



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Anestesisjuksköterskans uppfattning av WHO:s checklista för säkerhet vid operationer

En enkätstudie

Författare: Helén Askaner, Kaj Persson

Handledare: Helena Rosén

Magisteruppsats

Våren 2013

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

Anestesisjuksköterskans uppfattning av WHO:s checklista för säkerhet vid operationer

En enkätstudie

Författare: Helén Askaner, Kaj Persson

Handledare: Helena Rosén

Magisteruppsats

Våren 2013

Abstrakt

Världshälsoorganisationen (WHO), utarbetade 2007 en kirurgisk checklista för att stärka och öka patientsäkerheten vid kirurgiska ingrepp. I Region Skåne infördes checklistan 2009 för användande i skånsk sjukvård.

Syfte: Att undersöka anestesisjuksköterskors uppfattning om hur checklistan används samt att beskriva eventuella skillnader i användandet på fyra sjukhus i Skåne.

Metod: En tvärsnittsstudie med enkäter som besvarades av 68 respondenter genomfördes på fyra sjukhus i Skåne mars 2013.

Resultat: sammantaget på de fyra sjukhusen i Skåne upplevs att patientsäkerheten ökat efter checklistans införande. Teamkänslan upplevs ha ökat men med variation både inom sjukhuset och mellan sjukhusen. Det upplevs även att checklistan alltid används vid planerade ingrepp men med en lägre frekvens och användandegrad vid akuta ingrepp.

Konklusion: Anestesisjuksköterskor på fyra sjukhus i Skåne upplever generellt att checklistan används tillfredställande och att den bidragit till ökad patientsäkerhet och teamkänsla. Det upplevs dock fortfarande vissa brister i teamkänsla och checklistans användandefrekvens och i dess användandegrad.

Nyckelord

WHO:s kirurgiska checklista, användandegrad, patientsäkerhet, anestesisjuksköterska, teamkänsla

Avdelningen för omvårdnad

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

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Problembeskrivning	3
Bakgrund	3
WHO:s kirurgiska checklista	4
Kommunikation	5
Patientsäkerhet och teamarbete	6
Utformning och implementering av checklista	8
Teoretisk referensram	8
Syfte	9
Specifika frågeställningar	9
Metod	10
Urval av undersökningsgrupp	10
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument	10
Genomförande av datainsamling	11
Genomförande av databearbetning	12
Etisk avvägning	12
Resultat	13
Bakgrundsfakta	13
Uppfattning om tillfredsställande användning av checklista	15
Uppfattning om checklistan leder till ökad patientsäkerhet	16
Uppfattning om ökad teamkänsla på operationssalen	17
Uppfattning om tillfredsställande användningsgrad	19
Diskussion	20
Diskussion av vald metod	20
Diskussion av framtaget resultat	22
Sammanfattning	26
Referenser	27
Bilaga 1(5) Informationsbrev till ansvarig verksamhetschef	30
Bilaga 2(5) Informationsbrev till ansvarig enhetschef	31
Bilaga 3(5) Informationsbrev till undersökningsperson	32
Bilaga 4(5) Enkät	33
Bilaga 5(5) Checklista för säkerhet vid operationer	37

Problembeskrivning

Globalt beräknas nästan sju miljoner människor att drabbas av allvarliga komplikationer vid kirurgiska ingrepp. Av dessa avlider ungefär en miljon människor under eller direkt efter ingreppet (Weiser et al., 2008). För att minska komplikationsfrekvensen vid utförda kirurgiska ingrepp har WHO utarbetat en checklista som har till syfte att öka säkerheten och den interpersonella kommunikationen på operationssalar under operation. För att checklistor ska fungera fullt ut krävs att de väljs med omsorg och att införandet får stöd och följs upp. Det finns en risk för att de används på fel sätt som att moment kan hoppas över eller hastas igenom (Lindh & Sahlqvist, 2012). Det skulle i så fall motverka syftet med checklistan, nämligen att öka patientsäkerheten. Region Skåne har valt att implementera denna checklista men används den så som det är tänkt? Tidigare magisteruppsatser utförda på Skånes Universitetssjukhus (SUS) har undersökt såväl operationssjuksköterskors som anestesijuksköterskors uppfattning av användandet av checklistan (Johansson & Nilsson, 2011; Karlsson & Nygren, 2012). Karlsson och Nygren (2012) visar både på en brist i användandegrad, som på skillnader i användandegrad av den implementerade checklistan mellan sjukhusen. Samtidigt framkom det i deras studie att anestesijuksköterskorna ansåg att checklistan bidrog till ökad patientsäkerhet, samsyn och teamkänsla (a.a.). För att få en bredare bild av hur det förhåller sig i Region Skåne, inte bara på de två största sjukhusen, undersöks i föreliggande studie anestesijuksköterskors uppfattning av användandet av checklistan på fyra andra sjukhus. Två akutsjukhus med både akut och planerad kirurgi samt två närsjukhus med endast planerad kirurgi ingår i studien. Dessa kommer fortsättningsvis tillsammans att benämnas ”de fyra sjukhusen” alternativt Sjukhus 1, 2, 3 och 4 vid enskild benämning.

Bakgrund

Vårdskador förorsakar förutom ett stort mänskligt lidande för patienter, närstående och personal även extra insatser som är förenat med ökade kostnader (Lindh & Sahlqvist, 2012). Knappt två tredjedelar av alla vårdskador i Sverige sker inom kirurgiska specialiteter, plastikkirurgi, ortopedi, gynekologi m fl. (Socialstyrelsen, 2008). Vårdrelaterade infektioner i Sverige uppskattas leda till 500 000 extra vård dagar till en kostnad av närmare 4 miljarder kronor (Socialstyrelsen, 2006a). Vid en nationell kontroll av vårdrelaterade infektioner 2009, låg

riksgenomsnittet på 9,7 % av patienterna i slutenvård. Motsvarande siffra för Region Skåne låg på 10,1 % vid samma mättillfälle. Detta ledde till en beräknad kostnad för vårdskador i Region Skåne till omkring 635 mnkr. Det gjorde att närmare 3 % av Region Skånes budget för hälso- och sjukvård gick åt till vårdskador. Skulle beräkningen ta upp den totala samhällskostnaden skulle vårdskador i enbart slutenvården kosta cirka 1 587 mnkr. I detta beräknas då kostnader så som minskade skatteintäkter till stat och kommun och ökade vårdkostnader i slutenvården och i primärvården, sjukresor, läkemedel, hjälpmedel. I beräkningen tas även upp produktionsbortfall för patienten, anhöriga och arbetsgivaren samt ökade vårdköer och administrativa kostnader. Slutligen inkluderas även ökade kostnader för försäkringskassan i utbetalda sjukersättningar (Ernst & Young, 2009). En amerikansk studie kom fram till att om komplikationsnivån låg på tre procent efter kirurgi ger checklistan direkta kostnadsbesparingar om den förhindrar fem större komplikationer (Semel et al., 2010).

”Säker kirurgi räddar liv” (Safe Surgery Saves Lives) är ett initiativ som startades av World Alliance for Patient Safety i en strävan att minska antalet dödsfall i anslutning till kirurgi världen över (WHO, 2008). Målet är att samla krafter inom politik och sjukvård för att fokusera på bland annat säkerhetsrutiner för anestesi, undvikande av postoperativa infektioner och dålig kommunikation inom operationslaget. Dessa problem är inte ovanliga och bidrar till dödsfall i alla länder och sjukvårdsorganisationer. Problemen är dock undvikbara (a.a.). Genom samarbete på global nivå mellan sjuksköterskor, kirurger, narkosläkare, patientsäkerhetsexperter och patienter har säkerhetskontroller som ska dokumenteras på en checklista, tagits fram som kan utföras i vilken operationssal som helst. Målet med checklistan är att stärka redan inarbetade säkerhetsrutiner samt bidra till bättre kommunikation och samarbete mellan olika yrkeskategorier i sjukvården. Den kirurgiska checklistan är tänkt som ett verktyg för kliniker i syfte att förbättra säkerheten i sin verksamhet och är således inte en författning eller del av en officiell policy (WHO, 2008). Patientskadeförsäkringen genom Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) införde checklistan på nationell nivå 2009 (Ahlberg, 2009). Samma år beslutade SUS i Region Skåne att införa kirurgisk checklista vid sina operationer (Nellgård, 2009).

WHO:s kirurgiska checklista

WHO:s kirurgiska checklista är tydligt inspirerad av flygindustrin där piloter utrustas med en checklista som steg för steg tar dem genom olika säkerhetsmoment. Säkerhetsaspekter är av stor vikt vid all verksamhet där orsak och verkan kan ge snabba och förödande konsekvenser

för resultatet (Degani & Wiener 1990). Checklistan är utformad för att tvinga fram gensvar som i sin tur ökar kommunikationen i teamet. Checklistan är att betrakta som ett standardiserat verktyg som är oberoende av yrkestillhörighet (Lindh & Sahlqvist, 2012). Vem som helst i operationsteamet kan utses som ansvarig för att leda checklistegenomgången. Med operationsteam menas all personal som ingår i arbetet på operationssalen under operationsprocessen. Operationsprocessen delas in i tre faser, *check-in*, före induktion av anestesi, *time-out*, före operationsstart och *sign-out*, under operationens avslutning (WHO, 2008). *Check-in* inkluderar de olika förberedelserna och kontrollerna av utrustning och patient innan operationen såsom identitetskontroll, typ av operationsingrepp, märkning av operationsområde och frågor om allergi. Under *time-out* presenterar alla närvarande i operationsteamet sig för varandra med avseende på namn och yrkesfunktion/roll. Patientens identitet bekräftas ånyo och väntade kritiska moment under operationen framläggs. Samtidigt kontrolleras även att eventuell antibiotika- och trombosprofylax administrerats enligt ordination. Steriliteten bekräftas. Efter operationen, under *sign-out* redogör operatören vilket ingrepp som gjorts och eventuella ordinationer till den postoperativa avdelningen. Slutligen stämmer de olika specialiteterna av huruvida operationen förlöpt planenligt eller om några oväntade problem uppstått (a.a.). I en studie av Rydenfält, Johansson, Odenrick, Åkerman och Larsson, 2013, utförd på ett länssjukhus i Sverige videofilmades operationssalen under hela operationsmoment. I studien fokuserades på själva *time-out*-processen och det gjordes såväl kvalitativa som kvantitativa analyser. Analyserna gjordes bland annat genom att granska videoupptagningarna och i det sammanhanget bedöma implementeringen av checklistan. De hade exempelvis en tidsgräns på att "*time-out*" skulle ske inom tio minuter före incision annars räknades det som en "missad" "*time-out*". Det framkom att många kommunikativa aspekter saknades samt att själva *time-out*-processen utfördes utan att hela operationsteamet var involverade. Följsamheten att använda checklistan var god men under användandet missades många punkter, framförallt de som främjar en god kommunikation mellan olika personalkategorier (Rydenfält et al., 2013).

