



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Operationssjuksköterskans erfarenhet av WHO:s checklista

En enkätstudie

Författare: Pernilla Johansson, Marie Nilsson

Handledare: Anders Johansson

Magisteruppsats

Våren 2011

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Operationssjuksköterskans erfarenhet av WHO:s checklista

En enkätstudie

Författare: Pernilla Johansson, Marie Nilsson

Handledare: Anders Johansson

Magisteruppsats

Våren 2011

Abstrakt

Världshälsoorganisationen, (WHO) har utvecklat en checklista för att öka säkerheten inom operation. Implementering av WHO:s checklista pågår inom svensk kirurgi. **Syftet:** med denna studie var att undersöka hur operationssjuksköterskan beskriver användningen av WHO:s checklista samt påverkan på patientsäkerheten och teamarbete. **Metod:** data insamlades via enkät på två sjukhus i Skåne. **Resultatet:** visar på en bättre följsamhet i användningen, inom Ortopedi vs Kirurgi (100 % vs 66 %, $p=0.02$) samt vid akuta operationer (Ortopedi 95 % vs Kirurgi 48 %, $p=0.001$). Överlag redovisas en positiv påverkan på patientsäkerhet samt teamarbete (Ortopedi vs Kirurgi, $p=0,427$, $0,049$). Sjuttiofyra procent av ortopedirespondenterna upplevde fullgod implementering vs 50 % av kirurgirespondenterna ($p=0.07$). **Konklusionen** är god följsamhet inom ortopedi vid både planerade och akuta operationer. Checklistan anses bidra till ökad patientsäkerhet samt teamarbete inom båda specialiteterna, dock beskrivs en tendens till bristande implementering inom specialiteten kirurgi.

Nyckelord

Checklista, operationssjuksköterska, patientsäkerhet, teamarbete, implementering

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning.....	2
Bakgrund	3
WHO:s checklista	3
WHO:s checklistas tre faser	4
Patientsäkerhet och teamarbete.....	5
Specialiteterna kirurgi och ortopedi	6
Syfte	7
Specifika frågeställningar	7
Metod	8
Urval av undersökningsgrupp.....	8
Instrument	8
Genomförande av datainsamling	9
Genomförande av databearbetning.....	9
Etisk avvägning	10
Resultat	10
Bakgrundsfakta	10
Användandegrad av WHO:s checklista.....	11
Förbättring av teamarbetet	13
Tidsåtgång och implementering av checklistan.....	14
Diskussion.....	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	17
Bilaga 1(5).....	24
Bilaga 2 (5)	25
Bilaga 3 (5).....	27
Bilaga 4 (5).....	28
Bilaga 5 (5).....	29

Problembeskrivning

Kirurgi är en riskfylld och komplex verksamhet. För att öka säkerheten och minska riskerna för komplikationer vid kirurgiska ingrepp har Världshälsoorganisationen, (WHO) arbetat fram en checklista som sedan översatts till svenska (Socialstyrelsen, 2009). Verksamhetsområdet kirurgi är ur ett globalt perspektiv ett stort och snabbt växande område (Haynes et al. 2009). Årligen genomförs det uppskattningsvis 234 miljoner operationer världen över och komplikationer är vanliga men går ofta att förebygga (a.a).

Checklistan skall ses som ett verktyg som syftar till att stärka inarbetade säkerhetsrutiner och vara ett stöd för minnet för att förhindra operation av felaktigt organ (WHO, 2008). Den har även till syfte att förbättra samarbetet mellan medlemmarna i operationslaget. De som ingår i operationslaget är alla som är involverade i operationen och därmed arbetar tillsammans för att operationen skall få ett så lyckat utfall som möjligt (a.a.). Vid utformningen av WHO:s checklista var målet att den skulle vara så enkel och kortfattad som möjligt (Världsalliansen för patientsäkerhet, 2009). Detta för att lätt kunna implementeras på en operationsavdelning, samtidigt inte hindra arbetsflödet (a.a).

Konceptet med att använda en kort men omfattande checklista är ny inom kirurgin (Världsalliansen för patientsäkerhet, 2009). Listan skall enligt WHO ses som en mall som kan anpassas efter olika verksamheters behov. Det är viktigt att den enskilda operationsavdelningen genom träning och användning av checklistan utvärderar de olika områdena i checklistan och dess utformning. För att en implementering av checklistan skall lyckas i Sverige och inom Region Skåne krävs engagemang från sjukhusledningen samt utbildning och övning för personalen (a.a).

Inom sjukvården kan det vara svårt att få genomslag för nya metoder. En utvärdering av checklistor har genomförts på sjukhus i Linköping och Norrköping (Nilsson, Lindberget, Gupta & Vegfors, 2009). Samtliga yrkeskategoriers uppfattning undersöktes. Resultatet visade att 93 procent av de tillfrågade ansåg att den nya rutinen med checklistan bidrog till en ökad patientsäkerhet (a.a). Hur checklistan mottagits i Region Skåne är ännu inte utvärderat. Det saknas även en utvärdering av operationssjuksköterskans användning och uppfattning av checklistan utifrån patientsäkerhet samt påverkan på teamkänslan i operationssalen. Således

kan avsaknaden av tidigare forskning inom ämnet tolkas som att denna studie är motiverad, vilken är inriktad på operationssjuksköterskans erfarenhet av WHO:s checklista.

Bakgrund

WHO:s checklista

Flera organisationer arbetar för patientsäkerhet både internationellt och nationellt (Haynes et al. 2009). Världshälsoorganisationen WHO är en organisation som strävar efter att minska antalet dödsfall i anslutning till kirurgi internationellt. De ville ge säkerhetsfrågor och otillräckliga säkerhetsrutiner ökad uppmärksamhet. WHO:s riktlinjer för patientsäkerhet för kirurgpatienter publicerades 2008. Utefter dessa riktlinjer fortsatte arbetet med en checklista som slutligen kom att bestå av 19 punkter. WHO:s checklista används idag runt om i hela världen (a.a). Den svenska checklistan i sin helhet, se Bilaga 1.

WHO vände sig till kirurger, narkosläkare, sjuksköterskor och patientsäkerhetsexperter vid utarbetandet av checklistan (Awad, et al. 2005). Säkerhetsarbetet på en operationsavdelning har tidigare ofta fokuserat på riskfaktorer hos patienten, kirurgiska tekniker och den enskilda kirurgens skicklighet. Mer fokus riktades nu till områden som anestesi, postoperativa infektioner, samt dålig kommunikation mellan medlemmarna i operationslaget. Experterna enades om att dessa områden var de viktigaste för att öka patientsäkerheten och bidragande orsaker till onödiga dödsfall världen över (a.a). WHO Safe Surgery Save Lives checklist publicerades i juni 2008. I februari 2009 var den svenska översättningen av WHO:s checklista klar (Nilsson, et al. 2009).

För att utvärdera checklistans effekt vid akuta operationer genomförde WHO en studie på åtta sjukhus runt om i världen (Weiser et al. 2010a). Resultatet visade att dödligheten efter kirurgi sjönk från 3,7 till 1,4 procent, även komplikationerna sjönk från 18,4 till 11,7 procent efter introducerandet av checklistan. Resultatet i samma studie visade även på att checklistan har en plats för att förbättra patientsäkerheten för de patienter som kräver mer akut omhändertagande, inom ett dygn (a.a).

WHO:s checklistas tre faser

WHO:s checklista är uppdelad i tre olika faser (Haynes et al. 2009). Tidpunkterna för varje fas genomförande är placerade vid så kallade naturliga pauser under arbetet, detta för att inte störa arbetsflödet. Förberedelsen eller sign in är den första fasen. Detta är tiden före påbörjad anestesi, då personalen tar emot patienten. Patientens identitet kontrolleras, platsen för incision och korrekt märkning av operationsområdet kontrolleras även patientens samtycke till operationen inhämtas. Anestesipersonalen genomför säkerhetskontroll av utrusningen. Om patienten har någon allergi skall detta vara känt av samtliga i operationsteamet. Eventuella förväntade risker under operationen lyfts fram, finns det en ökad risk för aspiration, risk för hypotermi, svårtuberad patient samt om ingreppet förväntas leda till en stor blodförlust för patienten (a.a).

