi?		0	0
Har patienten erhållit läkemedel enligt ordination och är prover tagna			4 (I)
Har patienten "implantat/proteser eller andra försvårande omständigheter för uppläggning".			9 (J)
Är patienten rätt positionerad på operationsbädden		1 (K)	
Säkerhetskontroll gjord: medicinteknisk utrustning och instrument		0	
Säkerhetskontroll gjord: "preparat, prov- och remisshantering"		0	
Säkerhetskontroll gjord: "planerade implantat"		0	
"Varningstriangel i journal"		1	
Urinkateter/urintappning		0	
Patienten bekräftar "aktuell mun- och nackstatus"		0	

Gult fält=ämnet finns med i checklistan.

- A. Ingen operationssjuksköterska tog upp att någonting inte var möjligt.
- B. Ämnesområdena *Patienten har bekräftat incisionsplatsen* och *Markering av operationsområdet är gjord/"ej tillämpligt"* ingår i en gemensam punkt på Avdelning 1.
- C. Huruvida patienten är införstådd med operationen tas inte upp i checklistan på Avdelning 1.

- D. Fem av de sju operationssjuksköterskorna bekräftade både att patienten var informerad om och införstådd med ingreppet. De övriga två bekräftade endast att patienten var informerad om ingreppet.
- E. Operationsområdet var ej möjligt att markera vid samtliga sju operationer.
- F. Operatören ska enligt lokal rutin på avdelningen alltid göra en markering på patienten även om själva operationsområdet inte går att markera.
- G. Alla förutom en operationssjuksköterska tog endast upp allergi.
- H. Överkänslighet finns inte med i checklistan på avdelningen.
- I. Endast en operationssjuksköterska frågade om ett prov hade tagits.
- J. Ingen operationssjuksköterska tog upp ”andra försvårande omständigheter för uppläggning”.
- K. Vid fyra av observationerna var kontroll av positionering på operationsbädden inte möjlig då patienten sövdes i annat läge.

### Förklaringar till varför punkter inte togs upp

Svaren gällande förberedelsefasen delades in i nio kategorier, se Tabell 2. En operationssjuksköterska kunde ange mer än en orsak. Majoriteten av förklaringarna till varför punkter inte togs upp var att det inte var aktuellt eller att operationssjuksköterskorna ansåg att anestesipersonalen var ansvarig för punkten.

Tabell 2. Förklaringar till att punkter inte togs upp i Förberedelse.

Kategorier	Antal operationssjuksköterskor n=16
Det var inte aktuellt	10
Anestesipersonalen ansågs ansvara för punkten	6
Åtgärd var gjord innan	3
Ej lämpligt att tas upp inför patienten	2
Vet inte	2
Stressig miljö	1
Rutiner finns	1
Checklistan läses inte upp punkt för punkt	1
Dålig placering av checklistan på salen	1

Flertalet orsaker har inkluderats i kategorin *Det var inte aktuellt*. Punkter upplevdes inte vara aktuella bland annat beroende på typen av operation samt operationens längd. Till exempel togs inte risk för hypotermi upp på korta ingrepp och plats för incision

berördes inte när operationen gällde icke-pariga organ. En operationssjuksköterska upplevde även att man var nöjd med det som hade gjorts och att inga risker fanns och det som inte ansågs vara viktigt och nödvändigt togs inte upp enligt tre operationssjuksköterskor.

Två av operationssjuksköterskorna ansåg att punkten om hypotermi var narkospersonalens ansvar. Punkten om urinkateter och urintappning ansågs anestesijuksköterskan ansvara för och därför tog operationssjuksköterskan inte upp det.

De punkter som inte borde diskuteras inför patienten enligt två operationssjuksköterskor var risk för hypotermi och risk för svår intubation/aspiration.

Rutiner gällande förebyggandet av hypotermi fanns. Operationssjuksköterskan menade att operationsbädden redan var uppvärmd enligt gällande rutin och därför tog hon inte upp punkten om risk för hypotermi.

En annan förklaring handlade om hur checklistan brukar genomföras på avdelningen. Enligt en operationssjuksköterska läses punkterna inte upp punkt för punkt och detta angavs som orsak till att checklistan inte fullföljdes.

### **Operationssjuksköterskornas medverkan i Timeout**

Alla operationssjuksköterskor som observerades presenterade sig i timeouten och mer än hälften av operationssjuksköterskorna på Avdelning 2 startade genomgången. Alla operationssjuksköterskor förutom en bekräftade patientens identitet. Samtliga på Avdelning 1 bekräftade incisionsplatsen och planerad operation. Mer än hälften av operationssjuksköterskorna på Avdelning 2 kontrollerade punkten om antibiotika och på Avdelning 1 berörde mer än hälften varning/allergi/smitta.

I alla tre checklistorna finns rubriken *Operationssjuksköterskans bedömning* nedskrivna i Timeoutfasen. Dock innehåller dessa olika områden i checklistorna och redovisas därför i olika ämnesområden i tabell 3. För att det tydligt ska framgå i tabellen vilka ämnesområden som ingår i *Operationssjuksköterskans bedömning* är ämnena grönmarkerade och kursiverade.



**Tabell 3. Timeoutfasens innehåll och operationssjuksköterskornas medverkan på respektive avdelning.**

Ämnen i checklisten som operationssjuksköterskan ansvar för.	Checklistan enligt LÖF	Checklistan på Avdelning 1 och operationssjuksköterskans medverkan n=7	Checklistan på Avdelning 2 och operationssjuksköterskans medverkan n=9
Operationssjuksköterskan startar genomgång och presenterar sig med namn och roll	(A)	7 (A)	9 (A, B)
Bekräfta muntligt patientens ID		6	9
Bekräfta muntligt incisionsplatsen		7	
Bekräfta muntligt planerad operation		7	
<i>Har sterilitet bekräftats?</i>			0
<i>Utrustning</i>		2	4
<i>Är patienten korrekt positionerad?</i>		3 (C)	
Har antibiotikaproylax givits?			6
Har trombosproylax givits?			3
Visas nödvändig bildinformation?			
Varning/Allergi/Smitta		6 (D)	
<i>Preparathantering och provhantering</i>		1	2 (E)
<i>Planerade implantat</i>		0	
Perioperativ timeout		0	1

Grönt fält=ämnet finns med i checklisten.

- A. I LÖF:s checklista och i checklisten på Avdelning 1 står det inte att operationssjuksköterskan ska starta genomgången. Huruvida operationssjuksköterskan presenterade sin roll noterades inte i denna studie.
- B. Fem operationssjuksköterskor startade genomgången.
- C. På Avdelning 1 ingår detta ämne inte i *Operationssjuksköterskans bedömning* i checklisten utan gäller alla i operationslaget.
- D. Fyra av operationssjuksköterskorna berörde alla ämnena varning, allergi och smitta. Två operationssjuksköterskor nämnde endast allergi.
- E. Provhantering tas inte upp i checklisten på Avdelning 2. Ytterligare en operationssjuksköterska menade att hon hade tagit upp punkten om preparathantering under timeouten. Dock hade detta inte observerats och redovisas därför inte här.

## Förklaringar till varför punkter inte togs upp

En operationssjuksköterska kan ha gett flera förklaringar. De vanligaste förekommande förklaringarna till varför punkter inte togs upp gällde att det inte var aktuellt. Andra förklaringar som ofta förekom rörde sig om att det var en stressig miljö och att punkten ansågs vara självklar. Svaren indelades i elva kategorier (tabell 4).

Tabell 4. Förklaringar till att punkter inte togs upp i Timeout.

Kategorier	Antal operationssjuksköterskor n=16
Det var inte aktuellt	7
Stressig miljö	4
Självklar punkt	4
Operatörens medverkan	3
Anestesipersonalen ansågs ansvara för punkten	3
Punkten missades	2
Rutiner finns	2
Checklistans uppbyggnad	2
Punkten var diskuterad med operatör	1
Checklistan läses inte upp punkt för punkt	1
Dålig placering av checklistan på salen	1

Ett ämne som inte upplevdes vara aktuellt och som därmed inte togs upp var patientens positionering på operationsbädden. Operationssjuksköterskan upplevde att det inte var aktuellt då läget på operationsbädden inte var komplicerat och det skulle ändras under operationen. Huruvida steriliteten var bekräftad var inte aktuell enligt en operationssjuksköterska därför att operationen som skulle utföras inte var steril. Typ av operation och operationens längd var andra orsaker som innefattas i kategorin *Det var inte aktuellt*. Ytterligare en orsak var att det redan var gjort.

Förklaringar som har inkluderats i stressig miljö var bland annat att det fanns en tidspress, det gick för fort och att det var en hetsig miljö. Man ville komma igång med operationen.

Fyra operationssjuksköterskor upplevde att det var onödigt att muntligen bekräfta steriliteten. Det kändes självklart och hoppades alltid över.

En operationssjuksköterska angav att hon inte tog upp punkter därför att operatören inte stannade kvar under hela timeouten och i stället gick ut och utförde preoperativ steriltvätt. Andra förklaringar som också inkluderas i kategorin operatörens medverkan var att operatören styrde och påverkade vilka punkter som skulle tas upp.

Exempel på områden som operationssjuksköterskorna upplevde som anestesipersonalens ansvar var läkemedel och initierandet av timeouten.

Vid en rutinoperation ansåg en operationssjuksköterska att punkterna om korrekt positionering på operationsbädden och utrustningen inte behövdes tas upp. En annan operationssjuksköterska upplevde att det fanns rutiner för preparathantering och utrustning och detta berördes av den anledningen inte.

För mycket text gjorde att punkter uteslöts enligt en operationssjuksköterska och en annan upplevde att de sista punkterna i timeouten var svåra att genomföra.

### **Operationssjuksköterskornas medverkan i Avslutning**

Mer än hälften av operationssjuksköterskorna på Avdelning 2 bekräftade i avslutningsfasen utfört ingrepp, korrekt preparathantering och det postoperativa omhänder-tagandet. Mer än hälften på båda avdelningarna bekräftade att instrument och torkar stämde, dock var det endast fyra operationssjuksköterskor på Avdelning 2 som också tog upp att nålar stämde (tabell 5).

**Tabell 5. Avslutningsfasens innehåll och operationssjuksköterskornas medverkan på respektive avdelning.**

Ämnen i checklisten som operationssjuksköterskan ansvar för.	Checklistan enligt LÖF	Checklistan på Avdelning 1 och operationssjuksköterskans medverkan n=7	Checklistan på Avdelning 2 och operationssjuksköterskans medverkan n=9
Utfört ingrepp			7
Antal instrument/torkar/nålar stämmer		6 (A)	7 (A)
Korrekt preparathantering		1	7
Finns problem med utrustningen?		1 (B)	2
Det postoperativa omhändertagandet		1 (C)	8 (D)
Lärdomar och förbättringsåtgärder		2 (E)	3 (F)
Märkning och dokumentation av dränage, kateter och infarter.		0	
Varning/allergi/smitta		0	
Dokumentation av postoperativa ordinationer		0	
Aktuell hälsostatus		1 (C)	
Blåsscanning/tappning/KAD		0	
Hypoterm		0	

Blått fält=finns med i checklisten.

- På Avdelning 1 bekräftade ingen operationssjuksköterska att nålar stämde. På Avdelning 2 var det fyra operationssjuksköterskor som bekräftade att nålar stämde.
- På Avdelning 1 efterfrågas även vem som ska åtgärda ett problem, dock togs detta aldrig upp av operationssjuksköterskorna.
- I checklisten på Avdelning 1 handlar de fem sista kategorierna i denna tabell om det postoperativa omhändertagandet. Endast patientens hälsostatus berördes av en operationssjuksköterska. Ytterligare en annan operationssjuksköterska initierade dock postoperativt omhändertagande men gick aldrig igenom dess punkter på Avdelning 1.
- Patientens planerade liggtid ingår i denna punkt i checklisten på avdelningen vilket bekräftades av fyra av operationssjuksköterskorna.
- Ingen av operationssjuksköterskorna tog upp vad som gjordes bra.
- En av operationssjuksköterskorna tog inte upp vad som kan göras bättre nästa gång.

### Förklaringar till varför punkter inte togs upp

Åtta kategorier sammanfattar operationssjuksköterskornas förklaringar i Tabell 6. En operationssjuksköterska kan ha gett flera förklaringar. *Det var inte aktuellt* var den

vanligaste förekommande kategorin som förekom även här. De näst vanligaste förekommande förklaringarna gällde att anestesipersonalen ansvarade för vissa punkter.

**Tabell 6. Förklaringar till att punkter inte togs upp i Avslutning.**

Kategorier	Antal operationssjuksköterskor n=16
Det var inte aktuellt	11
Anestesipersonalen ansågs ansvara för punkten	6
Personalen var upptagen med annat.	4
Nålar inkluderades i torkar och instrument	3
Bristande tillgång till checklisten	2
Stressig miljö	1
Det beror på vilka som ingår i operationslaget	1
Checklisten läses inte upp punkt för punkt	1

Kategorin *Det var inte aktuellt* innefattar förklaringen att punkten endast rör operations-  
sjuksköterskan. Punkten operationssjuksköterskan syftade på handlade om problem  
med utrustning. Flera andra förklaringar som har inkluderats i kategorin gällde att  
punkter endast togs upp om det fanns några problem under operationen. En annan  
förklaring var att alla visste vad som hade gjorts och att det fanns en plan.

Exempel på områden som anestesipersonalen ansvarade för enligt operations-  
sjuksköterskorna var intravenösa infarter och postoperativa ordinationer.

Förklaringar som har inkluderats i kategorin *Personalen var upptagen med annat* var  
att operatören inte medverkade i avslutningsfasen och att alla i operationslaget arbetade  
med sitt, att ingen lyssnade, att operatören var på väg från salen samt att personalen inte  
var fokuserad och att det då blev svårt att hålla i avslutningen.

En operationssjuksköterska saknade en uppsatt checklista på salen och tänkte därför  
inte på alla punkterna. Checklisten upplevdes sitta dåligt på salen enligt en annan  
operationssjuksköterska.

Enligt en operationssjuksköterska fanns det en tidspress. Hon menade att det ska vara ett flöde och vissa punkter tas upp under operationens gång och upprepas därför inte.

## **Operationssjuksköterskornas svar på övriga frågor**

### ***Hur checklistan fungerar***

Majoriteten av operationssjuksköterskorna upplevde att checklistorna fungerade bra. Däremot fanns synpunkter att den var för lång och borde vara mer konkret, att det var svårt att få gehör och att slutet var svårt att genomföra därför att personal var på väg från salen. Åsikter framkom även att checklistan fungerade sådär samt att den inte alls fungerade bra. Man menade bland annat att checklistan var svår ibland och att vissa punkter kändes självklara, att alla inte lyssnade fullt ut, att det ofta slarvades samt att en del operatörer vill arbeta olika med checklistan.

### ***Förändringar av checklistan***

Majoriteten av operationssjuksköterskorna önskade inte ändra på någonting i checklistorna, däremot tyckte en operationssjuksköterska att man borde fokusera på att få till ett seriöst tillfälle för dess genomförande. Anledningar till att inte ändra i checklistan var att det ibland behövdes vissa punkter, att checklistan redan är anpassad för verksamheten och tar upp det som är viktigt samt att det som är relevant tas upp. Fem operationssjuksköterskor önskade förändra checklistan och förslag som gavs var att göra den kortare, ta bort punkten om sterilitet bekräftad, lägga till huruvida patienten har linser i förberedelsefasen samt att ändra ordningen på vissa punkter.

### ***Ansaret för checklistans genomförande***

Mer än hälften av operationssjuksköterskorna menade att checklistan är ett delat ansvar. Bland annat ansågs det att förberedelsefasen ansvaras av narkospersonalen, timeout av operationssjuksköterskan och avslutningen av operatören. Det fanns även de som menade att det var huvudoperatören som ansvarade för checklistans genomförande men att operationssjuksköterskan kunde inleda den och att hon eller övrig personal skulle påminna om någonting glömdes bort. Några operationssjuksköterskor tyckte att checklistan ansvarades av operationssjuksköterskan. Anestesiin ansågs vara ansvarig

enligt en operationssjuksköterska men att det inte var bestämt på avdelningen och en annan menade att det inte spelade någon roll vem som var ansvarig, bara checklistan genomfördes.

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Innan observationerna startade hade vi kommit överens om hur vi skulle notera observationerna samt vilka punkter vi skulle fokusera våra observationer på. Observationerna följde den checklista som fanns på respektive avdelning och vi gjorde markeringar vid de punkter som genomfördes. Då vi följde checklistorna som används på respektive avdelning minskade vi risken för tolkningar vilket kan ses som att det förbättrade validiteten. En strukturerad observation innebär enligt Bryman (2011) att observatörerna har regler för hur de utför observationerna.

Vårt mål var att beskriva operationssjuksköterskornas medverkan i användandet av checklistorna och inte att undersöka orsaker bakom deltagandet och därför valde vi en deskriptiv ansats. En deskriptiv studie beskriver en population vid en tidpunkt (Olsson & Sörensen, 2007), vilket i denna studie motsvarar operationssjuksköterskorna på de båda avdelningarna under de två veckor observationerna genomfördes. Däremot framkom förklaringar till orsaker i operationssjuksköterskornas svar men de har inte analyserats i detalj här och skulle kunna utgöra ett ämne för vidare forskning.

Samma operationer observerades gemensamt av oss de tre första dagarna och vi diskuterade fortlöpande hur vi tolkade det vi observerade, detta för att säkra en god reliabilitet. Vi ville komma överens om en gemensam bedömning av observationspunkterna i checklistorna. Reliabiliteten handlar enligt Bryman (2011) om huruvida en studie kan utföras på nytt och få samma resultat. För att få ett så stort material som möjligt valde vi att utföra observationerna enskilt till stor del. Detta kan ha inneburit en negativ aspekt för studiens reliabilitet. Hade vi valt att observera alla operationssjuksköterskor tillsammans skulle reliabiliteten ha ökat eftersom risken då minskar för att någonting skulle ha förbisetts. Problem med en observationsstudie enligt

Olsson och Sörensen (2007) är att en person inte kan hinna med att observera allting som sker framför honom/henne och att människor noterar olika saker.

Vår förförståelse och våra tolkningar skulle kunna utgöra bias i denna studie. Observationerna genomfördes på arbetsplatser där vi har haft vår verksamhetsförlagda utbildning och vi hade en förförståelse för hur checklistorna brukar genomföras på avdelningarna. I en av punkterna på båda checklistorna ska hela operationslaget presentera sig med namn och roll. Förförståelsen vi hade var att personalen brukar presentera sig med namn och roll vilket ledde till att vi inte observerade detta i detalj. Vi kunde i efterhand anta att de hade gjort det men inte med säkerhet garantera det. Vidare kan våra tolkningar ha påverkat hur resultatet bearbetades. När kategoriseringen av svaren på fråga fyra utfördes tolkade vi att något inte upplevdes vara aktuellt även när operationssjuksköterskorna inte uttryckligen sade det. Exempel på detta är när en operationssjuksköterska menade att hon inte tog upp en punkt därför att de hade varit nöjda med det de hade utfört och det fanns inga risker. Polit och Beck (2012) definierar bias som då någonting snedvrider resultatet.

Funderingar angående den fjärde frågan uppstod under de första observationerna och vi valde att modifiera den. Ändringen gjordes efter de tre första observationerna och blev av en mer generell karaktär. Att en observationsstudie är noggrant planerad är viktigt (Olsson & Sörensen, 2007) och något som hade varit fördelaktigt är om vi hade utfört någon testobservation innan studien startade för att kunna modifiera eventuella frågor. Dock påverkade inte modifieringen av frågan själva observationsresultatet.

Vi valde att informera personalen om vad vi skulle studera innan observationerna startade för att deltagarna skulle veta vad de gav sitt samtycke till. Att operationssjuksköterskorna var medvetna om vad som studerades kan ha påverkat resultatet. En observationsstudie bör göras utan förvarning för bästa resultat anser Olsson och Sörensen (2007). Kanske berörde operationssjuksköterskan punkter hon inte skulle ha gjort om vi inte hade varit där. Bryman (2011) beskriver att en reaktiv effekt innebär att människor ändrar sitt beteende när de observeras och att beteendet blir mer positivt. Detta kan ge en felaktig bild av hur det normalt brukar vara (Bryman, 2011). Resultatet i denna studie skulle däremot kunna tolkas vara negativt eftersom



följksamheten till checklistorna var bristande vilket kan tala för att operationssjuksköterskorna inte ändrade sitt beteende för att förbättra resultatet.

## **Resultatdiskussion**

Syftet med denna studie har infriats eftersom vi har beskrivit operations-  
sjuksköterskornas medverkan i de punkter de ansvarade för i checklistorna. Resultatet  
visar bristande följksamhet till checklistorna på de båda avdelningarna.

I resultatet finns beskrivet operationssjuksköterskornas medverkan i de punkter de  
ansvarade för själva eller gemensamt med andra i operationslaget. Däremot fanns  
punkter i checklistorna som vi inte har observerat därför att andra yrkeskategorier  
ansvarade för dem, till exempel operatörens och anestesisjuksköterskans punkter.  
Operationssjuksköterskorna skulle ju även medverka där men detta observerades inte i  
denna studie.

Ingen förberedelse- och timeoutfas genomfördes på ett komplett sätt i vår studie vilket  
visar på sämre följksamhet jämfört med tidigare forskning. En enda  
operationssjuksköterska höll däremot i en komplett genomförd avslutningsfas. I en  
studie av Helmiö et al. (2012) genomförde operationspersonalen en komplett  
förberedelsefas i 62 procent av operationerna, i 61 procent av operationerna  
genomförde operationslaget timeoutfasen fullständigt medan 54 procent av  
operationerna genomfördes på ett korrekt sätt i avslutningsfasen.

Det fanns inte någon checklisteansvarig personal som läste upp punkterna på någon av  
de två avdelningarna. På Avdelning 2 står det klart och tydligt på checklistan att en  
checklisteansvarig ska fylla i den. Ingen läste upp punkterna punkt för punkt vilket en  
av operationssjuksköterskorna uppgav som förklaring till att delar av checklistan inte  
togs upp. Checklistan är ett redskap för att upprätthålla hög patientsäkerhet och för att  
undvika de undvikbara riskerna (Världsalliansen för patientsäkerhet, 2009), som  
handlar om förväxling, läkemedelshantering, medicinskt teknisk utrustning,  
kommunikation och vårdrelaterade infektioner (Socialstyrelsen, 2004). Världsalliansen  
för patientsäkerhet (2009) betonar vikten av att en checklisteansvarig personal ser till

att hela checklistan går igenom och detta är speciellt viktigt för checklistans följsamhet innan en väl fungerande rutin finns på avdelningen.

Alla operationssjuksköterskor som observerades i denna studie presenterade sig i timeouten vilket kontrasterar mot tidigare forskning. Enligt Rydenfält et al. (2013) presenterade sig personalen endast i hälften av alla fall i deras studie. När det var operationssjuksköterskans ansvar på de båda avdelningarna (se bilagor 2 och 3) att ta upp punkterna gällande patientens identitet, planerad operation och antibiotikaproylax i timeouten medverkade hon i hög grad. Detta överensstämmer med Rydenfält et al. fynd som visade att personalen i deras studie ofta tog upp patientens identitet, planerad operation och antibiotikaproylax. Hög följsamhet till de ovan nämnda områdena i genomförandet av en checklista framkommer även i en studie utförd av Kasatpibal et al. (2012). I vår studie berördes allergi av operationssjuksköterskorna i hög utsträckning i förberedelse- och timeoutfaserna. Tidigare forskning har visat att sjuksköterskor inom operationssjukvården anser att detta är ett ämne som är viktigt att ta upp (Helmiö, Takala, Aaltonen & Blomgren, 2012).

I vår studie bekräftade ingen operationssjuksköterska under timeouten steriliteten på Avdelning 2 och planerade implantat på Avdelning 1. Många av operationssjuksköterskorna på de båda avdelningarna tog heller inte upp utrustningen och preparahanteringen. Rydenfält et al. (2013) fynd visade att operationssjuksköterskornas genomgångar genomfördes i liten utsträckning i timeouten. Vårt resultat tyder också på att operationssjuksköterskorna i liten utsträckning bekräftade de punkter som hon ensam ansvarar för. Rydenfält et al. menar att operationssjuksköterskan medverkade minst i timeouten jämfört med de andra i operationslaget.

Stress var en återkommande faktor som togs upp som förklaring till att punkter inte genomfördes. Man var exempelvis mån om att komma igång med operationen vid timeouten. Fourcade, Blache, Grenier, Bourgain & Minvielle (2011) skriver att personal upplevde att det tog för lång tid att genomföra checklistan när de redan hade mycket att göra och detta stämmer väl överens med några av operationssjuksköterskornas förklaringar i vår studie till varför punkter inte togs upp. Även Wæhle, Haugen, Søfteland, och Hjälmhult (2012) fann att sjuksköterskor

upplevde checklisten som en ökad arbetsbelastning när de under tidsbrist förberedde inför en operation.

I vår studie framkom även att operationssjuksköterskorna upplevde bristande medverkan från andra i operationslaget, till exempel från operatören. Sjuksköterskor i Fourcades et al. (2011) och Wæhles et al. (2012) studier upplevde att operatören inte deltog när checklisten gick igenom. En bra kommunikation mellan operationslagets medlemmar är viktigt för att checklisten ska kunna fungera (Murphy, 2011). En väl fungerande kommunikation mellan operationslagets medlemmar minskar risken för komplikationer och dödsfall (Mazzocco et al., 2009).

Det rådde delade meningar om vem som ansågs ansvara för checklistans genomförande och inte på någon av avdelningarna fanns lokala riktlinjer för hur checklisten skulle genomföras. Det är viktigt att personalen har kunskap om checklisten och att de får utbildning i den (Weiser, Haynes, Lashoher et al., 2010) för att följsamheten ska öka (Sewell et al., 2011; Sheena et al., 2012).

I checklisten på Avdelning 1 innehåller förberedelsefasen ett antal punkter som inte finns med i LÖF:s checklista. Även det postoperativa omhändertagandet är uppdelat i ett antal punkter på samma avdelning. Resultatet visade att de tillagda punkterna inte bekräftades av operationssjuksköterskorna förutom i något enstaka fall. En för lång checklista kan leda till att den inte följs ordentligt eller över huvud taget (Verdaasdonk, Stassen, Widhiasmara & Dankelman, 2009). Checklisten på Avdelning 1 innehåller 50 punkter sammanlagt vilket strider mot rekommendationerna för hur en checklista ska vara uppbyggd enligt LÖF. Den ska vara kortfattad och varje fas ska innehålla mellan fem och nio punkter (Patientförsäkringen, LÖF). Få personer ansåg i en studie av Haynes et al. (2011) att WHO:s checklista, som LÖF har utarbetat sin efter och som innehåller det rekommenderade antalet punkterna, tog lång tid att genomföra.

Bristande följsamhet till checklistorna rådde bland operationssjuksköterskorna på båda avdelningarna. På Avdelning 1 och Avdelning 2 fanns det fjorton respektive två ämnen i checklistorna som inte bekräftades av någon operationssjuksköterska. Majoriteten av operationssjuksköterskorna upplevde trots det att checklistorna inte behövde ändras och mer än hälften av dem tyckte att listorna fungerade bra. Enligt Världsbundens för

patientsäkerhet (2009) är dock en välfungerande checklista en checklista där samtliga punkter bekräftas.

Generellt sett var operationssjuksköterskorna positivt inställda till checklistorna men använder sig av den i varierande grad. Operationspersonal betonar vikten av att checklistan följs i en studie av Haynes et al. (2011) och så många som 93 procent av dem önskade att checklistan användes om de själva skulle opereras.

### **Slutsats**

Resultatet i denna studie påvisar tydligt att bristande följsamhet till checklistorna råder på båda avdelningarna där studien genomfördes. Dock kan inte resultatet generaliseras till hur alla operationssjuksköterskor på de två avdelningarna arbetar med checklistorna, men det indikerar att avdelningarna är i behov av kvalitetsförbättrande åtgärder för att öka följsamheten till checklistorna för att främja patientsäkerheten. Studien kan utgöra en grund för framtida förbättringsarbeten.