Kommunikation

Kommunikation kan definieras som utbyte av meningsfulla tecken mellan två eller flera parter. Begreppet kommer från latinets *communicare* vilket betyder "att göra något gemensamt" (Eide & Eide, 1997). Kommunikation inom såväl operationslaget som med patienter och deras anhöriga är av stor vikt för säker vård. Hälften av avvikelser som uppstår under operation beror på missar i kommunikationen (Gawande, Zinner, Studdert & Brennan,

2003). Kommunikationsmissar kan ha sin grund i konserverade hierarkiska mönster. I flygbranschen kan detta exemplifieras med två flygolyckor. En skedde på Teneriffa 1977 och en i Portland 1979. I båda dessa fall bidrog en strikt hierarkisk struktur till olycksutvecklingen (Lindh & Sahlqvist, 2012). Författarna Sexton, Thomas och Helmreich, (2000) gjorde jämförelser mellan sjukvården och flygbranschen och fann att närmare hälften av kirurgerna ansåg att en ledare inte kan ifrågasätta ett arbete, medan mindre än 10 % av tillfrågade piloter var av samma uppfattning. Med förebild från flyget har sjukvården anammat återkoppling i form av repetitionsslingor. Detta innebär att till exempel ordinationer och åtgärder repeteras muntligt tills båda parter har en gemensam bekräftad bild om vad som skall åtgärdas (Lindh & Sahlqvist, 2012). I Finland genomfördes en studie för att bland annat studera kommunikation inom operationsteamet före och efter checklistans införande. Man såg att patientens identitet oftare blev bekräftad, trombosprofylax övervägdes oftare samt att kommunikativa fel uppstod i mindre grad efter checklistans införande (Takala et al., 2011).

Patientsäkerhet och teamkänsla

Ett operationsteam består oftast av operatörer, anestesiläkare, specialistutbildade sjuksköterskor inom anesthesi och operation samt undersköterskor. Haynes et al. (2009) gjorde en studie som syftade till att implementera en kirurgisk checklista med 19 punkter för användning innan och under ett kirurgiskt ingrepp. Denna checklista var utformad för att förbättra kommunikationen i operationsteamet samt att säkerställa vården. Detta gjordes för att minska komplikationer och dödsfall hos patienter i samband med kirurgiska ingrepp. Studien pågick mellan åren 2007-2008 och inkluderade 3955 opererade patienter i åtta större städer. Resultatet blev en minskning av dödsfallen från 1,5 % till 0,8 % och en minskning av kirurgiska komplikationer från 11 % till 7 % efter checklistans införande (a.a.). I checklistan ingick det bland kontrollfrågorna om patienten hade saturationsmätare uppkopplad, bekräftelse av patientens identitet och antibiotikapofylax i förekommande fall innan ingrepp. Dessa grundläggande säkerhetsaspekter var inte rutin på samtliga sjukhus innan checklistan infördes. Inget av sjukhusen i studien sade sig ha en standardrutin för intravenös infart vid stor blodförlust. Inget av sjukhusen i studien hade heller någon rutin på teaminformation innan eller efter operationen (a.a.). I Sverige infördes 2007 "time-out" på två operationsavdelningar. Detta följdes upp efter ett år med en enkät som sändes via e-post till personal verksamma vid operationsavdelningarna. Resultatet blev bland annat att 93 % ansåg att "time-out" helt säkert eller sannolikt ledde till ökad patientsäkerhet (Nilsson, Lindberget, Gupta & Vegfors, 2009)

Enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) framgår bl. a. att vårdgivare skall vidta de åtgärder som behövs för att undvika vårdskador samt främja till hög patientsäkerhet med hjälp av förebyggande säkerhetsarbete. Vårdarbetet är i hög grad ett teamarbete. Träning inför svåra framförallt akuta situationer kan genomföras enligt ”*Crew resource management*” CRM. Där tränas teamet att utveckla hög riskmedvetenhet och handlingsberedskap (Lindh & Sahlqvist, 2012) Viktiga moment i ett CRM-program är att leda och följa i arbetslag samt samarbeta i grupp. Vidare är det viktigt att känna igen olika varningssignaler och risker i arbetssituationen samt hantera trötthet. Man ska även kommunicera effektiv och dubbelkontrollera och vara tydlig. Beslut ska fattas effektivt och vid behov be om hjälp. Slutligen ska erfarenheter regelbundet delas (Flin, O`Connor & Crichton, 2008).

Ett viktigt mål är att underlätta för hela operationslaget att utföra ett bra och säkert arbete. Alla i operationssalen utgör en del av ett team som gör operation möjlig (WHO, 2012). I en observationsstudie som inkluderade 149 personer i olika yrkeskategorier visade Mazzocco, Petitti, Fong, Bonacum, Brookey och Graham (2009) att ett förbättrat teamarbete leder till ökad patientsäkerhet. Högre komplikationsrisk och död var kopplat till sämre teamarbete (a.a.). I en holländsk studie (De Vries et al., 2010) jämfördes bland annat komplikationsfrekvensen före och efter checklistans införande. Såväl komplikationsfrekvens och dödsfall relaterade till kirurgiska operationer minskade signifikant efter checklistans införande. Slutsatsen man drog var att checklistan förbättrade teamarbetet, personalens attityd till säkerhetstänkande och kvalitet samt kommunikationen i operationsteamet. Makary et al (2006) studerade teamarbetet i operationssalen och kunde visa på stora olikheter i hur de olika professionerna uppfattade teamarbetet. I en brittisk studie (Panesar et al., 2011) analyserades sidoförväxlingar inom ortopedisk kirurgi. Studien var retrospektiv och analyserade huruvida ett korrekt användande av WHO:s kirurgiska checklista kunde avvärja incidenterna. Författarna till artikeln drar slutsatsen att många sidoförväxlingar som inträffade oftast har berott på faktorer som brister i kommunikation, missuppfattningar och dåligt teamarbete, det vill säga de problem som checklistan skall minimera (a.a.). I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) är det fastställt att vårdgivare skall arbeta med förbättringsprocesser. Det finns idag i Sverige ingen specifik föreskrift att markering av operationsområdet skall göras utan den faller under SOSFS 2005:12 § 4 som lyder: ”*Det systematiska kvalitetsarbetet skall syfta till att förebygga vårdskador*”.

Utformning och implementering av kirurgisk checklista

Vården skall bygga på vetenskaplig praxis och beprövad erfarenhet. Trots att nya rön om bevisat effektiva metoder finns så får de gamla ibland leva kvar. Ungefär 30-40 % av patienterna får inte vård i enlighet med aktuell vetenskaplig kunskap. Upp till en fjärdedel av patienterna får dessutom potentiellt skadlig vård (Grol & Grimshaw, 2003). En rapport från Institute of Medicine (USA) gav år 2001 ut rekommendationer för en ny modell till kvalitetsarbete innefattande sex grundläggande perspektiv:

- *Säker vård*
- *Evidensbaserad vård*
- *Patientfokuserad vård*
- *Vård som ges i tid*
- *Effektiv vård*
- *Jämlig vård*

I en norsk studie som kvalitativt studerade checklistans implementering lades viss tyngdpunkt på att checklistan skall vara lättillgänglig, lättförståelig och kort i sin utformning. Den skall även vara väl anpassad till verksamheten. Checklistan kan förstärka prestationen vid hög belastning och stress via frigörandet av mental kapacitet så att de viktiga uppgifterna utförs i rätt ordning och på ett korrekt sätt (Thomassen, Espeland, Søfteland, Lossius, Heltne & Brattebø, 2011). Vid implementering av checklistan är det enligt en annan norsk kvalitativ intervjustudie viktigt att ha fullt stöd från avdelningschefen eller motsvarande. Vidare är det viktigt att man förväntar sig och kan hantera skeptiska kollegor. Under själva genomgången av checklistan är det viktigt att inte tappa *patientfokus*. En del av momenten kan göras innan patienten är på plats, (Thomassen, Brattebø, Heltne, Søfteland & Espeland, 2010). Conley, Singer, Edmondson, Berry och Gawande (2011) beskrev i sin studie vikten av en tydlig och välförankrad implementering av checklistan för ett bra genomförande.

Teoretisk referensram

Katie Erikssons (1987) omvårdnadsteori baseras på omsorg. Samtidigt som hennes omvårdnadsteori är grundläggande för vårdarbetet och vårdandet så är den generell och har både holistiska och filosofiska drag. Med människa menar Eriksson individen till kropp, själ och ande i relation med sig själv och sin omgivning. Tro, hopp och kärlek blir då grunden för

vårdandet med tillit, framtidstro och medkänsla. Hälsa är den helhet och integration mellan kropp, själ och ande som ständig förändras och utvecklas. Här använder Eriksson uttryck som *ansa, leka och lära* för att förklara det naturliga och grundläggande i omvårdnad.

Omvårdnaden ska tillgodose patientens behov och stärka dess förmåga. Detta inkluderar vårdpersonalen som ska samverka med varandra även om de olika professionerna har egna specifika mål. Eriksson förklarar även nödvändigheten av reflektion och produktion.