Den andra fasen motsvarar tiden efter anesthesiinledning men före operationsstart (Haynes et al. 2009). Fasen benämns time out. Medlemmarna i operationsteamet presenterar sig med namn och yrkestitel. En muntlig bekräftelse av patientens identitet, plats för incision och vilken typ av operation det planeras för genomförs. Operationssjuksköterskan bekräftar sterilitet, korrekt uppläggning av patienten samt om det finns några problem med utrusningen. Före operationsstart bekräftas även om antibiotikaproylax administrerats inom den senaste timmen, samt om nödvändiga röntgenbilder finns till hands på operationssalen (a.a).

Under den tredje avslutande fasen går operationsteamet igenom vilken operation som utförts (Haynes et al. 2009). Operationssjuksköterskan räknar ner antalet använda torkar, dukar och instrument samt bekräftar korrekt märkning av eventuella preparat. Efter avslutad operation diskuterar teamet förväntade problem vid det postoperativa omhändertagandet. Genomförd operation utvärderas, eventuella möjligheter till förbättringar vid framtida operationer lyfts (a.a).

Patientsäkerhet och teamarbete

Sjukvården är en komplex och riskfylld verksamhet. Ett viktigt moment är att hela tiden jobba för en patientsäker vård. Att ständigt utveckla system och rutiner som ger en säker, god vård av hög kvalitet (Socialstyrelsen, 2010). Patientsäkerhetsutredningen sammanfattar; ”...patienter skadas i vården och av vården i en oacceptabelt stor omfattning och får skador som i många fall skulle gå att undvika om det bedrevs ett systematiskt säkerhetstänkande på likande sätt som sker inom andra högriskbranscher såsom flygindustri, kärnkraftsindustrin, offshoreverksamheten m.fl.” (Iwarson, 2010, sid 98). En slutsats patientsäkerhetsutredningen kom fram till var att det fanns en avsaknad av ett systematiskt säkerhetstänkande samt okunskap om vikten av säkerhetstänkande inom sjukvården (a.a).

Enligt Socialstyrelsens vårdskademätning framgår det att upp till 100 000 patienter får vårdrelaterade skador och att 3000 patienter avlider varje år på grund av dessa i Sverige (SOU 2008:17). Andra § i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) beskriver att hälso- och sjukvården skall bedrivas så kraven på god vård såsom, god kvalitet, god hygienisk standard och att patientens behov av trygghet i vården och behandlingen tillgodoses.

Nilsson et al. (2009) skriver i sin studie att operationssalen är en av de mest komplexa arbetsplatserna inom sjukvården. Dålig kommunikation mellan operationsteamet kan leda till en stor säkerhetsrisk för patienten. År 2007 blev arbetsmomentet ”time-out” före operationsstart introducerat på två operationsavdelningar på sjukhus i Östergötland, Sverige. Personalen upplevde ett år efter implementeringen av ”time-out” att detta moment blev ett arbetsverktyg för en säkrare vård (a.a). Scott och Garrett (2009) undersöker i sin studie olika yrkeskategoriers åsikt om införandet av checklistor relaterat till ökad patientsäkerhet vid operation. Studien belyser bland annat vikten av operatörens positiva inställning till patientsäkerhetstänkande och dess inflytande på gruppen i övrigt, vilken kan leda till en mer problemfri implementering av moment som ökar patientsäkerheten (a.a).

Det krävs en särskild form av samarbete för att en grupp skall kunna kalla sig team och nå ett speciellt mål (Sandberg, 2006). Det finns två essentiella egenskaper som måste ingå i ett teamarbete, utan dessa två kan inte gruppen klassas som team. Dessa två är synergi samt en tydlig målbild för teamet. Synergibegreppet innefattar samarbete och möten vilket leder till en samarbetsvinst. Begreppet mål menas att teamet skall ha en tydlig och rimlig samstämmig uppfattning om arbetet. Det finns strukturella egenskaper om hur ett team skall vara

uppbyggt, antalet individer teamet skall bestå av, dess kompetens, arbetsroll samt ansvarsområden. Arbete i team kräver ledarskap, detta ledarskap behöver vara klart och tydligt definierat för att uppnå ett välfungerande teamarbete (a.a).

Sandberg (2006) skriver att även om de som arbetar tillsammans i ett team har en överensstämmande kompetens i sina arbetsuppgifter och en autonomi i sitt handlande så ligger vikten vid att kunna kommunicera mycket högt. Makary et al. (2005) beskriver i sin studie gjorda på 60 sjukhus i USA att teamarbetet är en viktig del i säkerheten samt att frånvaro av kommunikation i teamen leder till att patientsäkerheten blir lidande. Paragraf 2010:659, så heter den nya Patientsäkerhetslagen som kom den 1 januari 2011, denna lag ersätter, lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, (LYHS). Lagens syfte är att få ner antalet vårdskador och skapa en säkrare vård. Den nya lagen är välkommen, ett nytt regelverk som ger ett modernare säkerhetsarbete, med målet för patienternas ökade säkerhet i sin kontakt med vården. Vårdgivaren, vilket innefattar operationssjuksköterskan skall arbeta för att upprätthålla kraven på en god vård, genom ett systematiskt patientsäkerhetsarbete (Vårdförbundet, 2010). En del av patientsäkerhetsarbetet innebär att inhämta information om risker och bedöma dessa, samt hur vårdskador skall undvikas. Ett ökat krav på kommunikation mellan vårdgivare och patienten är något som denna nya lag ger, en kommunikation som leder till en ökad säkerhet för patienten (a.a).

Specialiteterna kirurgi och ortopedi

Det finns olika kirurgiska specialiteter som behandlar kroppens olika delar (Rothrock, Smith, & McEwen, 2007). Det finns olika saker som är prioriterade hos specialiteterna och olika risker vid operationerna. Inom allmän kirurgi ingår bland annat bukkirurgi där tithålskirurgi (laparoskopisk teknik), kan användas. Inom ortopedisk kirurgi är hygien av stor vikt för att förebygga uppkomsten av vårdrelaterade infektioner (a.a). Målet vid utformningen av WHO:s checklista var att den skulle bli universellt användbar (Världsalliansen för patientsäkerhet, 2009). Den skulle kunna användas vid kirurgiska ingrepp runt om i hela världen. Vid implementeringen har flera önskemål att modifiera checklistan framkommit. Detta för att anpassa checklistan till lokala förhållanden och särskilda behov för den specifika specialiteten. De olika specialiteterna kan skilja sig mycket åt och modifieringar av

checklistans utformning kan vara nödvändiga. Det är dock viktigt att säkerhetsmomenten inte elimineras, vilka har till syfte att öka patientsäkerheten (a.a).

Syfte

Syftet är att undersöka hur operationssjuksköterskan beskriver användningen av WHO:s checklista samt dess påverkan på patientsäkerheten och teamarbetet.

Specifika frågeställningar

- Med hur stor relativ frekvens används WHO:s checklista?
- Anser operationssjuksköterskan att införandet av WHO:s checklista har förbättrat teamarbetet på operationssalen?
- Anser operationssjuksköterskan att införandet av WHO:s checklista leder till en ökad patientsäkerhet.
- Finns det skillnader mellan specialiteterna allmän kirurgi och ortopedi vad gäller checklistans användandegrad samt effekter i operationssalen?
- Upplevde operationssjuksköterskan en fullgod implementering av införandet av checklisten?

Metod

Urval av undersökningsgrupp

Undersökningen genomfördes bland operationssjuksköterskor på två större sjukhus i Skåne. Urvalsmetoden var av totalundersökningskaraktär, det vill säga alla respondenter på de utvalda operationsavdelningarna gavs möjlighet att svara på enkäten (Ejlertsson, 2005). De specialiteter som valdes ut att ingå i studien var ortopedisk kirurgi samt allmän kirurgi för att undersöka om frekvensen av användningen av checklisten skiljer sig mellan dessa. De utvalda specialiteterna har olika rutiner exempelvis vad gäller hygien, detta för att förhindra vårdrelaterade infektioner. För att operationssjuksköterskan med säkerhet varit anställd under implementeringsperioden av WHO:s checklista krävdes minst ett år arbetslivserfarenhet för att medverka i studien.

Instrument

För att samla ihop data till studien användes en enkät vilken respondenterna individuellt fick fylla i. För att nå och undersöka större grupper kan denna typ av undersökning vara en fördel (Polit & Beck, 2006).