### **Klinisk betydelse**

Studien är en beskrivning av hur operationssjuksköterskor arbetar med checklistorna på de två avdelningarna där observationerna utfördes. Den kan utgöra en grund för fortsatt förbättringsarbete på avdelningarna samt ge inspiration till fortsatt forskning. Förhoppningen är att studien ska leda till ökad följsamhet till checklistorna och tydligare regler för ansvar på avdelningarna.

Det räcker inte med att införa en checklista på en operationsavdelning utan det är viktigt att personalen kontinuerligt uppmärksammas på hur den bör användas, vilket bekräftas av (Cullati et al., 2013; Weiser, Haynes, Lashoher et al., 2010). Därför är kontinuerlig utbildning i användandet av checklistorna på de båda avdelningarna något som vore väl värt att överväga.

### **Förslag på vidare forskning/utveckling**

Förslag på vidare forskning är att undersöka orsakssamband till varför delar av checklistan inte genomförs. Vidare vore det fördelaktigt att undersöka hela

operationslagets medverkan för att få en översikt över hela avdelningens arbete med checklisten för säker kirurgi.

Enligt Världsalliansen för patientsäkerhet (2009) bör alla punkter i checklisten genomföras på ett konsekvent sätt. Världsalliansen för patientsäkerhet betonar även vikten av att checklisten anpassas för den enskilda verksamheten.

## REFERENSER

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB.

Böhmer, A. B., Kindermann, P., Schwanke, U., Bellendir, M., Tinschmann, T., Schmidt, C., Bouillon, B., Wappler, F. & Gerbershagen, U. (2013). Long-term effects of a perioperative safety checklist from the viewpoint of personnel. *ACTA Anaesthesiologica Scandinavica*, 57, 150-157. doi: 10.1111/aas.12020

Cullati, S., Le Du, S., Raë, A.-C., Micallef, M., Khabiri, E., Ourahmoune, A., ...Chopard, P. (2013). Is the Surgical Safety Checklist successfully conducted? An observational study of social interactions in the operating rooms of a tertiary hospital. *Quality and Safety in Health Care*. 0, 1-8. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001634

Cvetic, E. (2011). Communication in the perioperative setting. *AORN Journal*, 94 (3), 261-270. doi: 10.1016/j.aorn.2011.01.017

Dillon, K. A. (2008). Time out: an analysis. *AORN Journal*, 88(3), 437-442. doi: 10.1016/j.aorn.2008.03.003

Fargen, K. M., Velat, G. J., Lawson, M. F., Firment, C. S., Mocco, J. & Hoh, B. L. (2012). Enhanced staff communication and reduced nearmiss errors with a neurointerventional preceudal checklist. *Journal of Neurointerventional Surgery*, 0, 1-4. doi: 10.1136/neurintsurg-2012-010430

Fourcade, A., Blache, J.-L., Grenier, C., Bourgain, J.-L. & Minvielle, E. (2011). Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Quality & Safety*, 21, 191-197. doi:10.1136/bmjqs-2011-000094

Fudickar, A., Hörle, K., Wiltfang, J. & Bein, B. (2012). The effect of the WHO surgical safety checklist on complication rate and communication. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(42), 695-701. doi: 10.3238/arztebl.2012.0695

Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat A.-H. S., Dellinger, E. P., ...Gawande, A. A. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine*, 360 (5), 491-499. Hämtad från databasen Pubmed with Full Text.

Haynes, A.B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A.-H. S., Dellinger, E. P., ...Gawande, A. A. (2011). Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Quality & Safety*, 20, 102-107. doi: 10.1136/bmjqs.2009.040022

Helmiö, P., Takala, A., Aaltonen, L.-M. & Blomgren, K. (2012). WHO Surgical safety checklist in otorhinolaryngology-head and neck surgery: specialty-related aspects of check items. *Acta Oto-Laryngologica*. 132, 1334-1341. doi: 10.3109/00016489.2012.70021

Helmiö, P., Takala, A., Aaltonen, L.-M., Pauniahho, S.-L., Ikonen, T. S. & Blomgren, K. (2012). First year with WHO surgical safety checklist in 7148 otorhinolaryngological operations: use and user attitudes. *Clinical Otolaryngology*, 37, 305-330. Hämtad från databasen Pubmed with Full Text.

Högskoleförordningen, (SFS 1993:100). Hämtad den 17 februari, 2013, från Riksdagen, [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Hogskoleforordning-1993100\\_sfs-1993-100/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100/)

Kasatpibal, N., Senaratana, W., Chitreecheur, J., Chotirosniramit, N., Pakvipas, P. & Junthasopeepun, P. (2012). Implementation of the World Health Organization Surgical Safety Checklist at a University Hospital in Thailand. *Surgical Infections*. 13, (1), 50-56. doi: 10.1089/sur.2011.043

Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, G. R., Reznick, R., Bohnen, J., Orser, B., Doran, D. & Grober, E. (2004). Communication failures in the operating

room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality Safety Health Care*, 13, 330-334. doi: 10.1136/qshc.2003.008425

Mazzocco, K., Petitti, D. B., Fong, K. T., Bonacum, D., Brookey, J., Graham, S., Lasky, R. E. Sexton, J. B. & Thomas, E. J. (2009). Surgical team behaviors and patient outcomes. *The American Journal of Surgery*, 197, 678-685. doi: 10.1016/j.amjsurg.2008.03.002

Murphy, E. K. (2011). Patient safety and risk management. In J. C. Rothrock & McEwen, D. R (Eds.), *Alexander's care of the patient in surgery* (14<sup>th</sup> ed). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Northern Nurses' Federation (2003). *Ethical guidelines for nursing reserach in the Nordic Countries*. Vård i Norden.

Norton, E. K. & Rangel, S. J. (2010). Implementing a pediatric surgical safety checklist in the OR and beyond. *AORN Journal*, 92(1), 61- 71. doi: 10.1016/j.aorn.2009.11.069

Olsson, H., Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.

Patientförsäkringen LÖF. *Några råd och tips inför introduktion av checklistan samt något om modifiering*. Hämtad 10 november, 2012, från Patientförsäkringen LÖF, [http://www.patientforsakring.se/resurser/dokument/checklistan/Rad\\_o\\_tips\\_infor\\_intro.pdf](http://www.patientforsakring.se/resurser/dokument/checklistan/Rad_o_tips_infor_intro.pdf)

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9<sup>th</sup> ed). Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Riksföreningen för operationssjukvård (2011). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård*. Stockholm: Riksföreningen för operationssjukvård och svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 26 november, 2012, från SEORNA, <http://www.seorna.com/media/31056/kompbeskrivning.pdf>.



Rydenfält, C., Johansson, G., Odenrick, P. Åkerman, K. & Larsson, P. A. (2013). Compliance with the WHO surgical safety checklist: deviations and possible improvements. *International Journal for Quality in Health Care*, 1-6. doi: 10.1093/intqhc/mzt004

Semel, M. E., Resch, S., Haynes, A. B., Funk, L. M., Bader A., Berry, W. R., Weiser T. G. & Gawande, A. A. (2010). Adopting a surgical safety checklist could save money and improve the quality of care in U.S. hospitals. *Health Affairs*, 29(9), 1593-1599. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0709

Sewell, M., Adebibe, M., Jayakumar, P., Jowett, C., Kong, K., Vemulapalli, K. & Levack, B. (2011). Use of the WHO surgical safety checklist in trauma and orthopaedic patients. *International Orthopaedics*, 35, 897-901. doi: 10.1007/s00264-010-1112-7

SFS 1982:763. *Hälso-och sjukvårdslag*. Hämtad 17 februari, 2013, från Riksdagen, [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Hämtad 17 februari, 2013, från Riksdagen, [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/)

Sheena, Y., Fishman, J. M., Nortcliff, C., Mawby, T., Jefferis, A. F. & Bleach, N. R. (2012). Achieving flying colours in surgical safety: audit of World Health Organization "Surgical Safety Checklist" compliance. *The Journal of Laryngology & Otolaryngology*. 126, 1049-1055. doi: 10.1017/S002221511200165X

Socialstyrelsen (2004). *Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete: en översikt*. Socialstyrelsen. Från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10339/2004-110-1\\_20041101.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10339/2004-110-1_20041101.pdf)

Socialstyrelsen (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner: ett kunskapsunderlag*. Socialstyrelsen. Från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9629/2006-123-12\\_200612312.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9629/2006-123-12_200612312.pdf)

Socialstyrelsen (2009). *Checklista för säkrare operationer*. Hämtad 12 november, 2012 från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/opererasakert>

SOSFS (1992:2). *(Grundförfattning) Socialstyrelsens allmänna råd om identitetskontroll m.m. av patienter i hälso-och sjukvården*. Hämtad 22 februari, 2013, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/1992-2>

SOSFS (2011:9). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Hämtad 25 februari, 2013 från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-9>

Verdaasdonk, E. G. G., Stassen, L. P. S., Widhiasmara, P. P. & Dankelman, J. (2009). Requirements for the design and implementation of checklists for surgical processes. *Surgical Endoscopy*, 23, 715-726. doi: 10.1007/s00464-008-0044-4

Vetenskapsrådet (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Från

<http://www.vr.se/download/18.3a36c20d133af0c12958000491/1321864357049/God+forskningssed+2011.1.pdf>

Världssalliansen för patientsäkerhet. (2009). *Bruksanvisning för checklista för säkerhet vid operationer: säker kirurgi räddar liv*. Världssalliansen för patientsäkerhet.

Från [http://www.safesurg.org/uploads/1/0/9/0/1090835/sw.\\_manual.pdf](http://www.safesurg.org/uploads/1/0/9/0/1090835/sw._manual.pdf)

Walker, I. A, Reshamwalla, S. & Wilson, I. H. (2012). Surgical safety checklists: do they improve outcomes? *British Journal of Anaesthesia*, 109 (1), 47-54. doi: 10.1093/bja/aes175

Weiser, T. G. & Berry, W. R. (2012). Review article: Perioperative checklist methodologies. *Canadian Journal of Anaesthesia*. doi:10.1007/s12630-012-9854-x

Weiser, T. G., Haynes, A. B., Dziekan, G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R. & Gawande, A. A. (2010). Effect of a 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population. *Annals of Surgery*, 251(5), 976-980. Hämtad från databasen Pubmed with Full Text.

Weiser, T. G., Haynes, A. B., Lashoher, A., Dziekan, G., Boorman, D. J., Berry, W. R. & Gawande, A. A. (2010). Perspectives in quality: designing the WHO Surgical safety Checklist. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(5), 365-370. Hämtad från databasen Pubmed with Full Text.

WHO (2009). *Surgical safety checklist*. Hämtad 4 december, 2012, från WHO, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598590\\_eng\\_Checklist.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598590_eng_Checklist.pdf)

World Medical Association (2008). *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 15 mars, 2013, från Sveriges Läkarförbund, <http://www.slff.se/upload/30780/DoH-Oct2008.pdf>

Wæhle, H., V., Haugen, A., S., Søfteland, E. & Hjälmhult, E. (2012). Adjusting team involvement: a grounded theory study of challenges in utilizing a surgical safety checklist as experienced by nurses in the operating room. *BMC Nursing*, 11(16). Hämtad från databasen Pubmed with Full Text.

○


○

○

○

# BILAGOR

## Bilaga 1. LÖF:s checklista

 Landstingens Ömsidiga Försäkringsbolag		<b>Checklista för säkerhet vid operationer</b>
Checklistan är inte avsedd att vara heltäckande. Tillägg och modifieringar för att anpassa den till lokala rutiner uppmuntras.		
<b>Före inledning av anestesi &gt;&gt;&gt;&gt;&gt;</b>	<b>Före incision &gt;&gt;&gt;&gt;&gt;</b>	<b>Innan patienten lämnar operationssalen</b>
<b>Förberedelse</b>	<b>Timeout</b>	<b>Avslutning</b>
<input type="checkbox"/> Patienten har bekräftat följande: • identitet • plats för incision • informerad om och samtycker till operation	<input type="checkbox"/> Bekräfta att alla medlemmar i laget presenterat sig med namn och roll	Checklistansvarig får muntlig bekräftelse av laget:
<input type="checkbox"/> Operationsområde markerat/ej tillämpligt	<input type="checkbox"/> Anestesilog/anestesisjuksköterska och operationsjuksköterska, operatör bekräftar muntligt • patient ID • plats för incision • planerad operation	<input type="checkbox"/> Vilket ingrepp har utförts
<input type="checkbox"/> Säkerhetskontroll för anestesi genomförd	Väntade kritiska moment under operationen <input type="checkbox"/> Anestesipersonalens bedömning: finns några patientspecifika eller anesthesiologiska problem? <input type="checkbox"/> Operationssjuksköterskans bedömning: har sterilitet bekräftats? Finns några problem med utrustning eller annat? Är patienten korrekt upplagd? <input type="checkbox"/> Operatörens bedömning: vilka kritiska eller oväntade moment finns, operationens längd, förväntad blodförlust?	<input type="checkbox"/> Att antal instrument, torkar och nålar stämmer (eller ej tillämpligt)
<input type="checkbox"/> fungerande pulsoximeter kopplad	Har antibiotikaproylax givits inom de senaste 60 minuterna? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ej tillämpligt	<input type="checkbox"/> Hur preparat är märkta (inklusive patientens namn och personnummer)
Har patienten något av följande:	Har trombosprofylax givits enligt ordination? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ej tillämpligt	<input type="checkbox"/> Finns problem med utrustningen som behöver uppmärksammas?
Känd allergi? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Visas nödvändig bildinformation? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ej tillämpligt	<input type="checkbox"/> Operatör, anestesiläkare/sjuksköterska och operationsjuksköterska går igenom huvudpunkterna för det initiala postoperativa omhändertagandet
Risk för aspiration/svår intubation? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, och utrustning/assistans är tillgänglig		<input type="checkbox"/> Vad kan vi lära? Vad kan vi göra bättre nästa gång?
Risk för >500 ml blodförlust (7 ml/kg för barn)? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, och tillfredsställande intravenösa infarter och blod/vätskor är planerade		
Risk för hypotermi? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, och åtgärder är planerade/vidtagna		

Published by the World Health Organization in 2008 under the title WHO surgical safety checklist 1<sup>st</sup> edition 2008 (TR/08/216). Producerad av Landstingens Ömsidiga Försäkringsbolag mars 2009.

## Bilaga 2. Checklisten på Avdelning 1

Checklista för säkerhet vid operationer		
<b>Före inledning av anestesi</b>	<b>Före incision</b>	<b>Innan patienten lämnar operationssalen</b>
<b>Förberedelse</b>	<b>Timeout</b>	<b>Avslutning</b>
<p><b>Säkerhetskontroll för anestesi genomförd</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Har ordinerade läkemedel givits</li><li><input type="checkbox"/> Har ordinerade prover tagits/gittig blodgruppering, blodst</li><li><input type="checkbox"/> Medicinteknik utrustning</li></ul> <p><b>Säkerhetskontroll för operation genomförd</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Medicinteknik utrustning/instrument</li><li><input type="checkbox"/> Preparat, prov- och remisshantering</li><li><input type="checkbox"/> Planerade implantat</li></ul> <p><b>Gemensamt anovar operation - anestesi</b></p> <p><b>⚠ Varningstriangel i journal</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Patientens läge på operationsbord</li><li><input type="checkbox"/> Risk för hypotermi. Åtgärder vidtas.</li><li><input type="checkbox"/> KAD/tappning</li></ul> <p><b>Patienten bekräftar/kan ej bekräfta</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Identitet</li><li><input type="checkbox"/> Informerad om aktuell operation</li><li><input type="checkbox"/> Plats för operation/incision och markerat</li><li><input type="checkbox"/> Känd allergi/överkänslighet</li><li><input type="checkbox"/> Aktuell mun- och nackstatus</li></ul> <p><b>Anestesipersonal bekräftar</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Monitorering påbörjad, bedömd och godkänd</li><li><input type="checkbox"/> Risk för aspiration/vår luftväg</li><li><input type="checkbox"/> Anestesiplan och uppgiftsfördelning uttalad</li></ul>	<p><b>Operationsteamet bekräftar muntligt</b></p> <p><b>⚠ Varning/allergi/smitta</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Teamet presenterar sig med namn och roll</li><li><input type="checkbox"/> Patient-ID</li><li><input type="checkbox"/> Planerad operation</li><li><input type="checkbox"/> Plats för operation/incision</li><li><input type="checkbox"/> Korrekt upplagd på operationsbord</li></ul> <p><b>Operationssjukvårsköterskans bedömning</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Medicinteknik apparatur/instrument lördningsställd och kontrollerad</li><li><input type="checkbox"/> Beredskap för preparat och provhantering</li><li><input type="checkbox"/> Planerade implantat</li></ul> <p><b>Anestesipersonalens bedömning</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Patientspecifika eller anestesilogiska problem/risiker</li><li><input type="checkbox"/> Plan för postoperativ smärtbehandling</li></ul> <p><b>Operatörens bedömning</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Komplikationer/andra oväntade moment under operation</li><li><input type="checkbox"/> Planerad operationstid</li><li><input type="checkbox"/> Alternativt operationsrum/stud</li><li><input type="checkbox"/> Förväntad blodförlust</li><li><input type="checkbox"/> Användningsplan</li><li><input type="checkbox"/> Trombosprofylax</li><li><input type="checkbox"/> Bildinformation</li><li><input type="checkbox"/> Postoperativ lokalbedövning</li><li><input type="checkbox"/> Biobank</li></ul> <p><b>Perioperativ "timeout"</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Vid t.ex. personalbyten, avbrott under pågående operation samt andra störningar</li></ul>	<p><b>Operationssjukvårsköterskan bekräftar muntligt</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Suturet, lock och instrument stämmer</li></ul> <p><b>Operatören bekräftar muntligt</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Utfört ingrepp inklusive eventuella implantat</li></ul> <p><b>Operationsteamet bekräftar muntligt</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Preparat, ordningar, etikett och remiss är lördningsställda</li><li><input type="checkbox"/> Dränage, kateter, övriga infarter är korrekt märkta och dokumenterade</li></ul> <p><b>Operationsteamet går igenom huvudpunkterna för det initiala postoperativa omhändertagandet</b></p> <p><b>⚠ Varning/allergi/smitta</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Postoperativa ordinationer korrekt dokumenterade och signerade</li><li><input type="checkbox"/> Aktuell KADstatus</li><li><input type="checkbox"/> Blåscannning/tappning/KAD</li><li><input type="checkbox"/> Hypotermi</li></ul> <p><b>Övrigt</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Förekom problem med utrustning/annat som behöver åtgärdas. Vem åtgärdar?</li><li><input type="checkbox"/> Vad gjorde vi bra? Vad kan vi ändra på?</li></ul>

Meddelad efter WHO's checklista 2011-10-23

## Bilaga 3. Checklisten på Avdelning 2

# Checklista för säkerhet vid operationer

Checklisteansvarig fyller i protokollet

OBS ALLA RUTOR SKALL KRYSSAS:  
före inledning av anestesi >>>>>

### Förberedelse

- Patienten bekräftar:
  - identitet
  - plats för incision
  - informerad om och införstådd med operation
  - ej möjligt – se kommentar
- Operationsområde markerat/ ej tillämpligt
- Kontrollera om patienten har:
  - allergi
  - erhållit ordinerade läkemedel och att ordinerade prover tagits
  - implantat/proteser eller andra försvärande omständigheter för uppläggning
  - risk för hypotermi
  - risk för svår intubation/aspiration
- Säkerhetskontroll för anestesi genomförd och pulsoximeter kopplad

före incision >>>>>

### Timeout

- Operationssjuksköterska startar genomgång och alla medlemmar i laget presenterar sig med namn och roll
- Anestesiolog/anestesisjuksköterska, operations-sjuksköterska, undersköterska och operatör bekräftar patient ID
- Operatören redogör kortfattat för planerad operation: plats för incision, kritiska moment eller förväntade problem, operationens längd, förväntad blodförlust
- Operationssjuksköterskans och undersköterskans bedömning: Plan för behov av utrustning och preparathantering klar Sterilitet bekräftad
- Anestesipersonalens bedömning: finns några patientspecifika eller anesthesiologiska problem Behov av blodprodukter
- Kontrollera om patienten har:
  - antibiotikaproxylax enligt ordination
  - tromboprofylax enligt ordination
- Alla är överens om att göra peroperativa avstämningar vid behov

innan operatören lämnar patienten

### Avslutning

- Vilket ingrepp har utförts
- Antal instrument, torkar och nallar stämmer
- Preparat korrekt hanterade
- Finns problem med utrustningen som behöver uppmärksammas
- Operationslaget går igenom huvudpunkterna för det initiala postoperativa omhändertagandet inklusive liggtid
- Vad kan vi lära? Vad kan vi göra bättre nästa gång?

Published by the World Health Organization in 2008 under the title WHO surgical safety checklist 1<sup>st</sup> edition 2008 (TR/08/216). Produced av Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag mars 2009.

Version C090914

#### Bilaga 4. Observationsprotokoll Avdelning 1

<b>Före inledning av anestesi - Förberedelse</b>
Säkerhetskontroll för operation genomförd: medicinteknisk utrustning/instrument preparat, prov och remisshantering planerade implantat
Gemensamt ansvar operation – anestesi: varningstriangel i journal pat läge på opbordet risk för hypotermi, åtgärd vidtas KAD/ tappning
Patienten bekräftar /kan ej bekräfta: ID Informerad om aktuell operation Plats för operation/ incision och markerat Känd allergi/överkänslighet Aktuell mun och nackstatus
<b>Före incision – Timeout</b>
Operationsteamet bekräftar muntligt: Varning, allergi, smitta Teamet presenterar sig med namn och roll Pat-id Planerad operation Plats för operation/incision Korrekt upplagd på operationsbord
Op ssk bedömning : Medicinteknisk apparatur/instrument iordningsställt och kontrollerad Beredskap för preparat och provtagning Planerade implantat
Perioperativ timeout: vid tex personalbyten, avbrott under pågående operation
<b>Innan patienten lämnar operationssalen - Avslutning</b>
Opssk bekräftar: suturer, tork och instrument stämmer
Op teamet bekräftar muntligen: preparat, odlingar, etikett och remiss är iordningställda Dränage, kateter, övriga infarter är korrekt märkta och dokumenterade
Op-teamet går igenom huvudpunkterna för det initiala postoperativa omhändertagandet: Varning/allergi/smitta Postoperativa ordinationer korrekt dokumenterade och signerade Aktuellt hälsostatus Blåsscanning/tappning/KAD Hypoterm
Övrigt: förekom problem med utrustning/annat som behöver åtgärdas. Vem åtgärdar? Vad gjorde vi bra? Vad kan vi ändra på?



**Frågeguide:**

1. Hur tycker du att checklistan fungerar?
2. Är det någonting du skulle vilja förändra i checklistan? I sådana fall vad?
3. Vem ansvarar för att checklistan genomförs?
4. Om operationssjuksköterskan inte tog upp en delpunkt eller inte deltog i den. Vad var orsaken till att du inte muntligen tog upp alla punkter i denna fas?

## Bilaga 5. Observationsprotokoll Avdelning 2

<b>Före inledning av anestesi - Förberedelse</b>
Patienten bekräftar: ID, plats för incision, informerad om och införstådd med operationen, ej möjligt – se kommentar
Operationsområde markerat/ej tillämpligt
Kontrollera om pat har: allergi, erhållit ordinerade läkemedel och att ordinerade prover tagits, implantat/proteser eller andra försvårande omständigheter för uppläggning, risk för hypotermi, risk för svår intubation/aspiration
<b>Före incision - Timeout</b>
Operationssjuksköterska startar genomgång och alla medlemmar i laget presenterar sig med namn och roll
Anestesiolog/anestesisjuksköterska, operationssjuksköterska, undersköterska och operatör bekräftar patient ID
Operationssjuksköterskans och undersköterskans bedömning: plan för behov av utrustning och preparathantering klar sterilitet bekräftad
Kontrollera om patienten har: antibiotikaproylax enligt ordination Trombosproylax enligt ordination
Alla är överens om att göra peroperativa avstämningar vid behov
<b>Innan operatören lämnar patienten - Avslutning</b>
Vilket ingrepp har utförts
Antalet instrument, torkar och nålar stämmer
Preparat korrekt hanterade
Finns problem med utrustningen som behöver uppmärksammas
Operationslaget går igenom huvudpunkterna för initiala postoperativa omhändertagandet inklusive liggtid
Vad kan vi lära? Vad kan vi göra bättre nästa gång?

**Frågeguide:**

1. Hur tycker du att checklistan fungerar?
2. Är det någonting du skulle vilja förändra i checklistan? I sådana fall vad?
3. Vem ansvarar för att checklistan genomförs?
4. Om operationssjuksköterskan inte tog upp en delpunkt eller inte deltog i den. Vad var orsaken till att du inte muntligen tog upp alla punkter i denna fas?

## Bilaga 6. Deltagarinformation



**RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA**  
- utbildning & forskning inom vårdområdet

### Deltagarinformation

Vi är studenter på specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot operation vid Röda Korsets Högskola i Stockholm. I utbildningen ingår att genomföra ett examensarbete inom huvudämnet i form av en uppsats om 15 högskolepoäng.

Vi avser att genomföra en observationsstudie inom ramen för examensarbetet. Ämnet vi vill studera är patientsäkerheten på operationssalen och vi önskar observera hur man arbetar med checklistan för säker kirurgi under en operation med fokus på operationssjuksköterskan.

Vi vill därför tillfråga dig om tillstånd att få observera dig under en operation. Vi undrar även om du vill delta i en intervju innehållande 4 frågor som tar ca 3 minuter att besvara i direkt anslutning till operationen. Resultatet av observationen och dina svar kommer att behandlas konfidentiellt och redovisas i en form där inga enskilda deltagares svar kan identifieras.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst och utan förklaring avbryta ditt deltagande.

Resultaten i denna undersökning kommer att ge ökad kunskap som kan bidra till förbättrad patientsäkerhet.

Om du önskar ytterligare information angående denna undersökning kan du vända dig till oss (se nedan).

Stockholm, 2013-01-08

Studentens namn:  
Karin Hagberg  
E-post: hehaopv12@rkh.se

Studentens namn:  
Marja Johanson  
E-post: majoopv12@rkh.se

Handledare: [REDACTED]

Röda Korsets Högskola  
Box 55 676  
102 15 Stockholm  
Tel. 08 58751600

## Bilaga 7. Studieförfrågan till verksamhetschefen



**RÖDA KORSETS HÖGSKOLA**  
- utbildning & forskning inom vårdområdet



### Förfrågan angående genomförande av studie.

Vi, Karin Hagberg och Marja Johanson studerar på specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot operation vid Röda Korsets Högskola i Stockholm.

I utbildningen ingår ett examensarbete inom huvudämnet i form av en uppsats om 15 högskolepoäng. Vi avser att genomföra en observationstudie inom ramen för examensarbetet. Preliminärt namn på studien är: Operationssjuksköterskans delaktighet i genomförandet av WHO:s modifierade checklista. Studiens övergripande forskningsfråga är att undersöka under vilka punkter i checklistan som operationssjuksköterskan medverkar i.

Datainsamlingen kommer att ske via observationer på operationssal. Vi vill även ställa 5 stycken frågor till operationssjuksköterskan efter avslutad operation.

Tidsplan: Datainsamlingen planeras starta 7 januari och vara avslutad den 18 januari. (Vänligen se bifogad projektplan.)

Vi förbinder oss att skriftligt och muntligt informera personal i berörda verksamheter. Vidare förbinder vi oss att handskas konfidentiellt med insamlad data. Från samtliga kontaktade personal inhämtas informerat samtycke inför deltagande i undersökningen (Vänligen se bifogad deltagarinformation/förfrågan). All information från personerna i studien kommer att vara avidentifierade. Alla resultat kommer att redovisas så att personer och enheter ej kan identifieras. Resultaten i studien kommer att återrapporteras till berörda enheter.

Vi ansöker härmed om att få genomföra den ovan beskrivna undersökningen vid

Stockholm, 121214

Karin Hagberg  
hehaopv12@rkh.se

Marja Johanson  
majoopv12@rkh.se

Röda Korsets Högskola  
Box 55 676, 102 15 Stockholm

Tel. 08 58751600