Vårdpersonalen måste reflektera över vården och dess betydelse för att kunna utöva omvårdnad, det vill säga produktion. Produktionen blir omvårdnaden genom *ansa, leka och lära* genom engagemang och helhetssyn. Katie Erikssons omvårdnadsteori är i sin grund förklaringen till ett operativt ingrepp på en patient. Patienten vänder sig med sin tro och hopp till sjukvården för hjälp. Sjukvårdens olika professioner måste samverka och kommunisera både mellan professionerna och med patienten för att tillgodose patientens behov på ett säkert sett.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka anestesijuksköterskans uppfattning om hur checklistan används på operationsavdelningar på fyra sjukhus i Skåne samt att beskriva eventuella skillnader av hur den används.

Specifika frågeställningar

- Hur uppfattar anestesijuksköterskan att WHO:s kirurgiska checklista används under planerade och akuta operationer?
- Hur uppfattar anestesijuksköterskan att användandet av WHO:s kirurgiska checklista leder till ökad patientsäkerhet?
- Hur uppfattar anestesijuksköterskan att användandet av WHO:s kirurgiska checklista ökar teamkänslan på operationssalen?
- Hur uppfattar anestesijuksköterskan att användningsgraden av WHO:s kirurgiska checklista är tillfredsställande?

Metod

Urval av undersökningsgrupp

Då liknande studie (Karlsson & Nygren, 2012) redan genomförts inom Region Skåne på SUS Malmö-Lund valdes att studera fyra av de övriga sjukhusen i Region Skåne. Detta skulle då spegla anestesijuksköterskans uppfattning av den kirurgiska checklisten på två operationsavdelningar med akut och planerad kirurgi samt två operationsavdelningar med endast planerad kirurgi. Inklusionskriterium för studien var anestesijuksköterskor som ingick i ett operationsteam vid något av de fyra sjukhusen. Designen var en tvärsnittsstudie vilket innebär endast ett mättillfälle (Ejlertsson, 2003). Vid studiens genomförande våren 2013 uppgavs att det sammanlagt skulle finnas 122 anestesijuksköterskor verksamma. Dessa fördelades på 47 anestesijuksköterskor på Sjukhus 1, 35 anestesijuksköterskor på Sjukhus 2, 20 anestesijuksköterskor på Sjukhus 3 samt 20 anestesijuksköterskor på Sjukhus 4. Externt bortfall definieras av de personer som avstår, avbryter eller inte har möjlighet att delta. Internt bortfall utgörs av de personer som ej svarat på enstaka frågor men i övrigt besvarat enkäten. Enkäter som genom missöde förkommit benämns missing data (Ejlertsson, 2005).

Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

Studiedesignen var en tvärsnittsstudie med frågeenkät (bilaga 4) för datainsamlingen. Studien har en kvantitativ ansats för att i viss mån kunna generalisera resultatet (Ejlertsson, 2003). Enkäten består av 14 frågor. De tre första frågorna berör endast bakgrundsfakta som ålder, yrkesveksamma år och sjukhustillhörighet. Resterande 11 frågor syftar till att spegla den uppfattningen anestesijuksköterskan har om användandet av WHO's kirurgiska checklista. Inför enkätstudien inhämtades ett skriftligt godkännande för anpassning och användande av Karlssons och Nygrens (2012) tidigare använda och validerade enkät. De utförde en pilotstudie för att ta reda på om respondenterna tolkar frågorna på samma vis som författarna. De inkluderade fyra anestesijuksköterskor som vid separata tillfällen fick fylla i enkäten och diskutera frågorna med författarna. Vissa frågor fick omformuleras och två nya uppkom (a.a.). I enkäten (bilaga 4) har författarna av anonymitetsskäl aidentifierat sjukhusnamnen. I föregående arbete då enkäten användes, påpekade författarna att några av svarsalternativen kunde ha varit bredare än endast ja-nej. Denna kritik togs till vara och svarsalternativen i

fråga 4, 12 och 13 breddades till en ökad nyansering med fyra svarsalternativ. En pilotstudie av enkäten gjordes med sex frivilliga anestesijuksköterskor på SUS, Malmö. Den utfördes på avdelningen för Operationsservice, Rekonstruktiv Kirurgi (ORK). Anestesijuksköterskor tillfrågades om de kunde tänka sig att medverka i en pilotstudie. De som var intresserade fick mer information om studiens, enkätens och pilotstudiens syfte. Detta pågick tills sex anestesijuksköterskor accepterat att delta i pilotstudien. Vid återlämnandet av pilotenkäten fick de möjlighet att kommentera enkäten och dess utformning. En pilotstudie görs för att kontrollera enkätens validitet. Enligt Ejlertsson (2005) är det avgörande för en enkät att frågor och svarsalternativ är klara och genomarbetade. Missuppfattningar och oklarheter i frågor och svarsalternativ måste undvikas, då respondenten inte kan ställa motfrågor vid besvarandet av enkäten (a.a.). Pilotstudien pekade på god förståelse för frågor och svar. De efterfrågade om bredare svarsalternativ då någon ansåg steget mellan ofta (cirka varannan operation) och alltid (eller nästan alltid) som för stort. Detta åsidosattes då studien och enkäten i stort skulle motsvara tidigare studie. Enligt Ejlertsson (2005) är det en fördel att använda tidigare enkäter då frågor och svar är formulerade på samma sätt minskas feltolkningsrisken. Reliabiliteten av enkäten stärks ytterligare om oberoende upprepning av enkäten i studier ger snarlika resultat i motsvarande miljöer (a.a.).

Genomförande av datainsamling

Inför enkätstudien kontaktades verksamhetschefer på de utvalda operationsklinikerna per telefon. Efter ytterligare telefon- och e-postkontakt samt ett muntligt godkännande inkom även ett skriftligt godkännande från verksamhetscheferna för genomförande av enkätstudien på berörda kliniker. Enkäterna lämnades ut på anestesiklinikerna i samband med en personlig presentation av författarna och information om studiens syfte till anestesijuksköterskorna. Ejlertsson (2005) menar att en väl förberedd och väl genomförd undersökning bör ge omkring 90 % i svarsfrekvens. Detta uppnåddes ej, då det på Sjukhus 1 och Sjukhus 2 inte skapades tidsutrymme där alla anestesijuksköterskor kunde samlas för presentation av studien. Istället fick enhetschefen utgöra både kontaktperson och mellanhand. Kontaktpersonen fick information om studiens syfte och enkätens utformning. Hon/han fick enkäter med tillhörande information till respondenterna samt insamlingskuvert för de besvarade enkäterna. På de två övriga sjukhusen var författarna välkomna med en kort presentation av studien, dess syfte och själva enkäten i samband med anestesipersonalens morgonmöte. Härvid överlämnades enkäter och skriftlig information till respondenterna samt insamlingskuvert för besvarade enkäter. Det

lämnades även information och enkäter till de anestesijuksköterskor som inte var närvarande just då.

Under startveckan för insamlingen av data träffade författarna anestesijuksköterskor och enhetschefer/kontaktpersoner på de utvalda fyra sjukhusen. Studien och enkäten blev presenterad med syfte och frågeställning. Enkäter delades ut tillsammans med svarskuvert. Under de två veckorna fram till insamlandet av enkäterna, kontaktades enhetscheferna på de berörda avdelningarna både per telefon och via e-post vid två tillfällen för att få en uppfattning om antal återstående obesvarade enkäter. Samtidigt uppmanades enhetschefen/kontaktpersonen att påminna anestesijuksköterskorna om att vänligen besvara enkäten. Enligt Ejlertsson (2005) kommer 60-75% av respondenterna att besvara en enkät tidigt, efter första påminnelsen kommer ofta 80-90% av enkäterna att besvaras. Efter en andra påminnelse kan man inte förvänta sig någon effekt av påminnelsen (a.a.).

Genomförande av databearbetning

Det lämnades sammanlagt ut 130 stycken enkäter fördelade på de fyra sjukhusen. Det statistiska underlaget baseras på de 122 anestesijuksköterskorna som var målgruppen. Från målgruppen återkom sammanlagt 68 stycken besvarade enkäter. De besvarade enkäterna sorterades med avseende på vilket sjukhus de kom ifrån och numrerades före inmatning i SPSS 20.0. För att utesluta slumpmässig feltolkning av resultatet gjordes statistisk signifikansberäkning för de olika frågorna. Då det är osäkert om resultaten är normalfördelade ska en icke-parametrisk variationsanalys väljas. Om det dessutom rör sig om fler än tre oberoende parametrar i testet bör Kruskal-Wallis test användas (Björk, 2001). Då statistisk signifikans kan bekräftas, det vill säga $P < 0,05$ %, utvidgas testet med Post Hoc vilket är SPSS 20,0 benämning på parvisa korrelationstest för att visa med vilken och var statistisk signifikans är bekräftad (Wahlgren, 2008). Enskild fråga utan markerat svar eller med flera svarsalternativ som markerats för samma fråga motsvarar internt bortfall. De 54 enkäter som inte återlämnats besvarade motsvarar externt bortfall.

Etisk avvägning

Studien har fått bifall av rådgivande vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) vid Lunds medicinska fakultet (Dnr: VEN 8-13). Vetenskapsrådets forskningsetiska principer med

informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet har följts i föreliggande studie (Vetenskapsrådet, 2002) Deltagandet var frivilligt och respondenten kunde när som helst avbryta deltagandet utan att uppge orsak. Enkäten besvarades anonymt. Enkätmaterialen förvaras inlåst tills studien har avslutats. Därefter sker en destruktion av materialet. Inga publicerade data kommer att kunna kopplas till enskild person. Då enkäten endast innehöll 14 frågor borde tidsåtgången för besvarandet endast ta tio till femton minuter. Det borde innebära ett litet besvär för respondenterna att fylla i enkäten och därmed bidra till informationsunderlaget till denna studie. Eventuellt merarbete eller inkräktande på arbetstiden i förhållande till nyttan av föreliggande studiens resultat borde vara försvarbart för verksamheten.