Enkäten har utformats av författarna med inspiration av Nilsson, et al. 2009 enkät, samt Kylén (2004) om hur enkäter kan utformas. Enkäten finns bifogad i sin helhet, se bilaga 2. En pilotstudie genomfördes för att öka enkätens validitet. Totalt besvarade åtta operationssjuksköterskor från ett sjukhus som inte ingick i studien enkäten och gavs möjlighet att kommentera denna muntligt. Efter genomförd pilotstudie gjordes en del ändringar i enkäten. Några frågor formulerades om, samt ordet ”inte” markerades med fetstil för att undvika missuppfattningar. Besvarade enkäter vid pilotstudien inkluderades inte studiens resultat.

De inledande frågorna i enkäten behandlar operationssjuksköterskornas bakgrundsdata, såsom ålder, aktuell specialitet samt arbetslivserfarenhet. Dessa frågor har till syfte att vid senare dataanalys kunna jämföra skillnader mellan olika grupper. Respondenterna fick vid de

avslutande frågorna välja mellan flera olika svarsalternativ (Instämmer helt – Instämmer inte alls). Svarsalternativen är uppbyggda enligt ordinalskala (Likertska), och olika svarsalternativen kan rangordnas men det går inte att bedöma hur stor skillnad det är mellan de olika svarsalternativen hos respondenterna (Ejlertsson, 2005).

Genomförande av datainsamling

Godkännande erhöles från berörda verksamhetschefer vid de två sjukhusen se bilaga 3. Avdelningschefer fungerade som mellanhänder och erhöles separat information om studien se bilaga 4. Till varje enskild enkät bifogades en kombinerad informations och samtyckesblankett. Vid flera verksamheter informerades respondenterna vid gemensamma samlingar för operationssjuksköterskor dock inte vid alla där avdelningschefen själv önskade ansvara för utdelningen. Respondenterna fick vid alla verksamheter cirka två veckor på sig att fylla i enkäten. Någon påminnelse erhöles respondenterna ej eftersom dessa var anonyma. Däremot uppmuntrades verksamhetscheferna att påminna operationssjuksköterskorna på arbetsplatsen att fylla i enkäten.

Kodat materialet kommer initialt att förvaras på dator med för författarna personliga inloggnings. Då uppsatsen i detta första skede inte är tänkt för publikation i vetenskaplig tidskrift kommer ifyllda enkäter att förvaras av handledare, i inlåst förvaringsutrymme på institutionen, i minst ett år.

Genomförande av databearbetning

Följande resultat baseras på kodning ifrån frågornas svarsalternativ till numeriska värden enligt; Alltid/Instämmer helt = 1, Ofta/Instämmer delvis = 2, Sällan/Tveksam = 3, Aldrig/Instämmer inte alls = 4. Analys och statistiska beräkningar har utförts med hjälp av statistiskprogrammet SPSS 17.0. I resultatet har Mann-Whitney U-test använts för att jämföra grupperna kirurgi samt ortopedi vid två oberoende stickprov med ordinalskala (Olsson & Sörensen, 2007). Vid frågor med nominalskala användes Pearsons Chi-square-test (a.a).

Etisk avvägning

En rådgivande ansökan till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) skickades in för utlåtande samt godkännande före studiens start. Informerat samtycke från aktuella verksamhetschefer erhöles. Informationskravet blev uppfyllt genom att ett kombinerat informations och samtyckesblad bifogades till enkäten där studiens syfte och betydelse beskrevs. Konfidentialitetskravet uppfylldes genom att deltagarna fyllde i enkäterna anonymt. Nyttjandekravet uppfylldes genom att insamlad bearbetad data i studien kan användas för kommande undersökningar inom ämnet.

Resultat

Resultatet baseras på de 67 st enkäter som erhöles under datainsamlingen. Av de 133 utdelade enkäterna blev svarsfrekvensen 50 %. Nedan redovisas studiens interna bortfall (tabell 1).

Tabell 1. Internbortfall på enkätens frågor.

Fråga	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Antal svar	66	67	67	66	67	64	64	65	65	65	65	65
Bortfall	1	0	0	1	0	3	3	2	2	2	2	2

Bakgrundsfakta

Av de två specialiteter som enkäten undersökte svarade ortopedi för 34 %, samt den något större gruppen kirurgi för 66 % . Vid en gruppjämförelse avseende ålder fanns ingen större skillnad mellan grupperna, se tabell 2.

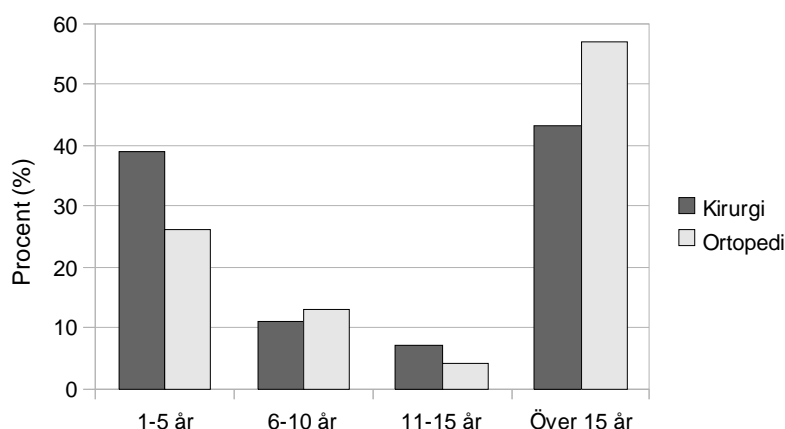
Det framkom inga signifikanta skillnader mellan grupperna varken avseende utbildning eller anpassning. Resultatet på fråga 4 gällande utbildning visar liknande siffror för bägge grupperna. Sextiofem procent av ortopedirespondenterna respektive 64 % av kirurgirespondenterna svarade ja på enkätens fråga att de erhållit utbildning (tabell 2). Vid

fråga sju gällande anpassning utav checklisten svarade 35 % av respondenterna från ortopedi att anpassning gjorts, respektive 34 % från kirurgirespondenter (tabell 2).

Tabell 2. Medelålder (fråga 1), Genomgången utbildning i användandet av checklista (fråga 4) samt Anpassad checklista (fråga 7).

	Kirurgi	Ortopedi	P-värde
Ålder, m (SD)	44±10	45±10	0,30
Genomgått utbildning (%)			0,08
<i>Ja</i>	65	64	
<i>Nej</i>	35	36	
Anpassning checklista (%)			0,96
<i>Ja</i>	34	35	
<i>Nej</i>	66	65	

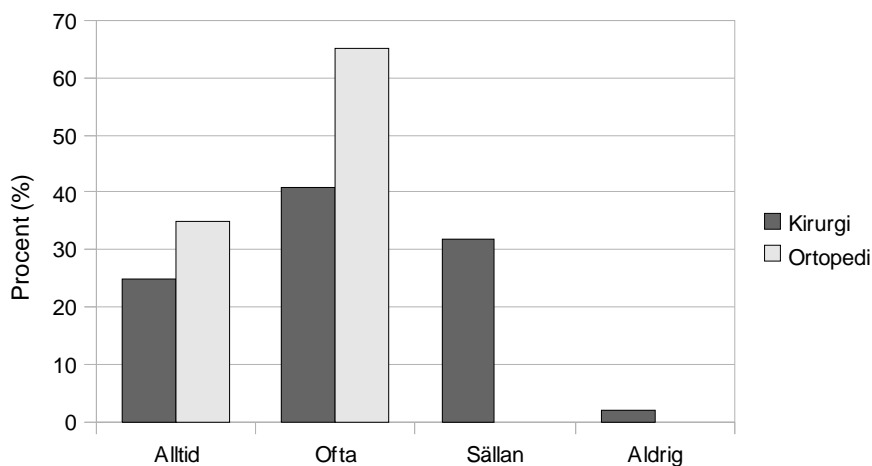
Gällande arbetande år framkom inga signifikanta skillnader mellan jämförda grupper, se figur 1. Största gruppen operationssjuksköterskor inom ortopedi befinner sig i intervallet över 15 års yrkeserfarenhet (57 %). Även största delen av kirurgins operationssjuksköterskor befinner sig inom detta intervall (43 %). Inom det lägsta intervallet för antalet arbetande år (1- 5 år) befinner 39 % av kirurgins operationssjuksköterskor respektive 26 % inom gruppen för ortopedi.



Figur 1. Antalet arbetande år som operationssjuksköterska inom undersökta specialiteter. Kirurgi Md=2.5 (IQR=1-4), Ortopedi Md=4 (IQR=1-4) Mann-Whitney U-test, P=0.28.

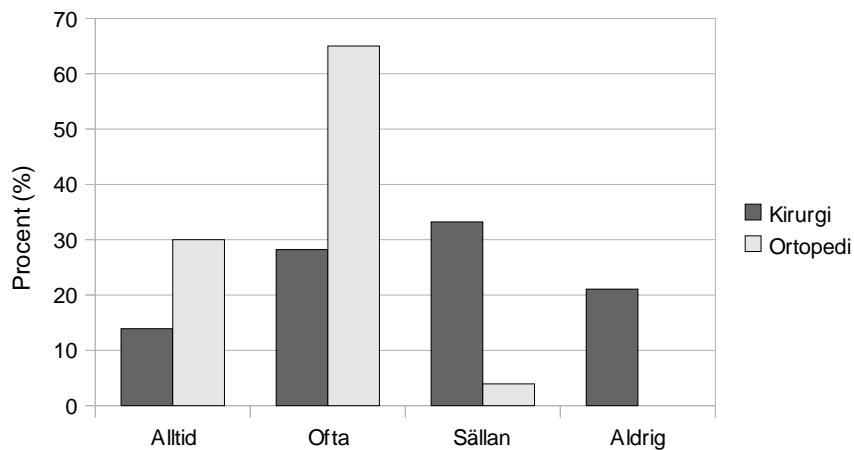
Användandegrad av WHO:s checklista

Det framkom signifikanta skillnader avseende användandegraden gällande planerade operationer, se figur 2. På fråga 5 som behandlar användningen vid Planerade operationer hade specialiteten ortopedi en signifikant högre användande grad där 100 % svarade alternativen Alltid eller Ofta. Inom specialiteten kirurgi var det endast 66 % vilket innebär än en tredjedel, 34 % av respondenterna fyllde i alternativen Sällan eller Aldrig.



Figur 2. Användning av checklistan vid Planerade operationer. Kirurgi Md=2 (IQR=1,25-3), Ortopedi Md=2 (IQR=1-2) Mann-Whitney U-test, $P=0.02$.

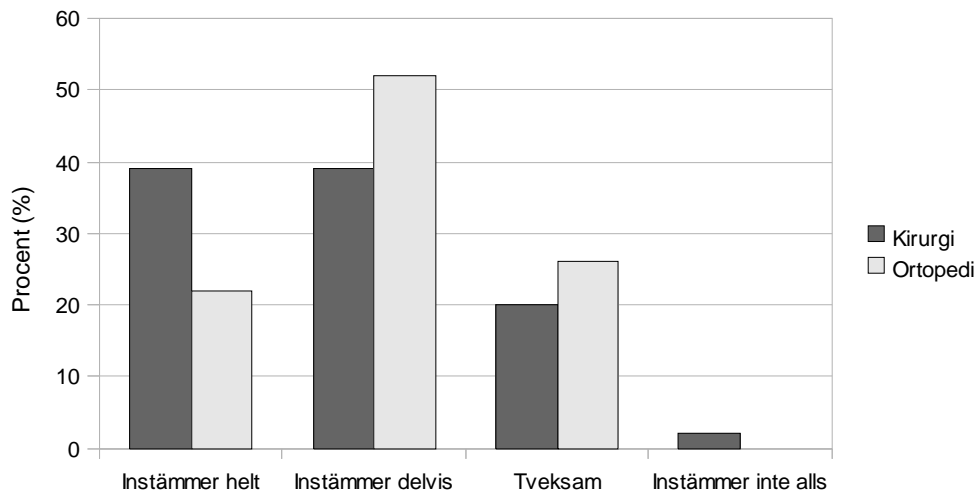
Även avseende Akuta operationer påvisades speciellt hos gruppen ortopedi en statistisk signifikant högre användandegrad, 95 % jämfört med kirurgigruppens 48 %, se figur 3. Mer än hälften av respondenterna från kirurgen, 54 % uppgav att de ej använde checklistan vid akuta operationer. Fem procent av kirurgens respondenter angav även att de inte hade några Akuta operationer.



Figur 3. Användning av checklisten vid Akuta operationer. Kirurgi Md=2 (IQR=2-4), Ortopedi Md=2(IQR=1-2) Mann-Whitney U-test, $P=0.001$.

Förbättring av teamarbetet

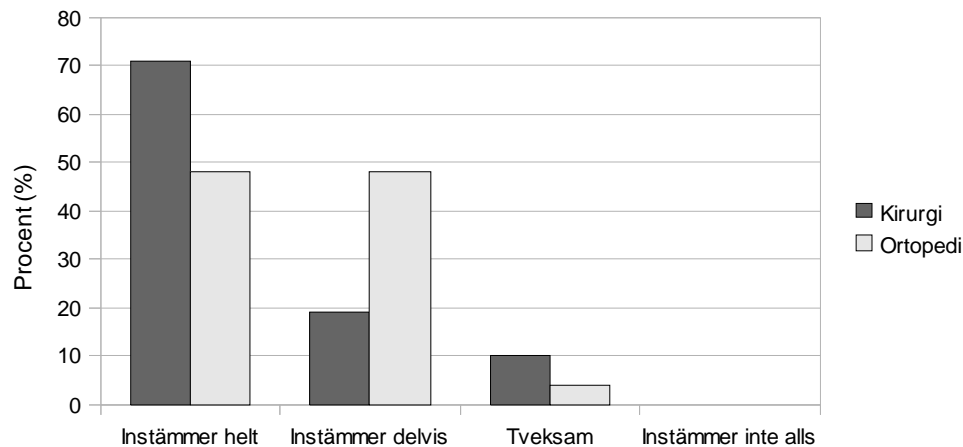
På påståendet i fråga nio om införandet av WHO:s checklista har lett till en ökad teamkänsla under operation instämmer 39 % helt utav kirurgirespondenterna, och samma procentsats erhöles för alternativet Instämmer delvis av samma grupp, se figur 4. Ortopedirespondenterna har en något lägre procentsiffra på alternativet Instämmer helt, 22 % och en högre för alternativet Instämmer delvis, 52 %. Två procent av kirurgirespondenterna Instämmer inte alls i påståendet.



Figur 4. Upplever att införandet av WHO:s checklista har lett till en Ökad teamkänsla under operation. Kirurgi Md=2 (IQR=1-2), Ortopedi Md=2 (IQR=2-3) Mann-Whitney U-test, $P=0.427$

Vid jämförelse mellan grupperna angående påståendet om införandet av WHO:s checklista lett till en ökad patientsäkerhet framkom signifikant skillnad. Sjuttiofyra procent av

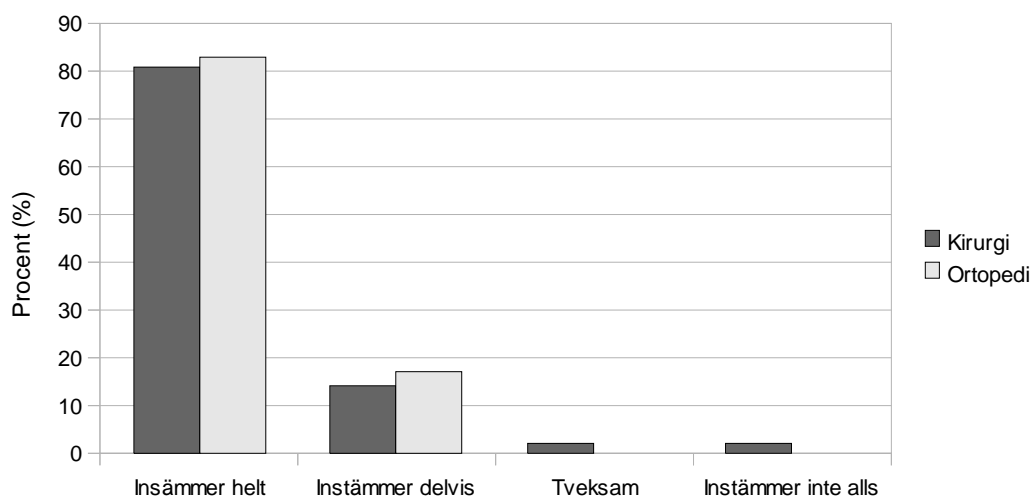
kirurgirespondenterna, en något lägre siffra 48 % hos ortopedirespondenterna instämde helt i påståendet i fråga 10, se figur 5. Tio procent av kirurgirespondenterna var tveksamma till att WHO:s checklista lett till ökad patientsäkerhet, respektive 4 % hos ortopedirespondenterna. Noll procent utav de tillfrågade besvarade alternativet Instämmer inte alls.