Resultat

Studiens syfte, att undersöka anestesijuksköterskans uppfattning om hur WHO´s kirurgiska checklistan används, uppnåddes och svaren på de fyra specifika frågorna framkom i resultatet; *Uppfattning om tillfredställande användning av checklista, Uppfattning om checklistan leder till ökad patientsäkerhet, Uppfattning om ökad teamkänslan på operationssalen samt Uppfattning om tillfredsställande användningsgrad.* Nedan följer först en resultatbeskrivning av datainsamlingen. Därefter beskrivs studiens resultat under respektive kategori.

Bakgrundsfakta

Det antal anestesijuksköterskor som uppgavs vara verksamma på operationsavdelning var 122 personer fördelade på de fyra sjukhusen. Till dessa fördelades frågeenkäter så de stämde med antalet verksamma anestesijuksköterskor. Av dessa samlades 68 (56 %) besvarade enkäter in för bearbetning. På Sjukhus 2 saknades 6 enkäter vid insamlingen. Huruvida de var ifyllda eller ej framgår inte. Dessa är att betrakta som externt bortfall då de inte återlämnats besvarade i svarskuvert. Vid kontroll med personalavdelning skulle antalet anestesijuksköterskor ha varit högre. Exakt antal kunde ingen ge då man går efter tjänstgöringskod. Det innebär att det inkluderas personal som i sin grundbefattning är anställd som anestesijuksköterska. Dessa kan i sin tur tjänstgöra med andra uppgifter inom organisationen eller i facklig verksamhet utan att arbeta operativt men ha kvar sin

grundbefattning. De antal enkäter som delats ut baseras på information av enhetschef angående antal anestesijuksköterskor som var i tjänst under datainsamlingsperioden. Svarefrekvensen blev 56 % med en variation mellan 40 % och 85 %. På sjukhus 1 var svarefrekvensen 49 %, på sjukhus 2, 40 %, sjukhus 3, 70 % och sjukhus 4, 85 %. På de fyra sjukhusen var anestesijuksköterskornas åldersspridning mellan 24-66 år. Medianåldern var sjukhus 1, 54 år, sjukhus 2, 51 år, sjukhus 3, 47 år och sjukhus 4, 51 år. Den totala medianåldern för de fyra sjukhusen var 50 år. Även genomsnittlig ålder för de fyra sjukhusen var 50 år. Det innebär att åldersfördelningen på sjukhusen och mellan sjukhusen motsvarar varandra. För antal yrkesverksamma år visade de fyra sjukhusen sammantaget på att anestesijuksköterskorna har 15 år eller mer i yrket. Rangetalet pekar på att anestesijuksköterskorna inom sjukhusen och mellan sjukhusen överlag har en lång yrkeserfarenhet. På Sjukhus 1 och Sjukhus 4 uppgavs på vardera arbetsplatsen att en person hade mindre än ett års yrkeserfarenhet.

På frågan om anestesijuksköterskorna fått utbildning i användande av checklistan på arbetsplatsen var sammantaget majoriteten instämmande även om flera endast delvis instämde eller förnekade påståendet. På sjukhus 3 instämde 57,1 % av anestesijuksköterskorna helt på detta. Motsvarande siffra för Sjukhus 1 var 56,5 % och Sjukhus 4, 41,2 %. På Sjukhus 2 svarade 42,9 % att de endast instämde delvis med detta. Samtidigt uppgav tre anestesijuksköterskor på Sjukhus 4 att man inte fått någon utbildning i checklistan på sin arbetsplats. Detsamma uppgavs på Sjukhus 1 och Sjukhus 3 av två anestesijuksköterskor vardera. På Sjukhus 2 uppgav endast en anestesijuksköterska att denna inte fått någon utbildning i checklistan på arbetsplatsen.

Om WHO:s kirurgiska checklista anpassats till arbetsplatsen var uppfattningen olika. Majoriteten 69,6 % på Sjukhus 1 menade att checklistan var anpassad till arbetsplatsen. För Sjukhus 2 var motsvarande siffra 61,5 %. På Sjukhus 4 menade 64,7 % att checklistan inte var anpassad till arbetsplatsen. På Sjukhus 3 var det jämnt fördelat mellan svarsalternativen. På Sjukhus 2 fanns en enkät där denna fråga inte var besvarad vilket resulterade i ett internt bortfall.

Om anestesijuksköterskan upplevde sig ha god kunskap om uppläsning och användandet av WHO:s kirurgiska checklista vid operationer svarade på Sjukhus 3, 64,3 % att de instämde helt. För Sjukhus 4 var motsvarande siffra 52,9 %, Sjukhus 1, 52,2 % och för Sjukhus 2, 35,7 %. Hos den sistnämnda var 50 % av anesthesi-sjuksköterskorna endast delvis instämmande i påståendet och en anestesijuksköterska ansåg att det inte stämde alls.

Uppfattning om tillfredställande användning av checklista

På frågan om kirurgisk checklista används vid planerade operationer svarade 100 % av anestesijuksköterskorna på Sjukhus 2 och Sjukhus 4 att checklistan alltid (eller nästan alltid) används. På Sjukhus 3 svarade 78,6 % och på Sjukhus 1, 78,3 % att checklistan alltid (eller nästan alltid) används vid planerade operationer (tabell 1). Med Kruskal-Wallis-test prövades resultaten från de fyra sjukhusen för att se om det fanns någon statistisk signifikant skillnad i användande av checklistan vid planerade operationer. Ingen statistisk signifikans kunde säkerställas.

Tabell 1. Används WHO:s kirurgiska checklista på din arbetsplats vid planerade operationer?

	Sjukhus 1	Sjukhus2	Sjukhus 3	Sjukhus 4
Numerär / procent	n / %	n / %	n / %	n / %
Aldrig eller nästan aldrig	0/0,0	0/0,0	0/0,0	0/0,0
Sällan, cirka var fjärde operation	0/0,0	0/0,0	0/0,0	0/0,0
Ofta, cirka var annan operation	5/21,7	0/0,0	3/21,4	0/0,0
Alltid, eller nästan alltid	18/78,3	14/100,0	11/78,6	17/100,0
Totalt	23/100,0	14/100,0	14/100,0	17/100,0

På frågan om kirurgisk checklista används vid akuta operationer svarade 65,2 % av anestesijuksköterskorna på Sjukhus 1 alltid (eller nästan alltid). På Sjukhus 2 svarade 50 % att man ofta (cirka var annan operation) använde checklistan vid akuta operationer (tabell 2). Med Kruskal-Wallis-test prövades resultaten från de fyra sjukhusen för att se om det fanns någon statistisk signifikant skillnad i användande av checklista vid akuta operationer. En anestesijuksköterska på Sjukhus 3 uppgav att denne använde sig av checklistan vid akuta operationer.

Tabell 2. Används WHO:s kirurgiska checklista på din arbetsplats vid akuta operationer?

	Sjukhus 1	Sjukhus2	Sjukhus 3	Sjukhus 4
Numerär / procent	n / %	n / %	n / %	n / %
Aldrig eller nästan aldrig	0/0	0/0	0/0	0/0
Sällan, cirka var fjärde operation	4/17,4	1/7,1	0/0	0/0
Ofta, cirka var annan operation	4/17,4	7/50,0	0/0	0/0
Alltid, eller nästan alltid	15/65,2	6/42,9	1/100,0	0/0
Totalt	23/100,0	14/100,0	1/100,0	0/0

Om tidsåtgången för att genomföra WHO:s kirurgiska checklista skulle veka hämmande för verksamheten svarade 100 % på Sjukhus 3 att de inte alls instämde. Motsvarande siffra för Sjukhus 2 var 92,9 %, för Sjukhus 1, 82,6 %, och Sjukhus 4, 82,4 %. Två anestesijuksköterskor på Sjukhus 1 och en på Sjukhus 2 upplevde att checklistan var hämmande för verksamheten. Med Kruskal-Wallis-test prövades resultaten från de fyra sjukhusen för att se om det fanns någon statistisk signifikant skillnad mellan grupperna. Ingen statistisk signifikans kunde säkerställas.

Uppfattning om checklistan leder till ökad patientsäkerhet

På Sjukhus 3 besvarade 71,4 % att de instämde helt. På Sjukhus 1 instämde 63,6 % endast delvis med detta. Motsvarande antal för Sjukhus 4 var 58,8 % och för Sjukhus 2, 57,1 % att de instämmer delvis. En anestesijuksköterska på Sjukhus 4 ansåg dock att checklistan inte alls lett till en ökad patientsäkerhet. I Sjukhus 1 fanns en enkät där denna fråga inte var besvarad vilket resulterade i ett internt bortfall (tabell 3). Med Kruskal-Wallis-test prövades resultaten från de fyra sjukhusen för att se om det fanns någon statistisk signifikant skillnad i ökad patientsäkerhet. Ingen statistisk signifikans kunde säkerställas.

Om anestesijuksköterskan upplevt att fel har identifierats och undvikits genom användandet av WHO:s kirurgiska checklista. svarade 43,5 % på Sjukhus 1 att de delvis instämde i detta. Motsvarande siffra för Sjukhus 3 var 42,9 % och för Sjukhus 4, 41,2 %. På Sjukhus 2 var 42,9

% tveksamma till detta påstående. Med Kruskal-Wallis-test prövades resultaten från de fyra sjukhusen för att se om det fanns någon signifikant skillnad i identifierade fel. Ingen statistisk signifikans kunde säkerställas.

Tabell 3. Jag upplever att införandet av WHO:s kirurgiska checklista har lett till ökad patientsäkerhet under operation.