Figur 5. Upplever att införandet av WHO:s checklista har lett till en Ökad patientsäkerhet under operation. Kirurgi Md=1 (IQR=1-2), Ortopedi Md=2 (IQR=1-2) Mann-Whitney U-test $P=0.049$

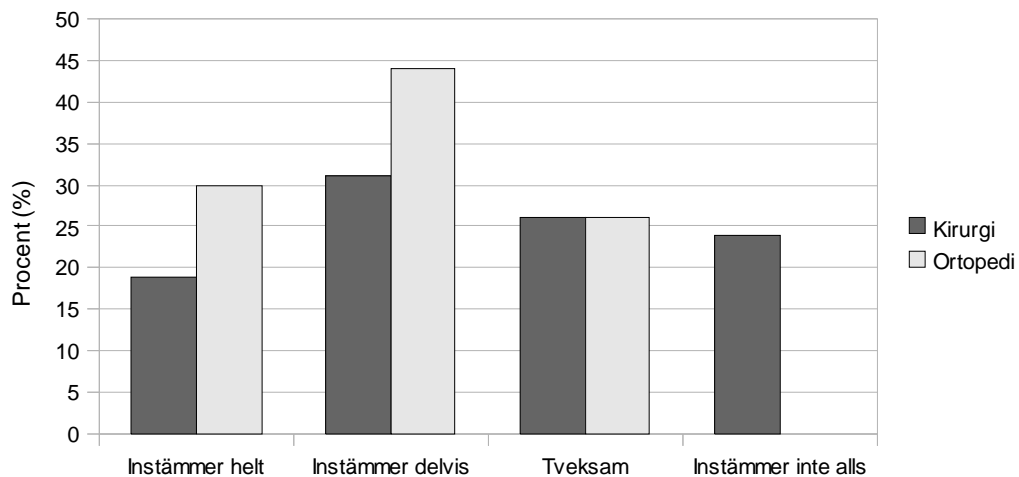
Tidsåtgång och implementering av checklistan

Majoriteten av respondenterna ansåg att tidsåtgången för uppläsningen av checklistan inte var tidshämmande, se figur 6. Enstaka respondenter (5 %) från kirurgigruppen valde alternativet Tveksam och Instämmer inte alls.



Figur 6. Instämmer att tidsåtgången Inte är hämmande för verksamheten/produktionen. Kirurgi Md=1 (IQR=1-1), Ortopedi Md=1 (IQR=1-1) Mann-Whitney U-test $P=0.755$

I fråga 12 behandlas frågan om implementering. Sjuttiofire procent av ortopedirespondenterna instämmer helt eller delvis i påståendet om en invändningsfri/fullgod implementering, se figur 7. En något lägre siffra svarar kirurgirespondenterna för där 50 % Instämmer helt eller delvis. Vilket resulterar i att hälften utav kirurgirespondenterna ej är helt tillfredsställda med genomförd implementering.



Figur 7. Upplever en invändningsfri/fullgod Implementering av införandet av WHO:s checklista. Kirurgi Md=2,5(IQR=2-3,25), Ortopedi Md=2 (IQR=1-3) Mann-Whitney U-test $P=0.073$.

Diskussion

Metoddiskussion

Det finns få studier gjorda som behandlar implementeringen av WHO's checklista på grund av dess nyliga introducerande i den svenska kirurgiska vården. Det hade varit svårt att veta exakt hur intervjufrågorna skulle utformas eftersom det är oklart om checklistan ännu hunnit implementeras som planerat ute i verksamheten. Med denna motivering valdes metoden enkät som datainsamlingsmetod, samt för att svara till syftet och frågeställningarna i aktuell studie. Syftet med studien var inte att mäta upplevelsen utan istället undersöka effekter samt frekvenser i användandet av WHO:s checklista. Enligt Ejlertsson (2005) kan en

enkätundersökning vara att föredra som datainsamlingsmetod för att nå ut och undersöka en större grupp.

Tydliga frågor och svarsalternativ är av stor vikt vid valet av enkätundersökning som datainsamlingsmetod (Ejlertsson, 2005). Det är viktigt att respondenterna och frågekonstruktörerna uppfattar frågorna lika och att enkäten mäter det som den syftar till att mäta. Vid en pilotstudie kan missförstånd uppdagas samt enkäten kompletteras exempelvis med fler svarsalternativ till en fråga (a.a). Genomförd pilotstudie var liten men ledde till att en del brister upptäcktes och korrigerades.

När respondenterna fyller i enkäten har de möjlighet att i lugn och ro besvara enkätens frågor och överväga svarsalternativen (Ejlertsson, 2005). Alla respondenter besvarar samma frågor och den så kallade "intervjuareffekten" elimineras. Resultaten av enkäten blir relativt lättolkade om utformningen av frågor och svarsalternativ är korrekt. Metoden enkätundersökning ger dock ett begränsat utrymme för antalet frågor och respondenten har ofta inga möjligheter att ställa kompletterande frågor avseende frågorna (a.a). Respondenterna till aktuell studie erhöll i tillsammans med enkäten en kombinerad samtyckes och informationsblankett även innehållande författarnas kontaktuppgifter för att möjligheten att ställa frågor kring aktuell studie samt enkät.

En enkätundersökning ger ofta ett bortfall, både internt samt ett externt bortfall (Jakobsson & Westergren, 2005). Det interna bortfallet hade troligen varit mindre vid valet av intervju som metod, samtidigt som det krävs en van intervjuare för att vara konsekvent och arbeta systematiskt under själva intervjun. Jakobsson och Westergren (2005) menar att för att undvika ett allt för stort internt bortfall då respondenten ej fyller alla delar av enkäten är en kort utformad enkät att föredra (a.a). I aktuell studie användes ett enkätformulär bestående av totalt tolv frågor. Det interna bortfallet i studien är acceptabelt då endast några enstaka frågor ej besvarats.

Det delades ut totalt 133 enkäter på de utvalda sjukhusen, antalet med en motivering att Ejlertsson (2005) uttrycker att enkätundersökningar ibland ger ett betydande bortfall. För att erhålla tillräckligt stort material för analys valdes därför att dela ut beskrivet antal enkäter med hänsyn till ett eventuellt högt bortfall. Av de 133 utlämnade enkäterna besvarades 67, en svarsfrekvens på ungefär 50 procent. En möjlig orsak till bortfallet var att

datainsamlingsperioden genomfördes under en del omorganisationer på studiens utvalda sjukhus. Det var en period av stor personalomsättning på flera vårdenheter, framförallt på ett utav de utvalda sjukhusen. En annan orsak kan vara tidsbristen att besvara enkäter har uttryckts av personalen vid flera utvalda enheter. Det visade sig även i slutet av datainsamlingen att ytterligare en enkätstudie var utdelad på samma vårdenheter, vilket kan vara en bidragande orsak till studiens höga bortfall. Respondenterna kan ha upplevt det som för många studier att besvara eller trots att de redan besvarat enkäten.

Även om studiens valda metod var relevant till dess syfte kunde likväl en större första förfrågan gjorts för att undvika det höga externa bortfallet. Fler besvarade enkäter hade varit önskvärt för att kunna överföra resultatet till andra grupper eller förhållanden. Verksamhetschefer rapporterade vid studiens start felaktigt antal anställda operationssjuksköterskor. Hade korrekt antal anställda rapporterats hade eventuellt ytterligare sjukhus tillfrågats att ingå i studien.

Det har i föreliggande studie redovisats genomförande, urval, metod och dataanalys med målet att studien skulle bli överförbar på andra operationsavdelningar i Sverige där WHO:s checklista används. Studien gör inget anspråk på att vara överförbart på alla operationssjuksköterskor i Sverige. Däremot bedöms en viss överförbarhet av resultatet vara möjlig trots det höga externa bortfallet, exempelvis behovet av framtida studier och uppföljning av implementeringen samt anpassade checklistor i verksamheten.