	Sjukhus 1	Sjukhus2	Sjukhus 3	Sjukhus 4
Numerär / procent	n / %	n / %	n / %	n / %
Instämmer inte alls	0/0,0	0/0,0	0/0,0	1/5,6
Tveksam	0/0,0	0/0,0	1/7,1	0/0,0
Instämmer delvis	14/36,6	8/57,1	3/21,4	10/58,8
Instämmer helt	8/36,4	6/42,9	10/71,4	6/35,3
Totalt	22/100,0	14/100,0	14/100,0	17/100,0

Uppfattning om ökad teamkänsla på operationssalen

På Sjukhus 3 svarade 57,1 % att de instämde helt i att checklistan ökat teamkänslan. På Sjukhus 1 svarade 59,1 % att de instämde delvis. Motsvarande siffra för Sjukhus 2 var 42,9 % och för Sjukhus 4, 41,2 %. Två anestesijuksköterskor på Sjukhus 4 och en anestesijuksköterska på Sjukhus 1 instämde inte alls i detta påstående (tabell 4). På Sjukhus 1 fanns en enkät där denna fråga inte var besvarad som resulterade i ett internt bortfall. Med Kruskal-Wallis-test prövades resultaten från de fyra sjukhusen för att se om det fanns någon statistisk signifikant skillnad i ökad teamkänsla. Då statistisk signifikans $P < 0,017$ beräknades för skillnader mellan de fyra sjukhusen gjordes en utökad test med parvisa jämförelser, Post Hoc. Detta visade att statistiskt signifikanta skillnader mellan de fyra sjukhusen fanns med $P < 0,039$ mellan Sjukhus 2 och Sjukhus 3 samt med $P < 0,028$ mellan Sjukhus 4 och Sjukhus 3.

Tabell 4. Jag upplever att införandet av WHO:s kirurgiska checklista har lett till ökad teamkänsla under operation.

	Sjukhus 1	Sjukhus2	Sjukhus 3	Sjukhus 4
Numerär / procent	n / %	n / %	n / %	n / %
Instämmer inte alls	1/4,5	0/0,0	0/0,0	2/11,8
Tveksam	4/18,2	6/42,9	1/7,1	5/29,4
Instämmer delvis	13/59,1	6/42,9	5/35,7	7/41,2
Instämmer helt	4/18,2	2/14,3	8/57,1	3/17,6
Totalt	22/100,0	14/100,0	14/100,0	17/100,0

På frågan om anestesijuksköterskan upplevt motstånd från annan personal på operationssalen gentemot användandet av WHO:s kirurgiska checklista svarade 71,4 % på Sjukhus 3 att de inte alls instämde. Motsvarande siffra för Sjukhus 4 var 52,9 %. På Sjukhus 1 svarade 47,8 % och Sjukhus 2, 42,9 % att det delvis var så. På Sjukhus 2 menade dessutom 21,4 % att de instämde helt i att de upplevt motstånd från annan personal gentemot användandet av checklistan (tabell 5). Med Kruskal-Wallis-test prövades resultaten från de fyra sjukhusen för att se om det fanns någon signifikant skillnad i motstånd från annan personal. Då signifikans $P < 0,012$ noterades för skillnader mellan de fyra sjukhusen gjordes en utökad test med parvisa jämförelser, Post Hoc. Signifikanta skillnader fanns med $P < 0,037$ mellan Sjukhus 3 och Sjukhus 2. Detta visar att anestesijuksköterskorna på sjukhus 2 gentemot sjukhus 3 i större grad upplever ett motstånd från annan personal vid användandet av den kirurgiska checklistan.

Tabell 5. Jag har upplevt motstånd från annan personal på operationssalen gentemot användandet av WHO's kirurgiska checklista

	Sjukhus 1	Sjukhus2	Sjukhus 3	Sjukhus 4
Numerär / procent	n / %	n / %	n / %	n / %
Instämmer inte alls	0/0,0	0/0,0	0/0,0	1/5,9
Tveksam	0/0,0	0/0,0	1/7,1	0/0,0
Instämmer delvis	14/63,6	8/57,1	3/21,4	10/58,8
Instämmer helt	8/36,4	6/42,9	10/71,4	6/35,3
Totalt	22/100,0	14/100,0	14/100,0	17/100,0

Uppfattning om tillfredsställande användningsgrad

På Sjukhus 3 svarade 78,6 % att de instämde helt på frågan om de upplever en tillfredsställande användningsgrad av checklistan. Motsvarande siffra för Sjukhus 1 var 52,2 %. På Sjukhus 2 svarade 71,4 % att de delvis instämde med påståendet. Motsvarande siffra för Sjukhus 4 var 52,9 %. Samtidigt fanns två anestesistjuksköterskor på Sjukhus 2 som inte alls instämde med att checklistan användes i tillfredsställande användningsgrad (tabell 6). Med Kruskal-Wallis-test prövades resultaten från de fyra sjukhusen för att se om det fanns någon statistisk signifikant skillnad i användningsgrad av checklistan. Då statistisk signifikans $P < 0,001$ noterades gjordes en utökad test med parvisa jämförelser Post Hoc. Detta visade att statistisk signifikanta skillnader fanns mellan tre av sjukhusen angående tillfredsställande användningsgrad av checklistan. Mellan Sjukhus 2 och Sjukhus 1 $P < 0,022$ och mellan Sjukhus 2 och Sjukhus 3 $P < 0,001$.

Tabell 6. Jag upplever en tillfredställande användningsgrad av WHO:s kirurgiska checklista.

	Sjukhus 1	Sjukhus2	Sjukhus 3	Sjukhus 4
Numerär / procent	n / %	n / %	n / %	n / %
Instämmer inte alls	0/0,0	2/14,3	0/0,0	0/0,0
Tveksam	4/17,4	2/14,3	0/0,0	2/11,8
Instämmer delvis	7/30,4	10/71,4	3/21,4	9/52,9
Instämmer helt	12/52,2	0/0,0	11/78,6	6/35,3
Totalt	23/100,0	14/100,0	14/100,0	17/100,0

Diskussion

Diskussion av vald metod

Föreliggande studies syfte var att undersöka anesthesisjuksköterskans uppfattning om hur checklistan används, samt att beskriva eventuella skillnader i grad av hur checklistan används på fyra olika sjukhus i Skåne. Detta gjordes för att inventera anesthesisjuksköterskors uppfattning av användandet av checklistan i vardagen och eventuellt kunna generalisera resultatet. För att besvara detta gjordes en tvärsnittsstudie med en enkät som tidigare använts i liknande syfte (Johansson & Nilsson, 2011; Karlsson & Nygren, 20012). Att använda befintlig enkät i liknande miljö ökar studiens reabilitet (Ejlertsson 2005).

Vid första kontakt och presentation av studien inför respektive sjukhus verksamhetschef mottogs studien generellt positivt. Samtidigt uttalades att det först skulle kontrolleras i verksamheten om det för tillfället var praktiskt möjligt att genomföra studien. Efter ny kontakt och med verksamhetschefernas godkännande av studien kontaktades sjukhusens enhetschefer för information och för att avtala tid för personligt möte. Författarna var tänkta att personligen informera och dela ut enkäterna till anesthesisjuksköterskorna. Detta kunde ej ske inom ramen för verksamheten på två av sjukhusen. Det resulterade i ett personligt möte med enhetschefen som sedan förblev kontaktperson för studien på avdelningen. På de övriga två sjukhusen var

det möjligt att kort informera om studien vid anestesijuksköterskornas morgonmöte. Detta olika förfarande av information av studien och enkätutlämnande kan förklara den låga svarsfrekvensen från sjukhusen. På de sjukhus där informationen och enkäten hanterades av kontaktperson var svarsfrekvensen låg 49 %, 23 av 47 respektive 40 %, 14 av 35 enkäter. På de sjukhus där författarna själva fick utrymme att informera och dela ut enkäter blev svarsfrekvensen 70 %, 14 av 20 respektive 85 %, 17 av 20 enkäter. Faktorer som inte ingår i studien men som troligen påverkar svarsfrekvensen speglas av de kommentarer som spontant uttalades.

Ja ni är välkomna med er studie men:

- *Vi får se hur det går...*
- *Vi har just fått information om omorganisation så det är en del oro.*
- *Ja, ni har ju fått det godkänt av verksamhetschefen så ni får väl komma.*
- *Det springer så många studerande och ska göra sina studier...*
- *Vi har ett annat fokus än studier just nu på grund av...*

Detta till trots framkom flera uttalanden om att det ska bli intressant att få del i resultatet och att det sågs som en viktig studie. Ett uttalande var att verksamheten var medveten om brister i användandet av checklistan och att ett projekt att öka användandet av checklistan skulle startas. Vid ett tillfälle blev presentationen så väl mottagen att ett flertal besvarade enkäter kunde insamlas omgående. Dessa lades åt sidan tills sammanställningen kunde påbörjas.

Då enkäten anpassats i viss mån genom utvidgade svarsalternativ gjordes en pilotstudie som inte tillförde några nya tveksamheter. Detta till trots kan det i efterhand konstateras brister i enkäten. Brister både i frågeformuleringarna och i de svarsalternativ som fanns och i de svarsalternativ som utvidgades. Trots att enkäten med gott resultat användes senast 2012 (Karlsson & Nygren) i liknande studie på sjukhus i Skåne, innebär det trots allt en tidsskillnad på 12 månader med den utveckling som sker under tiden. Redan då enkäten i föregående studie användes inkom synpunkter på grovmaskiga svarsalternativ. Detta förbisågs inför denna studie då det ansågs att jämförande studiematerial var att föredra. Det som vid denna studie kan ses som en svaghet i enkäten är frågan om anestesijuksköterskan fått utbildning i checklistan på sin arbetsplats. Det lämnar inget utrymme för den eller de som eventuellt fått utbildning i checklistan hos tidigare annan arbetsgivare eller vid annan utbildning. Vidare säger frågan och svarsalternativen ingenting om hur utbildningen gått till eller den upplevda kvaliteten på själva utbildningen. I samband med föreliggande studies genomförande framkom även skiftande rutiner mellan sjukhusen om vem i operationsteamet som initierar

och håller i checklistans utförande. På ett sjukhus kunde det vara operatören som initierade genomgången av checklistan medan det på andra sjukhus kunde vara operationssjuksköterskan, anestesijuksköterskan eller den undersköterska som tjänstgjorde på operationssalen. Detta skulle eventuellt kunna påverka anestesijuksköterskans upplevelse eller tolkning av om anestesijuksköterskan har goda kunskaper i uppläsandet och användandet av checklistan. Om anestesijuksköterskan upplever att teamkänslan och patientsäkerheten ökat med checklistan lämnar inget utrymme för vilka förutsättningarna var innan checklistans införande. Det skulle kunna tänkas att både patientsäkerheten, teamkänslan och rutinkontroller redan var goda på operationsavdelningen men ger inget förtydligande i frågorna. Det skulle kunna ge en förklaring till de negativa svaren, men ger samtidigt trots det ett bifall till checklistan genom dem som menar att patientsäkerheten och teamkänslan ökat eller fel har identifierats och undvikits efter checklistans införande. Redan vid pilotstudien framkom antydningar om upplevt motstånd från annan personal inom operationsteamet. Dessa muntliga kommentarer på upplevt motstånd kommer inte heller fram i enkäten då denna inte pekar ut enskild profession eller person. Motstånd från annan personal visade även Karlsson och Nygren (2012) där fler än hälften av anestesijuksköterskorna uppgav att så var fallet.