Resultatdiskussion

Resultatet i genomförd studie visar på en generellt god följsamhet gällande användningen av WHO:s checklista vid planerade operationer. Den traditionella kulturen inom kirurgin anses ofta stel och vara en verksamhet som gärna avstår från förändringar, inkluderat introduktionen av checklistan (Weiser et al. 2010b). Detta påstående motsäger resultatet från ortopedirespondenterna som visar på en total följsamhet (100 %). Respondenterna inkluderar checklistan vid planerade operationer trots att den inte är en del av det traditionella arbetsmönstret. Påståendet överensstämmer mer med resultatet från kirurgirespondenterna, där en tredjedel väljer att inte inkludera checklistan i den dagliga verksamheten på operationssalen.

En studie rörande användningen av checklistan riktad till verksamhetschefer i anestesi genomfördes i juni 2010 vid flera sjukhus runt om i Sverige (Ahlberg, 2010). Studien visade motsägelsefulla resultat jämfört med föreliggande studie gällande användandegraden vid planerade samt akuta ingrepp. Studiens resultat visade noterbart att vid lokalanestesi, små snabba ingrepp och endoskopier användes checklistan i mindre omfattning (49-59 %) än vid akuta operationer (77 %) (a.a). Detta kan jämföras med tidigare nämnt resultat i föreliggande studie då operationssjuksköterskan använde checklistan i högre omfattning vid planerade ingrepp. I Ahlbergs (2010) studie hade hälften av de undersökta sjukhusen modifierat checklistan för att passa lokala förhållanden. Detta kan jämföras med resultatet i föreliggande studie då checklistan modifierats i lägre grad.

Utebliven anpassning av checklistan kan vara en anledning till den lägre användandegraden vid akuta operationer, där totalt hälften av kirurgirespondenterna väljer bort checklistan. Checklistan är anpassningsbar och är möjlig att använda vid alla kirurgiska ingrepp, därför är en akut operation ingen motiverad anledning att välja bort den (Emerton et al. 2009). Eventuellt hade användningen ökat hos bägge grupperna om en anpassad checklista utformats. Layout och tiden för specifika frågor går att anpassa för varje enskild specialitet (a.a). Vid spridningen av WHO:s checklista uppmuntrades vårdpersonalen att modifiera checklistan för att bäst passa in i den lokala verksamheten och arbetsflödet (Burbos & Morris, 2010).

WHO:s checklista är dock inte den första checklistan inom vården till syfte att förbättra kliniska resultat. Det finns idag väl inarbetade checklistor inom flera områden såsom inom exempelvis akut och intensivvård (a.a). Operationssjuksköterskan saknar ej erfarenhet att arbeta utefter checklistor. Användningen av gallerförteckningar under operation samt nedräkning av dukar, kanyler och instrument i samband med operation sköts systematiskt efter listor. Även i vardagen används checklistor, såsom exempelvis packningslistor och inhandlingslistor. En klar majoritet av respondenterna i studien upplever inte att checklistan är hämmande för verksamheten. En möjlig förklaring till detta kan vara att checklistan ej använts i sin helhet och därför inte upplevs som tidshämmande.

Då det gäller utbildning av WHO:s checklista var resultaten mellan grupperna i det närmsta samstämmiga. Noterbart är skillnaden i användning trots att mer än hälften (60 %) av båda

specialiteter erhållit någon form av utbildning. Det kan vara värt att poängtera att vilken typ av utbildning, mängd samt frekvens ej behandlas i enkät. Eventuellt krävs det en mer strukturerad och utformad utbildning än vad som erbjuds idag. Ett förslag kan vara någon form av certifierad utbildning med regelbunden träning i jämförelse med dagens Hjärt- och lungräddningsutbildning. Anmärkningsvärt är att en tredjedel i båda undersökningsgrupper angav att det ej erhållit någon utbildning. En orsak till detta kan vara att operationssjuksköterskorna värderar given utbildning olika.

I båda undersökningsgrupperna instämmer majoriteten (Kirurgi 78 % respektive Ortopedi 74 %) att WHO:s checklista leder till en ökad teamkänsla på operationssalen. Det finns dock respondenter inom båda specialiteter som är tveksamma och till och med instämmer inte alls i påståendet. Trots att kirurgigruppen använder sig i lägre grad utav checklistan håller det med om de goda effekterna på teamarbetet. Genomförd studie undersöker endast operationssjuksköterskans åsikt om påverkan på teamkänslan. Även om operationssjuksköterskan är positivt inställd till lagarbete krävs en laginsats för ett fungerande teamarbete på operationssalen. Det krävs även tydligt utformade riktlinjer för vem som bär ansvaret för att initiera checklistan på operationssalen. En oklar ansvarsfördelning kan påverka uppläsningen negativt och checklistan riskeras att ej bli genomförd i sin helhet. Finns det inga tydliga roller för vad som skall göras blir det svårare att skapa en tillåtande miljö för teamets medlemmar och lyfta individuella och tekniska problem (Emerton et al. 2009). Genomgångar liknande uppläsningen av checklistan är speciellt effektiva för att plana ut hierarkin och få varje teammedlem att känna sig bekväm med att göra sig hörd (a.a).

Det visade sig att alla respondenterna höll med i påståendet om att WHO:s checklista hade en positiv påverkan på patientsäkerheten. Vilket stämmer överens med syftet i WHO:s mål med checklistan, att minimera sårbarheten samt förstärka patientsäkerheten (Världsbundens för patientsäkerhet, 2009). Något som kan vara värt att uppmärksamma är kirurgirespondenternas positiva inställning trots den lägre användandegraden. Det råder dock tveksamheter hos vissa respondenter från båda specialiteter, potentiella förklaringar till detta kan vara avsaknad på utarbetade rutiner. En missuppfattning kan vara att WHO:s checklista ej är behövd i Sverige utan riktar sig framförallt till utvecklingsländer.

Det kan finnas en övertro på den svenska sjukvårdens säkerhetssystem. Misstag begås även i Sverige. Avvikande händelser inom hälso- och sjukvården granskas och analyseras av

Socialstyrelsen. Fall som granskats är exempelvis patientfall där korrekt märkning inför operation uteblivit vilket i sin tur ledde till att patienten opererades på fel sida (Socialstyrelsen, 2007). Felmärkning styrker argumentet om vikten av korrekt utförda förberedelser och rutiner vid operationer. Socialstyrelsen lyfter i sin åtgärdsanalys användandet av en checklista för att förhindra att misstagen upprepas. Användningen av en checklista förhöjer patientens säkerhet eftersom vårdpersonalen steg för steg går igenom fastlagda rutiner som bidrar till en ökad patientsäkerhet (a.a). Det är önskvärt med falldiskussioner ute i verksamheten där dessa eller liknande fall kan belysas för operationssjuksköterskan samt övriga medlemmar i operationslaget för att kunna ta lärdom av.

Implementering av checklistan kan mötas av motstånd av de individer som är motvilliga till förändring. En förutfattad mening är att äldre är sämre på att anta nya rutiner, detta motsäger studiens resultat där åldern ej hade någon betydelse på utfallet. Inte heller flerårig yrkeserfarenhet som operationssjuksköterska visade sig ge ett högre motstånd gentemot checklistan. Värt att notera var att en stor del av kirurginsrespondenter med låg yrkeserfarenhet var mindre benägna att använda checklistan. Detta kan tyckas förvånande då en checklista kan vara till hjälp att skapa trygghet för operationssjuksköterskor nya inom yrket. Detta styrker argumentet att ledningsorganen bör fokusera till varje enskild individs möjlighet och inställning till implementeringen (Carney et al. 2010). För att lyckas med implementeringen av checklistan hade det varit önskvärt med en mer öppen dialog mellan ledning och personal. Ledningen bör fråga personalen vad de anser rimligt i avseende utbildning, träning, resurser och avsatt tid för att uppnå en framgångsrik implementering (a.a).

I dagsläget saknas detaljerade föreskrifter om kontrollräkning av operationsinstrument, dukar, tork och liknande efter det att Socialstyrelsen valde att rensa ut bland sina föreskrifter. I strukna föreskrifter behandlades även obligatorisk markering av operationsområde vid ingrepp på extremiteter och pariga organ. I nuläget hänvisas istället till Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12). I föreskriften framkommer det att det åligger verksamhetschefen att fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten. Syftet med det systematiska kvalitetsarbetet skall vara att förebygga vårdskador. Trots att det idag inte finns tydligt nämnt i aktuellt gällande föreskrifter bör tolkningen bli att det inte går att avstå från

tidigare nämnda säkerhetsåtgärder. En möjlighet är att göra WHO:s checklista obligatorisk och på så vis återinföra det som tagits bort i strukna föreskrifter. Checklistan har flera likheter med de säkerhetsåtgärder som finns i verksamhetschefens instruktion, men med en tydligare ansvarsfördelning.