Diskussion av framtaget resultat

Enligt Katie Eriksson (1987) drivs människor, både patienten och vårdpersonal av en inneboende kraft av tro, hopp och kärlek. Patienten i sin utlämnade situation drivs av tron och hopp om sig själv, om relationer med sin omgivning och om framtiden. Samtidigt är det samma tro och hopp som driver vårdpersonal i sitt arbete. Vårdpersonalen i sin roll tror och hoppas på patientens bästa och sin egen förmåga genom att göra sitt bästa. Detta blir då grunden för att kunna lära, utvecklas och vårda. Kärleken och medkänsla blir själva drivkraften för tro och hopp och själva grunden för det perioperativa vårdandet. Begreppen ansa leka och lära kan ses som det mer konkreta. Ansa inbegriper patientens vitala och basala funktioner. Under en operation är patienten helt utlämnad till operationsteamet och deras yrkeskunnande. Ansa innefattar patientens och operationens förberedelser för att kunna genomföra en operation på ett patientsäkert sett. WHO:s kirurgiska checklista kan vara ett bra hjälpmedel inför, under och efter själva operationsarbetet för att kunna arbeta patientsäkert. Ansa innebär att säkerställa och upprätthålla vitala funktioner samtidigt som själva ingreppet utförs. Leka står för relationer, livslust och integration men även för önskningar och nya

kunskaper. Under en operation är patient och operationsteamet ständigt utsatta för förändringar i patientens förutsättningar. En god kommunikation och ett bra teamarbete under en operation underlättar då för patientsäkerheten. Lärandet låter både patient och operationsteamet mogna genom att utveckla förståelse, självförtroende och tillit till andra. Användandet av både checklisten och Erikssons omvårdnadsteori kan ses som ett stöd för operationsteamet. Både checklisten och omvårdnadsteorin är till för att öka förutsättningarna för patientens bästa då dennes naturliga förutsättningar inte är tillfredställande.

På första frågan om hur anestesijuksköterskan uppfattar att WHO:s kirurgiska checklista används tillfredsställande under planerade och akuta operationer fanns en samsyn. Svaren visade heller inte på någon signifikant skillnad mellan sjukhusen. Totalt på de fyra sjukhusen menade 60 av 68 anestesijuksköterskor att så skedde alltid (eller nästan alltid) vid planerade operationer. På de två sjukhusen med akuta operationer var användandefrekvensen lägre vid akuta operationer. Tillsammans på de två akutsjukhusen menade totalt 21 av 37 anestesijuksköterskor att så skedde alltid (eller nästan alltid) vid akuta operationer. Att anestesijuksköterskan uppfattar att checklisten missas i någon grad vid akuta operationer visade även Karlsson och Nygren (2012) i sitt magisterarbetestudie. I deras arbete framkom även att upp till 16 av 62 anestesijuksköterskor menade att checklisten sällan används vid akuta operationer (a, a). Även Johansson och Nilsson (2011) konstaterade en skillnad i sin studie i användande av checklisten mellan planerade och akuta operationer. Dels framkom användandeskillnad mellan ortopedi och kirurgi men gemensamt för båda var en lägre användandegrad av checklisten vid akuta operationer (a, a). Att checklisten missas i högre grad vid akuta operationer kan vara relaterat till den stress och ökad aktivitet som associeras med en akut operation. Samtidigt är det under stressartade situationer där konsekvenser av misstag kan vara betydande som checklisten i större grad kan fylla sitt syfte (Degani & Wiener, 1990). Under pressade situationer då det är avgörande med snabba och viktiga beslut är checklisten ett stöd i arbetet och kan frigöra mental kapacitet (Thomassen et al., 2011). WHO (2008) lanserade sin kirurgiska checklista just för att vara ett stöd i arbetet under operationsprocessen. Författarnas tolkning av denna studies resultat kan vara att implementeringen av checklisten framskrider. Då checklisten dagligen använts kommer den successivt att ingå som ett naturligt inslag och användandegraden kommer troligen att öka med tiden både vid planerade och akuta operationer.

På andra frågan om hur anestesijuksköterskan uppfattar att användandet av WHO:s kirurgiska checklista leder till ökad patientsäkerhet visade även här en samsyn. Även om det fanns avvikelser fanns det ingen signifikant skillnad mellan sjukhusen. Totalt på de fyra sjukhusen menade 35 av 67 anestesijuksköterskorna att man delvis höll med. Nästan lika många 30 av 67 anestesijuksköterskorna instämde helt i detta. Endast en anestesijuksköterska var tveksam och en anestesijuksköterska instämde inte alls i detta. Orsaken till dessa avvikande uppfattningar framgår inte i en enkätstudie men uppfattas som intressanta åsikter. Att anestesijuksköterskorna uppfattade att checklistan ökar patientsäkerheten behöver inte innebära att checklistan har ökat patientsäkerheten. Det kan istället vara ett tecken på att personalen tagit till sig bakgrunden och anledningen till införandet av den kirurgiska checklistan som något som bör öka patientsäkerheten. Sjukvården har sedan tidigare arbetat med olika kontroll- och checklistor och har sedan tidigare ett stort patientsäkerhetstänkande med kraft av patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Detta kan då även förklara att anestesijuksköterskorna endast delvis eller tveksamt instämde med att det hade identifierats och undvikits fel genom att använda checklistan. Med checklistan involveras hela operationsteamet och öppnar upp för kommunikation mellan professionerna och därmed en ökad patientsäkerhet (Gawande et al., 2003; WHO., 2008; Mazzocco et al., 2009; Rydenfelt et al., 2013).

På den tredje frågan om hur anestesijuksköterskan uppfattar att användandet av WHO:s kirurgiska checklista ökar teamkänslan på operationssalen var svaren olika. Statistisk signifikant skillnad visades mellan sjukhus 2 och sjukhus 3 ($P < 0,039$) samt mellan sjukhus 3 och sjukhus 4 ($P < 0,028$). Samtidigt som svaren hos anestesijuksköterskorna på de fyra sjukhusen pekade på att 31 av 67 instämde delvis i detta fanns inbördes skillnader. Då majoriteten 13 av 22 anestesijuksköterskor på sjukhus 1 ansåg att detta stämde delvis, samtyckte endast 5 av 14 på sjukhus 3 i detta. Samtidigt instämde majoriteten 8 av 14 anestesijuksköterskor på sjukhus 3 helt i detta, medan endast 2 av 14 på sjukhus 2 instämde helt. Utöver detta menade tre anestesijuksköterskor att de inte alls instämde i att checklistan ökat teamkänslan. Även i Karlsson och Nygrens studie (2012) menade majoriteten 61 av 102 anestesijuksköterskor att de endast instämde delvis med att checklistan ökat teamkänslan. Även i deras studie visade att det fanns enstaka anestesijuksköterskor som inte alls instämde i att checklistan ökat teamkänslan (a,a). Orsakerna till dessa åsiktsskillnader framgår inte av enkäten. Det kan tolkas som att det redan tidigare fanns en god teamkänsla samtidigt som det kan tolkas som tveksamt att teamkänslan ökats. Även Johansson och Nilsson (2011) visade att

majoriteten av personalen endast delvis ansåg att teamkänslan ökar. En intressant aspekt är att sjukhus 3 skiljer sig gentemot sjukhus 2 och sjukhus 4 genom att signifikant uppge en ökad teamkänsla. En studie (Makary et al., 2006) med läkare och sjuksköterskor visade att 87 % av kirurgerna uppgav att de hade en god kommunikation med anestesijuksköterskorna. Samtidigt menade endast 58 % av anestesijuksköterskorna att de hade en god kommunikation med kirurgerna. Thomassen et al. (2010) visade på ett motstånd till checklistan från framför allt de äldre och erfarna läkarna och påtalade vikten av positiv inställning från överläkare. En viktig del av checklistan är att få operationsteamet att känna sig som ett team istället för olika professioner som samverkar (Gawande et al., 2003; WHO, 2008; Mazzocco et al., 2009; Rydenfelt et al., 2013).

På fjärde frågan om hur anestesijuksköterskan uppfattar att användningsgraden av WHO:s kirurgiska checklista är tillfredsställande var svaren olika mellan sjukhusen. Signifikansprövningen visade på icke slumpmässiga skillnader mellan sjukhus 1 och sjukhus 2, $P < 0,022$, samt icke slumpmässiga skillnader mellan sjukhus 2 och sjukhus 3, $P < 0,001$. I båda fallen upplevde anestesijuksköterskorna på sjukhus 2 en lägre tillfredsställande användandegrad av checklistan än anestesijuksköterskorna på sjukhus 1 och sjukhus 3. Totalt sett för de fyra sjukhusen fanns lika många anestesijuksköterskor som instämde helt 29 av 68, som instämde delvis, 29 av 68 i hur de uppfattade en tillfredsställande användningsgrad av checklistan. Däremot var de inbördes skillnaderna mellan sjukhusen större. Då majoriteten 11 av 14 anestesijuksköterskorna på sjukhus 3 instämde helt fanns det ingen av deras kolleger på sjukhus 2 som instämde helt. Däremot fanns det två anestesijuksköterskor på sjukhus som ensamma inte alls instämde med en tillfredsställande användningsgrad av checklistan. Även då Karlsson och Nygren (2012) genomförde sin studie fann de fyra anestesijuksköterskor som inte alls instämde med en tillfredsställande användningsgrad. Att anestesijuksköterskorna upplever skillnader i användandegrad av checklistan är intressant. Personliga subjektiva förväntningar av hur checklistan ska följas kan påverka åsikterna. Detta kan då sättas i relation med frågan om personalen fått utbildning i checklistan på arbetsplatsen. Här menade omkring hälften av anestesijuksköterskorna på de fyra sjukhusen att de inte instämde helt i påståendet. Om detta speglar att de fått utbildning på annan arbetsplats eller om det speglar en åsikt i utbildningskvalitet framgår inte i studien. Lika så kan paralleller dras med att cirka hälften av anestesijuksköterskorna menade att checklistan var anpassad till arbetsplatsen och lika många menade att den inte var anpassad till arbetsplatsen. Vidare menade majoriteten av anestesijuksköterskorna att de endast delvis instämde med att ha god kunskap om

uppläsandet och användandet av checklistan. Conley et al. (2011) påtalar skillnader i implementeringen och hur en otydlig implementering ger ett dåligt resultat då teamet inte helt förstår vikten av checklistans införande. Gentemot en genomarbetad och tydlig utbildning tillsammans med entusiasm och vikänsla ger en förutsättning för förståelse och acceptans för checklistan. Hur utbildning och implementeringen av checklistan genomförts framgår inte av denna studie och var aldrig dess avsikt. Thomassen et al. (2011) belyser vikten av stöd från organisationen och dess ledning för en lyckad implementering. Organisationsledningens signaler tillsammans med återkommande CRM träning skulle troligen stärka operationsteamet i dess förhållande till checklistan i implementeringsprocessen. Detta är just det Katie Eriksson (1987) menar med att leka och lära det vill säga träna och utvecklas för att förbättra omvårdnaden och patientsäkerheten. Dock bör vidare studier göras för att belysa orsakerna till de åsiktsskillnader som förekommer i upplevelsen med användande av WHO´s kirurgiska checklista.

Konklusion

Denna tvärsnittsstudie undersökte anestesijuksköterskors uppfattning av att WHO´s kirurgisk checklista används tillfredställande vid kirurgiska ingrepp i Skåne. En enkätundersökning genomfördes våren 2013 och besvarades av 68 anestesijuksköterskor på fyra sjukhus i Skåne. Resultatet av studien visade på att anestesijuksköterskorna samantaget på de fyra sjukhusen upplever att checklistan används alltid eller nästan alltid vid planerade ingrepp men med en lägre frekvens vid akuta ingrepp. Vidare uppfattade anestesijuksköterskorna att både teamkänslan och patientsäkerheten ökat efter checklistans implementering. Dock förekommer fortfarande ett upplevt motstånd i användandet av checklistan från annan personal på operationssalen. Med regelbunden träning i CRM skulle troligtvis checklistans implementeringsgrad och förståelse för dess användande öka.

Referenser

- Ahlberg, J., (2009), Rädda liv och minimera skador – ta en timeout! *Svensk Kirurgi* 67(6), 254-257.
- Björk, J., (2011). *Praktisk statistik för medicin och hälsa*. Stockholm: Liber AB.
- Conley D., Singer S., Edmondson L., Berry W., Gawande A. (2011) Effective Surgical Safty Checklist Implementation. *Journal of American college of surgeons* 2011; 212: 873-879.
- Degani, A., Wiener E. (1990). *Human factors of flight-deck checklists: The normal checklist*. NASA, Ames Research Center, Moffett Field, California.
- de Vries, E.N., Prins, H.A., Crolla, R.M.P.H., den Outer, A.J., van Andel, G., van Helden, S.H., Schlack, W.S., van Putten, A., Gouma, D.J., Dijkgraaf, M.G.W., Smorenburg, S.M. & Boormeester, M.A. (2010). Effects of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *The new England journal of medicine* 363(20), 1928-1937.
- Eide, H. & Eide T., (1997). *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G., (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G., (2005). *Enkäten i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K., (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Ernst & Young. (2009). *Granskning av vårdskador och felbehandlingar*. Region Skåne, Hämtad 2013-01-21 från:
<http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Revisionen/Slutrapport%20V%C3%A5rdskador%20RegSk%C3%A5ne%2010%20sep.pdf>
- Flin, R., O'Connor, P & Crichton, M (2008) *Safety at the sharp end: a guide to non-technical skills*. Aldershot: Ashgate.
- Gawande, A., Zinner, M., Studdert, D., Brennan, T., (2003). Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery*, 133(6), 614-621.
- Grol, R & Grimshaw., J (2003). From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362(9391), 1225-1230.
- Haynes, A.B., Weiser, T.G., Berry, W.R., Lipsitz, S.R., Breizat, A.H., Dellinger, E.P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P.L., Lapitan, M.C., Merry, A.F., Moorth, K., Reznick, R.K., Taylor, B., Gawande, A.A.; Safe Surgery Saves Lives Study Group. (2009). A Surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in global population. *The new England journal of medicine* 360(5), 491-499.
- Institute of Medicine (2001) *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington: National Academy Press.

Johansson, P. & Nilsson, M., (2011). *Operationssjuksköterskans erfarenhet av WHO:s checklista: En enkätstudie*. Magisteruppsats, Lunds universitet, Medicinska fakulteten.

Karlsson, M. & Nygren, M., (2012). *Implementeringsgraden av WHO:s kirurgiska checklista ur ett anestesijüksköterskeperspektiv*. Magisteruppsats, Lunds universitet, Medicinska fakulteten.

Lindh, M & Sahlqvist, L (2012) *Säker vård*. Stockholm: Natur & Kultur.

Mazzocco, K., Petitti, D. B., Fong, K. T., Bonacum, D., Brookey, J., Graham, S. (2009). Surgical team behaviors and patient outcomes. *The American Journal of Surgery* 197, 678-685.

Makary, M., Sexton, J., Freischlag, J., Holzmueller, C., Millman, E., Rowen L., Pronovost, P. (2006) Operating Room Teamwork among Physicians and nurses: Teamwork in the eye of the beholder. *Journal of American college of surgeons* 2006; 202: 746-752.

Nellgård, B. (2009). *Angående införandet av WHO checklista*. Universitetssjukhuset MAS. Hämtad 2013-02-10 från:
http://www.skane.se/upload/Webbplatser%20Internt/SUS%20intern/Divisioner_KlinikerSUS/Kirurgi/Beslut%20WHO%20chechlista%200211_001.pdf

Nilsson, L., Lindberget, O., Gupta, A & Vegfors, M. (2009) Implementing a pre-operative checklist to increase patient safety: a 1-year follow-up of personnel attitudes. *Acta Anaesthesiol Scand* 2010; 54: 176–182.

Panesar, S.S., Noble, D.J., Mirza, S.B., Patel, B., Mann, B., Emerton, M., Cleary, K., Sheikh, A & Bhandari, M. (2011). Can the surgical checklist reduce the risk of wrong site surgery in orthopaedics? - can the checklist help? Supporting evidence from analysis of a national patient incident reporting system. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research* 2011, 6(18).

Rydenfält, C., Johansson, G., Odenrick, P., Åkerman, K & Larsson, PA. (2013). Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements. *International Journal for Quality in Health Care* 25(2) 182–187.

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.

Sexton, J., Thomas, E., & Helmreich, R. (2000). Error, stress and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ*,320(7237), 745-749.

SFS 2010:659 *Patientsäkerhetslagen*.

Socialstyrelsen (2006a) *Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2008) *Tema patientsäkerhet, nr 4*

Hämtad 2013-04-08 från:

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8780/2008-126-36_200812637.pdf

SOSFS 2011:9 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.*

Takala, R. S., Pauniahio, S. L., Kotkansalo, A., Helmiö, P., Blomgren, K., Helminen, M., Kinnunen, M., Takalas, A., Aaltonen, R., Katila, A. J., Peltomaa, K & and Ikonen, T. S. (2011). A pilot study of the implementation of WHO surgical checklist in Finland: improvements in activities and communication. *Acta Anaesthesiologica Scandinavia* 55(10), 1206-1214.

Thomassen, Ø., Espeland, A., Sjøfteland, E., Lossius, H.M., Heltne, J.K. & Brattebø, G. (2011) Implementation of checklists in health care; learning from high-reliability organisations. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 19(53).

Thomassen, Ø., Brattebø, G., Heltne, J.K., Sjøfteland, E., Espeland, A. (2010). Checklists in the operating room: Help or hurdle? A qualitative study on health workers' experiences, *BMC Health Services Research* 10:342.

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2013-04-17 från:
<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wahlgren, J. (2008). *SPSS Steg för steg*. Pozkal, Polen: Studentlitteratur.

Weiser, T. G., Regenbogen, S. E., Thompson, K. D., Haynes, A. B., Lipsitz, S. R., Berry, W. R., Gawande, A. A. (2008). An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet* 372, 139-44.

World health organization. (2008). *Implementation manual WHO surgical safety checklist 1st edition – safe surgery save lives 2008*. Hämtad 2012-12-13 från:
www.who.int/entity/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Manual_finalJun08.pdf

World health organization. (2008). *The second global patient safety challenge*. Hämtad 2013-02-10 från:
http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Bilaga 1 (5)

INFORMATIONSBREV TILL ANSVARIG VERKSAMHETSCHEF

Förfrågan om tillstånd att få genomföra en studie om:

Anestesisjuksköterskans upplevelser av WHO:s checklista för säkerhet vid operationer.

Syftet med vår studie är att undersöka anestesisjuksköterskans uppfattning av kliniskt användande av WHO:s checklista. Den Kirurgiska checklistan har utformats med avsikt att tydliggöra teamet på operationsalen och dess förutsättningar inför operationer. Därigenom ska patientens säkerhet stärkas ur de olika specialistområdena under operationen. Detta ska då med ökad säkerhet medföra en minskad risk för skador, lidande och mortalitet. Tidigare studier har endast riktats till SUS Malmö och Lund. Föreliggande studie ämnar nu undersöka förhållandet på Sjukhus 1, Sjukhus 2, Sjukhus 3 och Sjukhus 4.

Vi vänder oss med en frågeenkät till anestesisjuksköterskorna på klinikerna i Sjukhus 1, Sjukhus 2, Sjukhus 3 och Sjukhus 4. Målet är att sammanlagt få in ett hundratal besvarade enkäter för bearbetning. Det skulle vara en stor fördel om vi själva kunde få närvara på kliniken för att informera personalen om studien och enkätens syfte och värde. Vi hoppas på så sätt få en större förståelse och respons av enkätundersökningen. Deltagande i studien är givetvis frivillig.

Vi önskar att efter ert bifall och i samråd med er genomföra en del av studien på er klinik. Materialet kommer sedan endast att hanteras av oss själva och hållas inlåst för obehöriga. Respondenterna förblir anonyma då enkäterna kommer att avidentifieras.

En ansökan har skickats till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan studien genomförs.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning anestesisjukvård.

För ytterligare information eventuella frågor kontakta oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Helen Askaner
Leg sjuksköterska
Anestesisluderande
xxxxxxxxxx
xxxxxxxxxx
xxxx-xxxxxx
helen.askaner.309@student.lu.se

Kaj Persson
Leg sjuksköterska
Anestesisluderande
xxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxx
xxxx-xxxxxx
kaj.persson.356@student.lu.se

Helena Rosen
Univ.adj.PhD
Handledare
Hälsa, Vård och Samhälle
Lunds Universitet
xxx-xxxxxxx
Helena.rosen@med.lu.se



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

INFORMATIONSBREV TILL ANSVARIG ENHETSCHEFCHEF

Förfrågan om tillstånd att få genomföra en studie om:

Anestesisjuksköterskans upplevelser av WHO:s checklista för säkerhet vid operationer.

Syftet med vår studie är att undersöka anestesisjuksköterskans uppfattning med avseende på kliniskt användande av WHO:s checklista. Den Kirurgiska checklistan har utformats med avsikt att tydliggöra teamet på operationssalen och dess förutsättningar inför operationer. Därigenom ska patientens säkerhet stärkas ur de olika specialistområdena under operationen. Detta ska då med ökad säkerhet medföra en minskad risk för skador, lidande och mortalitet. Tidigare studier har endast riktats till SUS Malmö och Lund. Vår studie ämnar nu undersöka förhållandet på Sjukhus 1, Sjukhus 2, Sjukhus 3 och Sjukhus 4.

Vi vänder oss med en frågeenkät till anestesisjuksköterskorna på klinikerna i Sjukhus 1, Sjukhus 2, Sjukhus 3 och Sjukhus 4. Målet är att sammanlagt få in ett hundratal besvarade enkäter för bearbetning. Det skulle vara en stor fördel om vi själva kunde få närvara på kliniken för att informera personalen om studien och enkätens syfte och värde. Vi hoppas på så sätt få en större förståelse och respons av enkätundersökningen.

Deltagande i studien är givetvis frivillig och sker vid ett tillfälle. Materialet kommer sedan endast att hanteras av oss själva och hållas inlåst för obehöriga. Respondenterna förblir anonyma då enkäterna kommer att avidentifieras.

Vi önskar att få hjälp av Er, för att på lämpligaste sätt komma i kontakt med era anestesisjuksköterskor och våra respondenter. Då vi fått godkännande av vår enkät hos Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) kommer vi åter att kontakta Er.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet -inriktning anestesisjukvård.

För ytterligare information och eventuella frågor, kontakta oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Helen Askaner
Leg sjuksköterska
Anestesistuderande
XXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX
XXXX-XXXXXX
helen.askaner.309@student.lu.s

Kaj Persson
Leg sjuksköterska
Anestesistuderande
XXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXX
XXXX-XXXXXX
kaj.persson.356@student.lu.se

Helena Rosen
Univ.adj.PhD
Handledare
Hälsa, Vård och Samhälle
Lunds Universitet
XXX-XXXXXXX
Helena.rosen@med.lu.se



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Informationsbrev till undersökningsperson

En studie om:

Anestesisjuksköterskans upplevelser av WHO:s checklista för säkerhet vid operationer.

Du tillfrågas i egenskap av anestesisjuksköterska om deltagande i ovan nämnda studie. Syftet med vår studie är att undersöka anestesisjuksköterskans uppfattning av kliniskt användande av WHO:s checklista. Liknande studier har tidigare gjorts och vi ämnar nu undersöka motsvarande förhållanden på Sjukhus 1, Sjukhus 2, Sjukhus 3 och Sjukhus 4.

Den Kirurgiska checklistan har utformats med avsikt att tydliggöra teamet på operationssalen och dess förutsättningar inför operationer. Därigenom ska patientens säkerhet stärkas ur de olika specialistområdena under operationen. Detta ska då med ökad säkerhet medföra en minskad risk för skador, lidande och mortalitet.

Metoden vi använder är en enkätundersökning med flervals frågor. Tidsåtgången att besvara enkäten uppskattas till mellan fem och femton minuter.

Vi har sedan tidigare fått godkännande att genomföra studien av er enhetschef.

Om du accepterar att medverka i vår studie ber vi dig att besvara den bifogade frågeenkäten. Deltagande i studien är givetvis frivilligt och kan avbrytas när som helst utan ifrågasättande.

Materialet kommer sedan endast att hanteras av oss själva och hållas inlåst för obehöriga. Då enkäten inlämnas osignerad och anonym i slutet kuvert kommer endast sjukhustillhörighet att kunna härledas.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesisjukvård.

För ytterligare information och eventuella frågor kontakta oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar:

Helen Askaner
Leg sjuksköterska
Anestesisstuderande
XXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX
XXXX-XXXXXX
helen.askaner.309@student.lu.se

Kaj Persson
Leg sjuksköterska
Anestesisstuderande
XXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXX
XXXX-XXXXXX
kaj.persson.356@student.lu.se

Helena Rosen
Univ.adj.PhD
Handledare
Hälsa, Vård och Samhälle
Lunds Universitet
XXX-XXXXXXX
Helena.rosen@med.lu.se

Enkät:

Anestesisjuksköterskans erfarenhet av WHO`s checklista för säkerhet vid operationer.

1 Din ålder.....

- 2 Arbetar på:
- Sjukhus 1
 - Sjukhus 2
 - Sjukhus 3
 - Sjukhus 4

3 Antal yrkesverksamma år som anestesisjuksköterska

- < 1 år
- 1-5 år
- 6-10 år
- 11-15 år
- > 15 år

4 Jag har på min arbetsplats fått utbildning i användandet av WHO´s kirurgiska checklista

- Instämmer inte alls
- Tveksam
- Instämmer delvis
- Instämmer helt

5 Används WHO´s kirurgiska checklista på din arbetsplats vid planerade operationer?

- Har inga planerade operationer
- Aldrig (eller nästan aldrig)
- Sällan (cirka var fjärde operation)
- Ofta (cirka varannan operation)
- Alltid (eller nästan alltid)

6 Används WHO´s kirurgiska checklista på din arbetsplats vid akuta operationer?

- Har inga akuta operationer
- Aldrig (eller nästan aldrig)
- Sällan (cirka var fjärde operation)
- Ofta (cirka varannan operation)
- Alltid (eller nästan alltid)

7 Har WHO´s kirurgiska checklista anpassats till din arbetsplats?

- Nej
- Ja

8 Jag uppleverer mig ha god kunskap om uppläsning och användandet av WHO´s kirurgiska checklista vid operationer

- Instämmer inte alls
- Tveksam
- Instämmer delvis
- Instämmer helt

9 Jag upplever att införandet av WHO´s kirurgiska checklista har lett till ökad teamkänsla under operation

- Instämmer inte alls
- Tveksam
- Instämmer delvis
- Instämmer helt

10 Jag upplever att införandet av WHO´s kirurgiska checklista har lett till ökad patientsäkerhet under operation

- Instämmer inte alls
- Tveksam
- Instämmer delvis
- Instämmer helt

11 Jag upplever att tidsåtgången för att genomföra WHO´s kirurgiska checklista är hämmande för verksamheten

- Instämmer inte alls
- Tveksam
- Instämmer delvis
- Instämmer helt

12 Jag har upplevt motstånd från annan personal på operationssalen gentemot användandet av WHO´s kirurgiska checklista

- Instämmer inte alls
- Tveksam
- Instämmer delvis
- Instämmer helt

13 Jag har upplevt att fel har identifierats och undvikits genom användandet av WHO´s kirurgiska checklista

- Instämmer inte alls
- Tveksam
- Instämmer delvis
- Instämmer helt

14 Jag upplever en tillfredställande användningsgrad av WHO´s kirurgiska checklista

- Instämmer inte alls
- Tveksam
- Instämmer delvis
- Instämmer helt

Tack för Din medverkan!



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/assistans 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/ anestesi-sjuksköterska och operations-sjuksköterska, operatör bekräftar muntligt
 - patient ID
 - plats för incision
 - planerad operation
- Väntade kritiska moment under operationen
- Anestesipersonalens bedömning: finns några patientspecifika eller anestesiologiska problem?
- Operations-sjuksköterskans bedömning: har sterilitet bekräfrats?
- Finns några problem med utrustning eller annat?
 - Är patienten korrekt upplagd?
 - Operatörens bedömning: vilka kritiska eller oväntade moment finns, operationens längd, förväntad blodförlust?
- Har antibiotikaproylax givits inom de senaste 60 minuterna?
 - ja
 - ej tillämpligt
- Har trombosprofylax 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 behövs uppmärksammas?
 - Operatör, anestesiläkare/ sjuksköterska och operations-sjuksköterska går igenom huvudpunkterna för det initiala postoperativa omhändertagandet
- Vad kan vi lära? Vad kan vi göra bättre nästa gång?