Resultatet i föreliggande studie belyser att det krävs stora satsningar för att en implementering skall lyckas och nå framgång inom kirurgin i Sverige. Det krävs exempelvis regelbunden utbildning, träning och utvärdering av checklistan. Det krävs en större satsning från alla yrkeskategorier. Det är inte tillräckligt att sätta upp en plansch i operationssalen och gå en datautbildning. Hela operationsteamet behöver regelbunden träning för att skapa rutin samt möjligheter till modifikation. För att lyckas med en fullgod implementering krävs det att WHO:s checklista blir obligatorisk och inskriven i gällande författning. Det är i dagsläget svårt att utvärdera och se effekter när checklistan ej är ett obligatoriskt moment inom den svenska kirurgin. Framtida studier bör inrikta sig på fortsatt granskning av implementeringen hos alla berörda yrkeskategorier. Ett viktigt område som kräver vidare analys är lokala anpassningar av checklistan samt de modifieringar som krävs i de olika verksamheterna, dessa bör lyftas fram vid framtida utvärderingar.

Konklusionen av föreliggande studie är god följsamhet inom ortopedi vid både planerade och akuta operationer. Checklistan anses bidra till ökad patientsäkerhet samt teamarbete inom båda specialiteterna, dock beskrivs en tendens till bristande implementering inom specialiteten kirurgi.

Referenser

Ahlberg, J. (2010). Checklista för säker kirurgi – 18 månader efter lansering. *Uppdukat*, 4, 4-6.

Awad, S.S., Fagan, S.P., Bellows, C., Albo, D., Green-Rashad, B., De La Garza, M., & Berger, D.H. (2005). Bridging the communication gap in the operating room with medical team training. *The American Journal of Surgery*, 190, 770–774.

Carney, B, T., West, P., Neily, J., Mills, P, D., & Bagian, J, P. (2010) Differences in Nurse and Surgeon Perceptions of Teamwork: Implications for Use of a Briefing Checklist in the OR. *AORN Journal* 91 (6)722-729

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken*. Lund: Studentlitteratur

Emerton, M., Ranesar, S, S. & Forrest, K. (2009). Safer surgery: how a checklist can make orthopaedic surgery safer. *Orthopaedics and trauma*, 23 (5), 377-380.

Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A-H. S., Dellinger, P.E., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P.L., Lapitan, M. C., Merry, A. F., Moorthy, K., Reznick, R.K., Taylor, B., & Gawande, A.A. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine*, 36 (5), 491- 499.

HSL (1982:763). *Hälso och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Iwarsson, S. (2010) *Processutveckling och patientsäkerhet – två olika sidor av samma mynt*. Riga: Säveförlag

Jakobsson, U., Westergren, A. (2005). Enkätmetodik – en svår konst. *Vård i Norden*, 25, 72-73.

Kylén, J-A. (2004). *Att få svar: intervju, enkät, observation*. Stockholm: Bonnier utbildning.

Makary, M. A., Mukherjee, A., Sexton, B.J., Syvin, D., Goodrich, E., Hartmann, E., Rowen, L., Behrens, D. C., Marohn, M., & Pronovost, P.J. (2007). Operating Room Briefings and Wrong-Site Surgery. *American College of Surgeons*, 204, 236-234.

Makary, A.M., Sexton, J. B., Freischlag, J. A., Holzmueller, C. G., Millman, A. E., Rowen, L., & Pronovost, P. J. (2005). Operating Room Teamwork among Physicians and Nurses: Teamwork in the Eye of the Beholder. *American College of Surgeons*, 202, (5)746-752.

Nilsson, L., Lindberget, O., Gupta, A., & Vegfors, M. (2009). Implementing a pre-operative checklist to increase patient safety: a 1-year follow-up of personel attitudes. *The Acta Anaesthesiologica Scandinavica Foundation*. 54. 176-182

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

- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research. Methods, appraisal, and utilization*. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Rothrock, J. C., Smith, D.A., & McEwen, D.A. (2007). (Eds.).(14uppl). *Alexander´s care of the patient in surgery*. St:t Louis: Mosby
- Sandberg, H. (2006). *Det goda teamet*. Danmark: Studentlitteratur
- Scott, N.H., Garrett, J. (2009). Improving operating room safety. *Patient safety in Surgery*, 3 (25) 1-6.
- Socialstyrelsen (2007). Märkning uteblev – patient opererades på fel sida. *Analys av avvikelser i Hälso- och sjukvården*, 15, 1-7.
- Socialstyrelsen (2009). *Checklista för säkrare operationer*. Hämtad 2010-10-10 från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/opererasakert>
- Socialstyrelsen.(2010). *Patientsäkerhet*. Hämtad 2010-10-01 från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet>
- SOSFS (2005:12). *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen
- SOU (2008:17). *Patientsäkerhet*. Stockholm: Socialdepartementet Vårdförbundet (2010). *Patientsäkerhetslagen*. Hämtad 2011-02-28 från www.vardforbundet.se/Min-profession/Saker-var/Patientsakerhetslagen/
- Vårdförbundet (2010) *Patientsäkerhetslagen*. Hämtad 2011-02-28 från www.vardforbundet.se/Min-profession/Saker-var/Patientsakerhetslagen/
- Världssalliansen för patientsäkerhet (2009). *Bruksanvisning för checklista för säkerhet vid operationer*. Hämtad 2010-10-10 från http://www.patientforsakring.se/resurser/dokument/checklistan/Bruksanvisning_svensk_checklista.pdf
- Weiser, T.G., Haynes, A.B., Dziekan, G., Berry, W.R., Lipsitz, S.T., & Gawande, A.A. (2010a). Effect of a 19-item Surgical Safety Checklist during urgent operations in a global patient population. *Annals of Surgery*, 251, 976-980.
- Weiser, T.G., Haynes, A.B., Lashoher, A., Dziekan, G., Boorman, D.J., Berry., W.R., & Gawande, A.A. (2010b). Perspectives in quality: designing the WHO Surgical Safety Checklist. *International Journal of Quality in Health Care*, 22, 365-370
- World Health Organization.(2008). *The second global patient safety challenge*. Hämtad 2010-10-08 från http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf



Checklista för säkerhet vid operationer

Checklistan är inte avsedd att vara heltäckande. Tillägg och modifieringar för att anpassa den till lokala rutiner uppmuntras.

Före inledning av anestesi >>>>>>

Förberedelse

- Patienten har bekräftat följande:
 - identitet
 - plats för incision
 - informerad om och samtycker till operation
- Operationsområde markerat/ej tillämpligt
- Säkerhetskontroll för anestesi genomförd
- Fungerande pulsoximeter kopplad
- Har patienten något av följande:
 - Känd allergi?
 - nej
 - ja
 - Risk för aspiration/svår intubation?
 - nej
 - ja och utrustning/assistent är tillgänglig
 - Risk för >500 ml blodförlust (7 ml/kg för barn)?
 - nej
 - ja, och tillfredsställande intravenösa infarter och blod/vätskor är planerade
 - Risk för hypotermi?
 - nej
 - ja, och åtgärder är planerade/vidtagna

Före incision >>>>>>

Timeout

- Bekräfta att alla medlemmar i laget presenterat sig med namn och roll
- Anestesiolog/anestesisjuksköterska och operations-sjuksköterska, operatör bekräftar muntligt
 - patient ID
 - plats för incision
 - planerad operation
- Väntade kritiska moment under operationen
 - Anestesipersonalens** bedömning: finns några patientspecifika eller anesthesiologiska problem?
 - Operationsjuksköterskans** bedömning: har sterilitet bekräfts?
 - Finns några problem med utrustning eller annat?
 - Är patienten korrekt upplagd?
 - Operatörens** bedömning: vilka kritiska eller oväntade moment finns, operationens längd, förväntad blodförlust?
- Har antibiotikaproxylax givits inom de senaste 60 minuterna?
 - ja
 - ej tillämpligt
- Har trombosproxylax givits enligt ordination?
 - ja
 - ej tillämpligt
- Visas nödvändig bildinformation?
 - ja
 - ej tillämpligt

Innan patienten lämnar operationssalen

Avslutning

- Checklistansvarig får muntlig bekräftelse av laget:
 - Vilket ingrepp har utförts
 - Att antal instrument, torkar och nålar stämmer (eller ej tillämpligt)
 - Hur preparat är märkta (inklusive patientens namn och personnummer)
 - Finns problem med utrustningen som behöver uppmärksammas?
 - Operatör, anesthesiolog/sjuksköterska och operationssjuksköterska går igenom huvudpunkterna för det initiala postoperativa omhändertagandet
 - Vad kan vi lära? Vad kan vi göra bättre nästa gång?

KOD

Enkätundersökning

1. Ålder.....

2. Arbetar inom följande specialitet:

- Allmänkirurgi
 Ortopedi

3. Yrkesverksamma år som operationssjuksköterska:

- 1-5 år
 6-10 år
 11-15 år
 >16 år

4. Jag har genomgått utbildning på min arbetsplats i användandet av WHO:s checklista?

- Ja
 Nej

5. Används WHO:s checklista på din arbetsplats vid planerade operationer?

- Alltid
 Ofta (varannan operation)
 Sällan (var fjärde operation)
 Aldrig
 Har inga planerade operationer

6. Används WHO:s checklista på din arbetsplats vid akuta operationer?

- Alltid
 Ofta (varannan operation)
 Sällan (var fjärde operation)
 Aldrig
 Har inga akuta operationer

7. Har WHO:s checklista anpassats efter din arbetsplats?

- Ja
 Nej

I vilken grad instämmer du i nedanstående påstående?

8. Jag anser mig ha goda kunskaper om mitt ansvarsområde vid uppläsningen och användandet av WHO:s checklista vid operationer.

Instämmer helt	Instämmer delvis	Tveksam	Instämmer inte alls
()	()	()	()

9. Jag upplever att införandet av WHO:s checklista har lett till en ökad teamkänsla under operation.

Instämmer helt	Instämmer delvis	Tveksam	Instämmer inte alls
()	()	()	()

10. Jag upplever att införandet av WHO:s checklista har lett till en ökad patientsäkerhet under operation.

Instämmer helt	Instämmer delvis	Tveksam	Instämmer inte alls
()	()	()	()

11. Jag anser att tidsåtgången för att genomföra alla momenten i WHO:s checklista **inte** är hämmande för verksamheten/produktionen

Instämmer helt	Instämmer delvis	Tveksam	Instämmer inte alls
()	()	()	()

12. Jag upplever invändningsfri/fullgod implementering av införandet av WHO:s checklista på min arbetsplats.

Instämmer helt	Instämmer delvis	Tveksam	Instämmer inte alls
()	()	()	()

Tack för din medverkan!



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

INFORMATIONSBREV

Till ansvarig verksamhetschef

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien:

Operationssjuksköterskans erfarenhet av WHO:s checklista

Syftet med studien är att utvärdera implementeringen av WHO:s checklista i operationssalen. Om listan mottagits väl i Region Skåne är ännu inte utvärderat samt operationssjuksköterskans användning och uppfattning av checklistan.

Vi kommer att använda oss av en enkätundersökning som vänder sig till operationssjuksköterskor anställda inom specialiteterna allmän kirurgi samt ortopedisk kirurgi. För att operationsjuksköterskan med säkerhet varit anställd under implementeringsperioden av WHO:s checklista krävs ett år arbetslivserfarenhet för att medverka i studien. Målet är att nå 100 besvarade enkäter, med fördelningen 50 enkäter på SUS i Malmö, 50 enkäter vid SUS i Lund, 25 enkäter per specialitet.

Det är frivilligt att medverka i studien. Vi kommer personligen lämna ut enkäterna på avdelningen efter inhämtat samtycke till medverkan i studien. Materialet kommer förvaras säkert, inlåst och ej tillgängligt för obehörig. Enkäterna kommer att kodas och respondenterna garanteras konfidentialitet.

Vi anhåller om att få hjälp av dig för att på bästa sätt nå undersökningspersoner enligt ovan angivna urvalskriterier.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Studien ingår som ett examensarbete iOperationssjuksköterskeprogrammet.

Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Pernilla Johansson
Operationssjuksköterskestudent
Norregatan 23
281 51 Hässleholm
070-3946889
pernilla.johansson.561@student.lu.se

Marie Nilsson
Operationssjuksköterskestudent
Monbijougatan 3
21153 Malmö
070-237 82 57
marie.nilsson.128@student.lu.se

Anders Johansson
Universitetslektor,
Lunds universitet
Box 157
22100 Lund
046-2221930, 0768-441828
anders.johansson@med.lu.se



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Bilaga 4 (5)

INFORMATIONSBREV

Information till ansvarig avdelningschef

Vi är två sjuksköterskor under specialistutbildning inom operationssjukvård varav föreliggande studie ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet. Studien innebär att den skall ligga till grund för en första bedömning av implementeringen av WHO:s checklista i Skåne. Detta genom att följa upp listans implementering utifrån operationssjuksköterskans erfarenheter samt ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Genom att synliggöra eventuella problem med implementeringen vill författarna bidra till att underlätta för det fortsatta preventiva arbetet för att förhindra att onödiga fel begås under operation. Vi kommer att använda oss av en enkätundersökning som vänder sig till operationssjuksköterskor anställda inom specialiteterna allmän kirurgi samt ortopedisk kirurgi. För att operationssjuksköterskan med säkerhet varit anställd under implementeringsperioden av WHO:s checklista krävs ett år arbetslivserfarenhet för att medverka i studien. Målet är att nå 100 besvarade enkäter, med fördelningen 50 enkäter på SUS i Malmö, 50 enkäter vid SUS i Lund, 25 enkäter per specialitet. Det är frivilligt att medverka i studien. Vi kommer personligen lämna ut enkäterna på avdelningen efter inhämtat samtycke till medverkan i studien. Materialet kommer att förvaras säkert, inlåst och ej tillgängligt för obehörig. Enkäterna kommer att kodas och respondenterna garanteras konfidentialitet. Vi anhåller om att få hjälp av dig för att på bästa sätt nå undersökningspersoner enligt ovan angivna urvalskriterier.

Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Pernilla Johansson
Leg. sjuksköterska
Operationssjuksköterskestudent
Norregatan 23
281 51 Hässleholm, 070-39 46889
Pernilla.johansson.561@student.lu.se

Marie Nilsson
Leg. Sjuksköterska
Operationssjuksköterskestudent
Monbijougatan 3
21153 Malmö
070-237 82 57
marie.nilsson.128@student.lu.se

Anders Johansson
Universitetslektor
Tfn 046-2221930
0768-441828
Lunds universitet
Box 157, 22 100 Lund,
anders.johansson@med.lu.se



Operationssjuksköterskans erfarenhet av WHO:s checklista

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Syftet med föreliggande studie är att den skall ligga till grund för en första bedömning av implementeringen av WHO:s checklista i Skåne. Detta genom att följa upp listans implementering utifrån operationssjuksköterskans erfarenheter samt ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Genom att synliggöra eventuella problem med implementeringen vill författarna bidra till att underlätta för det fortsatta preventiva arbetet för att förhindra att onödiga fel begås under operation. Den metod som kommer att användas är en kvantitativ enkätundersökning. Ansökan har skickats till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs. Studien har även godkänts av verksamhetsansvarig. Om Du accepterar att delta i vår studie ber vi att Du besvarar frågorna i bifogad enkät så fullständigt som möjligt. Ditt deltagande är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak. Dina svar på frågeformuläret/enkäten kommer att förvaras så att inte någon obehörig får tillgång till Dina svar. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras. Konfidentialitet garanteras. Studien ingår som ett examensarbete i Operationssjuksköterskeprogrammet.

Om Du vill veta mer om vår studie, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Pernilla Johansson
Leg. sjuksköterska
Operationssjuksköterskestudent
Norregatan 23
281 51 Hässleholm, 070-39 46889
Pernilla.johansson.561@student.lu.se

Marie Nilsson
Leg. Sjuksköterska
Operationssjuksköterskestudent
Monbijougatan 3
21153 Malmö
070-237 82 57
marie.nilsson.128@student.lu.se

Anders Johansson
Universitetslektor
Tfn 046-2221930
0768-441828
Lunds universitet
Box 157, 22 100 Lund,
anders.johansson@med.lu.se



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten