

# Operationssjuksköterskors beskrivningar av att arbeta med WHO:s checklista för säkerhet vid operationer

FÖRFATTARE	Bodil Lindgren
PROGRAM/KURS	Examensarbete för magister i omvårdnad OM 5130 VT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Susann Strang
EXAMINATOR	Eva Jakobsson Ung

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

## FÖRORD

Jag vill tacka min handledare Susann Strang för ett stort tålamod och engagemang.  
Det hade aldrig gått utan dig!

Jag vill även tacka de operationssjuksköterskor som ställde upp och delade med sig av sina erfarenheter.

*Bodil*

Titel (svensk):	Operationssjuksköterskors beskrivningar av att arbeta med WHO:s checklista för säkerhet vid operationer.
Titel (engelsk):	Surgical nurses descriptions of working with WHO's surgical safety checklist to achieve safety during surgery.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Examensarbete för magister i omvårdnad OM 5130 VT 2014
Arbetets omfattning:	15 Höskolepoäng
Sidantal:	26 sidor
Författare:	Bodil Lindgren
Handledare:	Susann Strang
Examinator:	Eva Jakobsson Ung

---

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** I Sverige utförs varje dag flera tusen kirurgiska ingrepp. Vården förväntas vara effektiv, lönsam och säker. Trots det uppstår komplikationer i 3-16 % av utförda kirurgiska ingrepp. För att förebygga detta har WHO tagit fram en checklista med säkerhetskontroller så att operationslaget får ett tillfälle till en sista kontroll av att allt blivit rätt. Operationssjuksköterskans arbete fokuserar framförallt på patientsäkerhet relaterat till hygien och sterilitet. **Syftet:** Syftet med studien var att undersöka och beskriva operationssjuksköterskans inställning till WHO:s checklista. **Metod:** För att testa metoden gjordes en pilotstudie där tre operationssjuksköterskor intervjuades och datan analyserades med en kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Fyra kategorier kom fram; Ökad patientsäkerhet, förstärkt teamkänsla, god planering, stärkt yrkesroll. **Diskussion:** Resultatet från pilotstudien visade på en positiv inställning till checklistan vilket stämmer väl överens med tidigare forskning. **Slutsats:** Resultatet av pilotstudien visade att operationssjuksköterskan hade gott stöd i sitt arbete då WHO:s checklista användes.

## ABSTRACT

### **Background:**

In Sweden there are several thousand surgical procedures performed every day. The treatment is expected to be efficient, profitable and safe. Despite that, complications occur in 3-16 % of the surgical procedures. To prevent this, WHO has developed a surgical safety checklist containing safety issues to give the surgery team an opportunity to a last control that everything has been properly done. The profession of the surgical nurse focuses mainly on patient safety especially regarding hygiene and sterility.

**Aim:** The aim of the study was to investigate and describe the perceptions of the perioperative nurses regarding WHO: s surgical safety checklist.

### **Method:**

To test the suitability of the method a pilot study was performed where three operating room nurses were interviewed and the data was analyzed using qualitative content analysis.

**Results:** Four categories emerged; Increased patient safety, enhanced team spirit, good planning, stronger professional role.

**Discussion:** The result from the study showed positive perceptions regarding the surgical safety checklist, a fact known from earlier research.

**Conclusion:** The results of the pilot study showed that surgical nurses had good support in their work when the surgical safety checklist was used.

**Keywords:** *surgical safety, perioperative checklist, team briefing, patient safety, perioperative safety, WHO surgical checklist*

## Innehållsförteckning

INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
Säker kirurgi räddar liv.....	1
Checklistans utformning.....	2
Ansvarsfördelningen i operationssalen.....	2
Den perioperativa sjuksköterskans profession.....	3
Patientsäkerhet i samband med operation.....	5
Teoretiska utgångspunkter.....	6
Tidigare forskning.....	7
SYFTE.....	9
METOD.....	9
Urval.....	9
Datansamlingsmetod.....	10
Dataanalys.....	10
Pilotstudie.....	11
Forskningsetiska övervägande.....	14
RESULTAT.....	15
Ökad patientsäkerhet.....	15
<i>Kontroll av patientdata.....</i>	15
<i>Avstämning.....</i>	16
Förstärkt teamkänsla.....	17
<i>Kännedom om personalen i operationssalen.....</i>	17
<i>All personal har samma information.....</i>	18
<i>Teamavstämning.....</i>	18
God planering.....	18
<i>Vara förberedd.....</i>	18
Stärkt yrkesroll.....	19
<i>Dokumentation av arbetsuppgifter.....</i>	19
<i>Synliggör operationssjuksköterskans profession.....</i>	19
DISKUSSION.....	19
Metoddiskussion.....	19
Resultatdiskussion.....	21
SLUTSATS.....	23
REFERENSER.....	24
Bilaga 1 Forskningspersonsinformation	
Bilaga 2 Intervjuguide	

## **INLEDNING**

I Sverige utförs varje dag flera tusen kirurgiska ingrepp. Vården förväntas vara effektiv, lönsam och säker. Medlemmarna i operationslaget fokuserar på patienten så att han/hon ska få en god och säker vård och att patientflödet till och från operationssalen blir effektivt. Världshälsoorganisationen (WHO) rapporterar att i den industrialiserade världen uppstår komplikationer i 3-16 % av utförda kirurgiska ingrepp. I hälften av fallen hade dessa komplikationer kunnat förebyggas. I syfte att förbättra patientsäkerheten inom kirurgin har WHO tagit fram ett förslag till en checklista att användas i samband med operativa ingrepp (WHO, 2008). År 2009 kom den svenska översättningen av denna (Världsalliansen för patientsäkerhet, 2009). Användningen av checklistan samt tolkningen av dess innehåll varierar mellan olika kliniker (Girard, 2009). Ett av målen med checklistan var att öka handlingsberedskapen inför eventuella svårigheter under operationen (Ahlberg & Antoniadou, 2008). En sjuksköterska inom perioperativ vård har god handlingsberedskap och bemödar sig om att vara väl förberedd inför den operation som hon/han ska delta i (Lindwall & Von Post, 2008). Den här studien undersöker hur WHO:s checklista för säkerhet vid operationer påverkar operationssjuksköterskornas arbete med förebyggande patientsäkerhetsåtgärder.

## **BAKGRUND**

### **Säker kirurgi räddar liv**

År 2002 antog WHO en resolution där medlemsländerna uppmanades att fokusera på patientsäkerhet. Nästa steg var skapandet av alliansen "World Alliance for Patient Safety" som lanserades i oktober 2004. Syftet med alliansen var att utveckla och införa säker vård i medlemsstaterna och att driva frågorna internationellt. Alliansen har inriktat sig på 10 olika områden och det första var globala patientsäkerhetsutmaningar (Global patient safety challenge). Den första utmaningen inom detta område var förbättrad vårdhygien (Clean care is safer care). Den andra utmaningen var inriktad mot säker kirurgi (Safe surgery saves lives). Orsaken till varför alliansen valde detta område var att kirurgi är en komplex verksamhet som är belastad med säkerhetsproblem och sett ur ett globalt perspektiv det snabbast växande verksamhetsområdet inom sjukvården (Ahlberg & Antoniadou, 2008). Målsättningen var att samla krafter inom politik och sjukvård för att se över säkerhetsrutinerna i samband med kirurgi och anestesi. Problem med otillräckliga säkerhetsrutiner för anestesi, postoperativa infektioner samt dålig kommunikation mellan medlemmar i operationslag har visat sig vara vanliga orsaker till dödsfall i samband med kirurgiska ingrepp i alla länder och sjukvårdsorganisationer.

För att minska sådana händelser har WHO tagit fram säkerhetskontroller i form av en checklista som kan utföras i vilken operationssal som helst. Checklistan är inte en författning utan kan modifieras och anpassas till de lokala rutiner som råder (Världsalliansen för patientsäkerhet, 2009). Den lanserades officiellt i juni 2008 i

Washington DC, USA. Samtidigt lanserades en enkel statistisk ram där kirurgiska kliniker kan redogöra för sin kirurgiska kapacitet, volym och resultat. Detta möjliggör en jämförelse mellan kliniker inom landet och internationellt (WHO, 2008). Den svenska versionen är översatt och bearbetad i en överenskommelse mellan WHO och Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) (Världsalliansen för patientsäkerhet, 2009). Införandet av checklistan är förenligt med de lagar och föreskrifter som Socialstyrelsen utgivit. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) garanterar medborgarna sjukvård vid behov. Enligt § 28 ska sjukvården vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och en vård av god kvalitet. Vården ska också vara kostnadseffektiv. Vårdens kvalitet ska kontinuerligt utvecklas och arbetet ska vara väl förankrat bland organisationens medarbetare.

### **Checklistans utformning**

Huvudfunktionen med listan är att operationslaget får ett tillfälle till en sista kontroll av att allt blivit rätt innan man når en punkt utan återvändo (Ahlberg & Antoniadou, 2008). Checklistan är indelad i tre delar som motsvarar tre faser i operationsprocessen. Varje fas måste gås igenom innan nästa fas påbörjas:

#### *Förberedelse-Sign in.*

Denna del sker före induktion av anestesi och innehåller kontrollpunkter för identitet, operation och operationsmarkering. Den som är ansvarig för checklistan kontrollerar tillsammans med anestesipersonalen att en säkerhetskontroll för anestesi har genomförts, om det föreligger risk för blodförlust, allergi eller hinder för fria andningsvägar. Operatören behöver inte vara med vid genomförandet av denna del men han/hon kan ha större kännedom om förväntad blodförlust eller andra faktorer som kan orsaka problem.

#### *Time out- Före incision.*

Denna del genomförs omedelbart innan hudincision och innebär att operationslagets medlemmar presenterar sig med namn och roll. Operationslaget bekräftar också att rätt operation utförs på rätt patient och plats. Under time out-perioden kontrolleras att trombos och antibiotika profylax är givet och att röntgenbilder, implantat m.m. finns på plats. Kirurgen och anestesipersonalen redogör för problem som kan uppkomma under den aktuella operationen och operationssjuksköterskan redovisar läget för instrumentering, sterilitet och patientspecifika behov.

#### *Avslutning – Sign out.*

Sista delen genomförs innan patienten lämnar operationssalen. Laget går tillsammans igenom vilken operation

som utförts och hur den postoperativa fasen ska planeras. Operationssjuksköterskan redovisar resultat av instrument- och torkräkning samt att eventuella preparat markerats rätt. Nu finns också tillfälle att samtala om operationens gång och vad som kan göras bättre nästa gång (Ahlberg & Antoniadou, 2008, Världsalliansen för patientsäkerhet, 2009).

### **Ansvarsfördelningen i operationssalen**

Operationslagets medlemmar har egna ansvarsområden beroende på yrkeskategori. Kirurgen och anestesiologygen har det övergripande medicinska ansvaret för den kirurgiska behandlingen. Kirurgens uppgift är att utföra operationen på ett professionellt sätt och ingreppet ska vara det som är planerat tillsammans med patienten. Anesthesiologygen ansvarar för bedömning av patientens vitala funktioner så att rätt anestesiform väljs. Operationssjuksköterskan leder arbetet i operationssalen, assisterar kirurgen och är ansvarig för att den hygieniska standarden upprätthålls. Hon/han är också skyldig att kontrollräkna allt sterilt material som använts. Anestesisjuksköterskans ansvar är att övervaka patientens vitala funktioner samt att kontinuerligt bedöma narkos eller bedövningsresultat. Tillsammans ansvarar de alla för att kontrollera patientens identitet, vilket ingrepp som ska göras och att patienten placeras korrekt på operationsbordet. Den person som ansvarar för sal assistansen medverkar också till att hålla en god hygienisk standard samt att dokumentera i den intraoperativa journalen. Denna funktion kan skötas av en operationssjuksköterska eller en undersköterska. Teamets medlemmar ska också verka för att samarbetet dem emellan fungerar på bästa sätt (Gustafsson & Kolvered 2003; SOSFS 1989:1). Vem som helst som deltar i operationen kan vara ansvarig för att checklistan följs men det är viktigt att denna person är med på salen under hela operationen. Samtliga i operationslaget ska visa respekt för den som ansvarar för checklistan (Världsalliansen för patientsäkerhet, 2009).

### **Den perioperativa sjuksköterskans profession.**

I en operationssal är patienten mycket sårbar då han/hon är påverkad av anestesiläkemedel (Dillon, 2008). Skador som uppstår på patienten under ett operativt ingrepp får allvarliga konsekvenser och den perioperativa personalen behöver ha god kännedom om vilka preventiva åtgärder som bör göras (Rothrock, 2005). De vanligaste komplikationerna under och efter kirurgi är oväntade stora blödningar, infektioner, kirurgi på fel kroppsdel samt komplikationer vid anestesi (Ahlberg, 2009). Bristande kommunikation inom arbetslaget är en av de främsta orsakerna till allvarliga incidenser under operationen (Schimpff, 2007).



Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor syftar till att tydliggöra sjuksköterskans profession och yrkesutgivning så att patienten erhåller en god och säker vård. Sjuksköterskan ska ha förmåga att tillämpa kunskaper inom omvårdnad och medicin samt att självständigt planera och utföra patientens omvårdnad. Hon/han ska organisera teamarbetet runt patienten och dokumentera enligt gällande författningar. Sjuksköterskan ska också kunna kommunicera med patienter och personal på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. I händelse av oprofessionellt yrkesutövande hos kollegor ska hon/han kunna agera på ett lämpligt sätt. Professionen innebär att självständigt utföra eller medverka i undersökningar och behandlingar och då tillgodose patientens behov av trygghet och välbefinnande. Oklara instruktioner eller ordinationer ska ifrågasättas och hon/han ska ha förmåga att motverka komplikationer i samband med sjukdom, vård och behandling. Sjuksköterskan ska verka för att förebygga smitta och smittspridning genom att arbeta utifrån hygieniska principer och rutiner. Hon ska följa gällande författningar, riktlinjer och rutiner samt ha kunskap om avvikelshantering och anmälningsskyldighet enligt Lex Maria. Sjuksköterskan ska medverka i fortlöpande kvalitets och säkerhetsarbete (SOSFS 2005:12).

Den perioperativa sjuksköterskan är specialistutbildad inom anestesi- eller operationssjukvård (Lindwall & Von Post, 2008) och han/hon arbetar i en komplex och mångfacetterad profession som återfinns inom flera olika specialistområden (Gustafsson & Kolvered 2003). Perioperativ omvårdnad bedrivs inom kirurgisk verksamhet såsom operationssjukvård, traumavård, endoskopiverksamhet, interventionell radiologi m.m. (Rothrock, 2005). WHO:s definition av operation omfattar alla ingrepp som utförs oavsett storlek i en fullt utrustad operationssal och som vanligtvis kräver någon form av anestesi (WHO, 2008). Den kirurgiska verksamheten har genomgått en stark utveckling och många nya tekniker har utvecklats. Som exempel kan nämnas robotkirurgi, minimalinvasiv kirurgi, radiofrequency och kryobehandling (Rothrock, 2005). Nya operationsmetoder för också med sig nya instrument, ny apparatur och nya material (Vårdförbundet, Riksföreningen för Operationssjukvård, 2006).

Dagens kirurgiska verksamhet är styrd av produktionskrav och det hårda finansiella klimatet kräver att de högteknologiska operationssalarna utnyttjas maximalt. Denna utveckling ökar risken för misstag och konkurrerar med säkerhetsarbetet (Schimpff, 2007). Ett sådant klimat förhindrar professionell utveckling och kan i längden leda till att den perioperativa sjuksköterskan inte längre ser sin patient som en individ (Lindwall & Von Post, 2008). I en undersökning gjord av Vårdförbundet och Riksföreningen för Operationssjukvård (2006) framkommer att operationssjuksköterskorna saknar tid för att diskutera och reflektera kring olika tekniker. Den perioperativa omvårdnaden består inte bara av den kirurgiska behandlingen och dess tekniker utan även vårdprocessen och den perioperativa dialogen med patienten ingår (Lindwall & von Post, 2008).

Operationssjuksköterskan är specialistutbildad inom hygien, logistik och teknik vid ett operativt ingrepp och hon/han är också en klar ledare inom sitt kunskapsområde. Ett kunskapsområde som framför allt rör patientsäkerhet relaterat till hygien och sterilitet. Arbetet sker i en miljö som är sluten för omvärlden. I rapporten från Vårdförbundet och Riksföreningen för Operationssjukvård (2006) beskrivs att de övriga medlemmarna i operationslaget, anestesin, operatören, undersköterskan, rör sig utanför den slutna världen medan operationssjuksköterskan själv är kvar inne i den. Då operationssjuksköterskan oftast träffar patienten först på operationsavdelningen sker planeringen inför den aktuella operationen utifrån generella rutiner (Gustafsson & Kolvered, 2003) Det är inte vanligt med pre-eller postoperativa möten med patienterna men då det sker får operationssjuksköterskan möjlighet till egen planering och egen kontroll. Hon/han får en bättre helhetsbild av patienten (Vårdförbundet, Riksföreningen för operationssjukvård, 2006.)

### **Patientsäkerhet i samband med operation**

Eftersom varje kirurgiskt ingrepp är förenat med risk är den perioperativa omvårdnaden inriktad på att förebygga skador och att förutse problem innan de uppstår (Rothrock, 2005). Att ha en effektiv och god kommunikation är väsentligt för att kunna leverera en högkvalitativ och patientsäker vård. Trots det är det just kommunikationsbrister inom personalgruppen som leder till att flest antal patienter kommer till skada (Leonard, Graham & Bonacum, 2004). I en observationsstudie gjord av Lingard et al. (2004) visade det sig att vid drygt 1/3 av operationerna fanns kommunikationsbrister. Den vanligaste situationen var att informationen kom fram alltför sent för att kunna användas på ett adekvat sätt. Det ledde till att en situation som kunnat lösas på ett tidigt stadium istället blev akut. En vanlig orsak till kommunikationsbrist är att läkare och sjuksköterskor kommunicerar på olika sätt men även hierarkiska strukturer påverkar kommunikationen negativt. Standardiserade verktyg som används vid en kort genomgång (briefing) kan effektivt underlätta kommunikationen mellan personalen i operationssalen (Leonard et al., 2004).

Operationssjuksköterskans huvudfunktion är arbetet med att utveckla patientsäkerheten genom en god planering (Kolvered, Öhlén, Åkesdotter & Gustafsson, 2011). Patienten ska inte vara sövd längre än nödvändigt och vävnaderna ska blottas så kort tid som möjligt för att undvika postoperativ infektion (Panelius & Varisto, 1989). Operationssjuksköterskan behöver ta hänsyn till flera olika faktorer för att kunna planera sitt arbete. Inför varje ingrepp bör en individuell bedömning göras av patienten då ytterligare instrument förutom de standardiserade kan behövas (Leonard et al., 2004). En del kirurger föredrar att arbeta med vissa instrument vilket inte alltid framgår av operationsavdelningens standarddokument (Riley, Manias, 2006). Vissa tillstånd kan förlänga operationstiden och därigenom påverka patienten negativt (Rothrock, 2006). Till exempel kan kirurgen oväntat stöta på adherenser i buken och det kan vara en tidsödande procedur att lösa dessa (Tingstedt, 2010).

Tumörkirurgi avser ibland att kartlägga tumörens art och utbredning men då maligna tumörer kan växa och

infiltrera omgivande vävnader och organ kan även detta resultera i förlängd operationstid (Cedermark & Ringborg, 2009). En operation som varar mer än två timmar ökar risken betydligt för trycksår (Panelius & Varisto, 1989).

## **Teoretiska utgångspunkter**

Omvårdnadsvetenskapen har sitt utgångsläge i sjuksköterskeprofessionen och försöker utveckla och utvärdera sjuksköterskans arbetsuppgifter. Avsikten är att ge svar på *hur*-frågor. Det kan till exempel vara att utvärdera olika vårdprogram eller studera hur sjuksköterskan upplever olika arbetsuppgifter. Eftersom vårdandet ska utgå från beprövad erfarenhet bör vården vara evidensbaserad. Evidensbaserad vård innebär att integrera teori och praktik så att vi gör det vi vet, och inte något annat. För att inte fastna i metodproblem är det viktigt att diskutera evidensbegreppet i ett vidare perspektiv så att vårdandets innehåll och substans inte glöms bort. Diskussionen bör även omfatta *vad*-och *varför*-frågorna. *Varför*-frågan ger svar på motivet till att evidensbasera vården medan *vad*-frågan lyfter fram vårdandets innehåll och behandlar patienters upplevelser av god vård.

Vårdvetenskap är en vetenskap som beskriver vårdandets substans, det vill säga vad som är god vård. Fokus ligger på vårdandet och dess fenomen, inte vårdarens arbetsuppgifter. Vårdvetenskapen besvarar *vad*-frågor.

Den är substansfokuserad och strävar efter att utveckla kunskapen om vårdandets företeelse. Den vårdvetenskapliga begreppsapparaten och dess teoribildning kan användas som redskap för att förändra och utveckla sjuksköterskans arbetsområde. Genom att reflektera, hitta mönster och sammanhang i teorin och relatera dessa till varandra produceras kunskap som är relevant i den kliniska vardagen (Wiklund, 2003).

Virginia Hendersons vårdteori passar i perioperativ vård då hon fokuserar på individen, det fysiska omhändertagandet och tryggheten. Enligt Henderson består sjuksköterskans arbetsuppgift i att hjälpa individen att utföra sådana åtgärder som främjar hälsa och tillfrisknande, åtgärder som individen själv skulle ha gjort om kraften fanns. Målet är att individen så snart som möjligt återfår sitt oberoende. När patienten är sövd för operation har sjuksköterskan rätt att bestämma vad som är bäst för patienten.

Henderson beskriver fjorton komponenter som ingår i allmän omvårdnad men dessa kan även anpassas till den perioperativa vården. Några exempel på dessa faktorer är:

- Att hjälpa patienten att andas.
- Att hjälpa patienten inta lämplig kroppsställning.
- Att hjälpa patienten till vila och sömn.
- Att hjälpa patienten hålla kroppstemperaturen inom normala gränser.
- Att skydda patienten mot skador och infektioner.

Hendersons synsätt är både humanistiskt och biologiskt naturvetenskapligt. Omvårdnaden bör vara grundad på

forskningsbaserad kunskap men hänsyn måste tas till individens unika egenskaper. Hon framhäver även samarbetet mellan de olika yrkesgrupperna runt patienten och hon varnar för skarpa gränsdragningar mellan omvårdnad och medicinsk behandling. Varje profession har sin unika funktion men teamets överlappande gemensamma uppgifter ska inte underskattas (Kirkevold 2000, Panelius & Varisto, 1989).

## **Tidigare forskning**

Under arbetet med att hitta artiklar som ringar in forskningsområdet hittades många studier som främst fokuserat på antal komplikationer per-och postoperativt. Dessa artiklar togs inte med. De artiklar som refereras till i studien har hittats via databaserna PubMed och Scopus och via de aktuella artiklarnas referenslistor. Endast artiklar skrivna på engelska användes. De sökord som användes i olika kombinationer var *surgical safety*, *perioperative checklist*, *team briefing*, *patient safety*, *perioperative safety*, *WHO surgical checklist*.

Litteratursökningen resulterade i 12 artiklar under åren 2005-2012. Fyra artiklar berörde checklistor i allmänhet och åtta var publicerade efter införandet av WHO: s checklista. Flertalet artiklar är kvantitativa och ett standardiserat frågeformulär är vanligt förekommande.

Den tidigare forskningen i ämnet handlar huvudsakligen om patientsäkerhet, kommunikation och teamarbete men det beskrivs även att arbetet blir mer patientcentrerat. I forskningen om patientsäkerhet finns bl.a. en studie av Alfredsdottir & Bjornsdottir (2007) där operationssjuksköterskor beskrev att deras huvudsakliga uppgift var att arbeta med patientsäkerhet och förebyggande säkerhetsarbete. Här fyllde checklistan en stor funktion och den var speciellt viktig när man arbetade i ett högt tempo. En annan studie av Thomassen, Brattebø, Heltne, Söfteland & Espeland (2010) beskriver hur checklistan skapade säkerhet i ovana situationer och miljöer. Införandet av checklistan förde också med sig en förbättring av standardutrustningen och skapade mer ordning och reda.

Flera studier (Lingard et al.2005, 2008; Nilsson, L., Lindberget, O ., Gupta, A & Vegfors, M. 2010; Böhmer et al.2012; Haynes et al. 2012) fann att oavsett personalkategori så ansågs att checklistan skapade en möjlighet att identifiera och lösa problem innan de uppstått. Enligt Nilssons et al.(2010) ansåg 93 % av respondenterna att checklistan ökade patientsäkerheten och Allard, J., Bleakley, A., Hobbs, A., Coombes, L, (2011) beskrev att säkerhetsklimatet i operationssalen uppfattades som bra när checklistan användes kontinuerligt. Flertalet av respondenterna i Haynes et al. (2012) studie angav att de skulle vilja att personalen använde checklistan om de själva skulle behöva genomgå en operation.

Lingard et al. (2005) fann att checklistan ökade effektiviteten och minskade utrustningsrelaterade förseningar genom bättre planering. Sjuksköterskorna upplevde att de fick en ökad kunskap beträffande patientens

sjukdomshistoria och det kirurgiska ingreppet. Kirurgen kunde svara på operationstekniska frågor innan operationen påbörjats. Nilsson et al. (2010) bekräftar detta i sin studie där endast operationssjuksköterskorna och undersköterskorna ansåg att de fick ny information genom checklistan. Lingard et al. (2005, 2008) fann att alla personalkategorier inte var representerade under briefingen då de ansåg att de hade viktigare saker att göra. Trots det framkom att antalet kommunikationsmissar mellan personalen sjönk drastiskt efter införandet av checklistan. Ytterligare studier (Sotiris, C., Papaspyros., Kalyana, C., Javangula., Rajeshwara, K & O'Regan, D. 2010; Nilsson et al. 2010; Kearns, R J., Uppal, V., Bonner, J., Robertson, J., Daniel, M & McGrady, E M. 2011; Böhmer et al. 2012; Takala et al. 2011) har visat på att kommunikationen mellan team medlemmarna förbättrades och det beskrevs (Sotiris et al. 2010) att checklistan förstärkte professionalismen och skapade ett lärande klimat. Checklistan ökade också team känslan hos personalen vilket var mycket uppskattat (Lingard et al. 2005,2008).

I Böhmers et al. (2012) studie tyckte medlemmarna i operationslaget att checklistan gav en bättre kännedom om de individer som befann sig i operationssalen. I en studie gjord av Paige et al. (2008) fick respondenterna skatta både sig själva och arbetskamraterna i operationslaget beträffande beteende i samarbetet dem emellan. Skattningen gjordes både före och efter införandet av en checklista. Individens självskattning förändrades inte signifikant efter införandet av checklistan men däremot noterade kollegorna att de andra individernas beteende förbättrades.

I en studie (Thomassen et al., 2010) framkom problem vid införandet av checklistan. Personalen ansåg att den störde arbetsgången med onödiga kontroller och försämrade samarbetet mellan sjuksköterskorna och läkarna. Dessa problem försvann när checklistan successivt blivit integrerad i arbetsrutinerna och personalen enats om vem som skulle ansvara för uppläsningen av den. Samarbetet mellan läkare och sjuksköterskor förbättrades och kirurgerna beskrev att det blev lättare att be sjuksköterskan om ytterligare instrument. Det beskrevs också att det blev lättare att införa checklistan om cheferna har en positiv inställning till den. Erfaren personal var ibland kritisk till checklistan och ansåg den onödig. Tre personer i Lingards et al. (2005) studie, varav en sjuksköterska ansåg att informationen som kom fram under briefingen var överflödigt då alla beslut redan var fattade. I en studie ( Sotiris et al., 2010) beskrevs att checklistan ökade fokus på patienten och istället för ytterligare ett ingrepp synliggjordes människan. Alfredsdottir & Bjornsdottir (2007) beskriver i sin studie att operationssjuksköterskorna ansåg att deras syfte med omvårdnaden var att arbeta patientcentrerat. Endast en av artiklarna (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2007) är inriktad mot operationssjuksköterskornas arbetsområde medan de övriga berör alla de personalkategorier som arbetar i en operationssal. Detta motiverar till ytterligare forskning beträffande checklistans påverkan på operationssjuksköterskans förebyggande säkerhetsarbete.

## **SYFTE**

Syftet med denna studie är att undersöka och beskriva operationssjuksköterskans inställning till WHO:s checklista för säkerhet vid operationer.

Frågeställningar:

Vad finns det för fördelar med checklistan?

Vad finns det för nackdelar med checklistan?

## **METOD**

Utifrån syftet att på ett djupare plan undersöka operationssjuksköterskors inställning till en specifik arbetsmetod valdes en kvalitativ metod. Det finns då en möjlighet att studera utvalda data på djupet (Patton, 1990). En kvalitativ ansats innebär att forskningen utgår från respondenternas perspektiv i ett naturligt sammanhang (Alveson & Sköldberg, 2008). Den kvalitativa metoden bygger på ett holistiskt perspektiv där forskaren strävar efter att förstå ett fenomenets komplexitet (Patton, 1990). Metoden är lämplig för att utforska människors erfarenheter, upplevelser, tankar, förväntningar, motiv och attityder. Kvalitativa metoder lämpar sig också för att granska dynamiska processer som interaktion och utveckling (Patton, 1990). Målet med den kvalitativa forskningen är inte att förklara utan att förstå. Metoden kan ge svar på frågor som Vad är...? Vad betyder...? Hur går... Till? (Polit & Beck, 2012). Resultaten från forskningen kan användas som en plattform för åtgärder som avser att förbättra omvårdnaden. Kvalitativ forskning kan skapa ett medvetande hos sjuksköterskan i olika situationer och därmed öppna för nya lösningar (Polit & Beck, 2012). I en kvalitativ studie är forskaren instrumentet då dennes kunskaper, noggrannhet och erfarenhet kan påverka resultatet (Patton, 1990). Det är därför nödvändigt att forskaren är medveten om sin roll under datainsamlandet (Polit & Beck, 2012). I den kvalitativa forskningen används oftast intervjuer i någon form (Patton, 1990). Syftet med intervjun är att få respondenterna att med egna ord beskriva sina erfarenheter och tankar runt ett fenomen (Polit & Beck, 2012). För att testa metoden gjordes en pilotstudie där tre operationssjuksköterskor intervjuades (se nedan).

### **Urval**

I kvalitativa studier används för det mesta ett litet ändamålsenligt urval av respondenter. Detta för att fånga personer som har god kunskap inom området och är villiga att dela med sig av den (Polit, Beck, 2012). Vanligtvis används en heterogen grupp av respondenter för att få en variation men helst bör inte mer än någon enstaka person vara avvikande (Trost, 2010). Urvalet kommer att bestå av operationssjuksköterskor som är

yrkesverksamma på en operationsavdelning inom västra Götalands regionen. Sjuksköterskorna ska ha arbetat med WHO:s checklista för säkerhet vid operationer och för att få en bredd i materialet eftersträvas en variation i tjänstgöringsår. Inga begränsningar har gjorts beträffande kön eller ålder på informanterna. I den fullskaliga studien kommer 15-20 operationssjuksköterskor att intervjuas. Antalet personer som ska intervjuas styrs av materialets mättnad, det vill säga när ingen ny information kommer fram (Patton 1990).

### **Datainsamlingsmetod**

För att samla in data kommer en semistrukturerad forskningsintervju att genomföras. Intervjuerna kommer att utföras med hjälp av en intervjuguide. Den semistrukturerade intervjuformen tillåter respondenterna att berätta fritt med sina egna ord. De kan själva avgöra hur mycket de vill lämna ut och det finns möjlighet att förklara och förtydliga. Forskarens roll är att uppmuntra informanterna att berätta sina historier men även att hålla en struktur i intervjun (Polit & Beck, 2012). Detta innebär också att forskaren blir medskapande i processen (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuguiden används för att säkerställa att frågeområdet täcks och att alla respondenter får möjlighet att lämna sina synpunkter inom området. Inom intervjuguiden finns möjlighet att ställa följdfrågor så att fokus hålls på det aktuella ämnet (Patton, 1990). Vårdenhetscheferna på respektive operationsavdelning kommer att informeras om studien och tillfrågas om lämpliga respondenter. En forskningspersoninformation skickas till de operationssjuksköterskor som visat intresse för att delta i studien. Efter en vecka kommer de att kontaktas via telefon för att tillfrågas om deltagande. Intervjuerna kommer att genomföras i ett enskilt rum på respondenternas arbetsplats. Datainsamlingen beräknas ta 30-60 min och kommer att spelas in med bandspelare. Intervjuns huvudfrågor fokuserar på fördelar och nackdelar med WHO:s checklista. Dessa följs upp med följdfrågor för att utveckla ämnet ytterligare.

### **Dataanalys**

Den insamlade datan kommer att analyseras med en kvalitativ innehållsanalys då denna metod lämpar sig väl vid tolkning av texter (Graneheim & Lundman, 2004). Den metodologiska ansatsen är induktiv och innebär att texten analyseras förutsättningslöst utifrån de mönster som framkommer (Patton, 1990). Från respondenternas data försöker forskaren dela in texten i meningsbärande begrepp, se mönster, likheter och samband (Polit & Beck, 2012). Texten bör ses i sitt sammanhang med en medvetenhet om respondenternas historia och vilken kultur de verkar inom. Texten kommer också att analyseras med fokus på det konkreta innehållet men en viss abstraktion och tolkning kommer att behövas för att resultatet ska bli begripligt och meningsfullt. Intervjun skrivs ut ordagrant och texten läses igenom flera gånger för att helheten ska framkomma. Analysprocessen kommer sedan att utföras i flera steg. Första steget är att identifiera meningsenheter som består av ord, meningar och textstycken som genom sitt innehåll hör ihop. Dessa meningsenheter kommer sedan att kondenseras så att texten blir mer lätthanterlig och endast det väsentliga bevaras. Det kondenserade materialet

abstraheras och kodas efter sitt innehåll. Koderna blir forskarens redskap för att reflektera över datan på ett nytt sätt. Koder med liknande innehåll samlas i kategorier. Varje kategori kan rymma flera underkategorier på olika abstraktionsnivå, se tabell 1. En kategori svarar på frågan ”Vad?” och beskriver innehållet i texten (Granheim & Lundman, 2004).

### **Pilotstudie**

För att testa metoden genomfördes en pilotstudie. Syftet med pilotstudien var att testa intervjuguidens validitet. Kvaliteten på forskningsmaterialet är direkt kopplad till datainsamlingstekniken. När pilotstudiens intervjuer analyseras blir det tydligt om frågorna täcker in ämnesområdet. Här finns då en möjlighet att justera intervjuguiden (Gillham, 2008). Via personlig kännedom kontaktades tre operationssjuksköterskor på tre olika operationsavdelningar. Alla kunde tänka sig att delta i studien. Information om studien och dess frågor lämnades på telefon. Forskningspersonsinformationen skickades via internpost till respektive operationssjuksköterska när tid för intervjun var bestämd. Intervjuerna genomfördes på respondenternas arbetsplats utanför arbetstid och tog ca 30 minuter vardera. Till stöd för intervjuerna användes en intervjuguide (se bilaga 2). Intervjuguidens huvudfrågor kompletterades med följdfrågor. Intervjuerna analyserades sedan enligt Lundman och Granheims metod (2004). De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant till text. Texten lästes flera gånger för att få en samlad överblick. De meningsbärande enheter som passade till frågeställningarna överfördes till tabell 1. Därefter kondenserades och kodades dessa. Kodning innebär att sätta en etikett på de meningsbärande enheterna. Koderna sammanställdes sedan i underkategorier och kategorier som presenteras i tabell 2.



**Tabell 1.** Exempel på kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim, Lundman (2004).

<b>Meningsenheter</b>	<b>Kondensering</b>	<b>Kod</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Kategori</b>
Det är alltid bra inför en operation att när vi startar time in ska alla stanna upp och lyssna. En person säger, nu har vi denna personen här med namn och personnummer. Detta ingreppet ska vi göra. Då är det dubbelkoll egentligen att det är samma information vi fått allihopa.	Det är bra med time in inför en operation. Då ska alla stanna upp och lyssna när en person dubbelkollar patientens personuppgifter. Så att alla har fått samma information.	Samling av all personal när informationen om patienten läses upp.	Kontroll av patientdata.	Ökad patientsäkerhet
Sedan att man går igenom vem som är med på salen. Då kan det ju vara kandidater eller studenter med som också får presentera sig. Man kan ju också vara med helt nya kollegor som man inte känner.	Man går igenom vem som är med på salen. Alla får presentera sig. Det kan vara kollegor, kandidater eller studenter man inte känner.	Presentation av operationslagets medlemmar och deras uppgifter.	Personal-känedom	Förstärkt teamkänsla

<p>Det kan ju vara någonting som jag inte har kunnat läsa mig till i den skrivna journalen eller i operationsanmälan. Ibland kan det vara väldigt kryptiskt. Man kanske inte hinner ringa kirurgen innan operationen och fråga hur vi ska göra detta och om det behövs några extra instrument. Det är bra om vi har det här eller det här inne.</p>	<p>Det är inte alltid man kan läsa i journalen eller i operationsanmälan hur ingreppet ska göras och vilka extra instrument som kan behövas.</p>	<p>Förberedelse inför ingreppets art och instrumentering.</p>	<p>Vara förberedd.</p>	<p>God planering.</p>
<p>I andra hand är det ju bra för mig som operationssjuksköterska. Juridisk avcheckning. Alla sådana här ansvarsområden som vi har. Det vi känner att vi har ansvar för som operationssjuksköterskor.</p>	<p>Det är bra för operationssjuksköterskan att hennes ansvarsområden checkas av och dokumenteras. Att hennes ansvarsområde tas på allvar.</p>	<p>Operationssjuksköterskans ansvarsområde dokumenteras.</p>	<p>Dokumentation av arbetsuppgifter.</p>	<p>Stärkt yrkesroll.</p>

## Forskningsetiska övervägande

Utgångspunkten för ett forskningsetiskt övervägande är individskyddskravet som skyddar individen mot psykiskt eller fysisk skada, förödmjukelse eller kränkning. Forskaren ska väga värdet av den nya kunskapen mot risken för negativa följder för forskningspersonerna (Vetenskapsrådet). Ny kunskap leder till nya ställningstaganden som kräver reflektion. En reflektion som bör göras med intuition, förnuft, samvete och empati (Statens Medicinsketiska Råd). Det är viktigt att forskaren är medveten om att datainsamlingen är en möjlig intervention som kan starta en process hos intervjupersonerna och därmed orsaka obehag (Malterud, 2009). Risker med denna studie är att de intervjuade uttalar sina åsikter och i förlängningen blir oroliga för följder. Detta är en minimal risk då deltagarna kommer att vara anonyma och allt material kommer att avidentifieras. Nyttan med studien är att de intervjuade blir medvetna om sina reflektioner och detta i sin tur kan leda till modifieringar av användandet av WHO:s checklista.

Studier som utförs under en högskoleutbildning på grundnivå eller på avancerad nivå behöver inte göra en prövning i etikprovningsnämnden (SFS:2008:192). En forskningspersonsinformation är dock utarbetad och godkänd av ansvarig kursledare innan den kommer att lämnas till studiedeltagarna. För att uppnå en balans mellan forskningen och individskyddskravet finns fyra huvudkrav utgivna av det humanistiska – och samhällsvetenskapliga rådet (HSVR) år 2002.

**Informationskravet** innebär att studiedeltagarna informeras om syftet med studien och hur den kommer att genomföras. Det ska även framgå att det är frivilligt att delta och att de när som helst kan avbryta sin medverkan. Dessa uppgifter finns i forskningspersonsinformationen tillsammans med namn och telefonnummer till de ansvariga för studien. **Samtyckeskravet** gäller alltid då deltagarna ska göra en aktiv insats. Personerna som deltar i studien ska själva bestämma villkoren för sitt deltagande. Om de väljer att avbryta studien ska detta inte medföra negativa följder för dem. **Konfidentialitetskravet** innebär att studiematerialet avidentifieras och förvaras så att ingen utomstående kan ta del av det. Då intervjuerna kommer att genomföras med hjälp av bandspelare kommer banden att raderas efter transkribering. **Nyttjandekravet** medför att det insamlade materialet endast får användas i forskningssyfte. Då deltagarna i studien har rätt att ta del av materialet finns möjligheten att kontakta författaren i förekommande fall.

## RESULTAT

I resultatet framkom fyra kategorier med 8 subkategorier som beskriver operationssjuksköterskans inställning till WHO:s checklista, se tabell 2.

**Tabell 2.** Kategorier och subkategorier.

Kategori	Subkategori
Ökad patientsäkerhet	Kontroll av patientdata Avstämning
Förstärkt teamkänsla	Personalkännedom Samma information Teamavstämning
God planering	Vara förberedd
Stärkt yrkesroll	Dokumentation av arbetsuppgifter Synliggör operationssjuksköterskans profession.

### Ökad patientsäkerhet

#### Kontroll av patientdata

Samtliga operationssjuksköterskor upplevde att patientsäkerheten ökade då genomgången av checklistan utfördes. Alla uppgifter om patienten lästes upp högt då all personal var samlad. Patientens namn och personnummer dubbelkollades och kirurgen fick redogöra för vilken operation som skulle göras och på vilken sida. Upplägget av patienten kontrollerades och kunde korrigeras i de fall kirurgen hade andra önskemål. Det fanns också en möjlighet att se över instrumenten en sista gång och se om ytterligare material behövdes.

*”jag ser faktiskt bara fördelar. Sen är det ju det här med patientsäkerheten överhuvudtaget. Man ska ju inte missa någonting. Om det är någon antibiotika som ska ordineras som inte är ordinerad då kan man ta det då...*

”

Operationssjuksköterskorna ansåg att det blev lättare att få en uppfattning om operationstidens längd då både operation- och anestesi sidan fick redogöra för patientspecifika problem. Det beskrevs att tiden som lades på checklistan sparade tid i slutändan. En av operationssjuksköterskorna berättade att de hade modifierat checklistan något så att den skulle passa deras verksamhet. Under det preoperativa samtalet som operationssjuksköterskan hade med patienten kunde ytterligare information komma fram. Det kunde innebära uppgifter som inte var noterade i patientjournalen men ändå hade betydelse för patientens välbefinnande. Ibland uppgav patienten att han/hon var känslig för häfta eller hade skör hud. Då påtalade operationssjuksköterskan detta för resten av teamet under time outen och om hon skulle bli avlöst för rast så visste de andra detta.

*”att man går igenom att det kanske är en nickelallergi, då staplar vi inte patienten utan då syr vi med resorberbar sutur...”*

*”tar man det på en sån gemensam samling så har ju alla hört det och det kan ju vara den som är pass på sal som säger: nej men patienten ska inte ha ett sådant här förband”*

Det hände också att patienten visade sig vara latexallergisk och då fick kirurgerna nya handskar innan operationen började. Operationssjuksköterskorna hade redan latexfria handskar så instrumenten var inte kontaminerade. Samtliga operationssjuksköterskor uppgav att det var många felaktiga händelser som kunde ha fått konsekvenser för patienten, nästan dagligen sa en av deltagarna. Det hände ibland att patienter som skulle opereras inte var sidomarkerade när de kom till operationsavdelningen. Det innebar en fördröjning då operationslaget fick vänta på kirurgen innan patienten kunde sövas. Vissa kirurger ansåg att operationssjuksköterskan kunde hitta dessa uppgifter i journalen men med stöd från WHO: s checklista sövdes inte patienten förrän detta var klart. Vid dessa händelser upplevdes arbetet med checklistan som mycket säkert både för patienten och för operationspersonalen.

## Avstämning

I slutet av operationen räknade operationssjuksköterskorna igenom instrumenten och suturnålarna så att dessa stämde. Vid vissa operationer användes många väldigt små suturnålar och det hände flera gånger att en sådan nål var borta. En av sjuksköterskorna beskrev att de hade koll på nålarna genom att sätta dem på magnetplattan men ibland ville kirurgen återanvända någon av dem och då var det lätt att en kom bort. Checklistans avslut gjorde det lättare för sjuksköterskan att informera teamet om att en nål var borta. Då övergick ansvaret till kirurgen som fick avgöra om de skulle leta efter den.

*”och sen att jag tittar på mitt område, att alla instrument och nålar finns på plats. Om inte, är det dags att flagga för det då så att man kan göra en extra koll, kanske ta in en röntgenapparat...”*

Tillsammans gick teamet igenom vad som blivit gjort och om man gjort som det var tänkt. Preparaten som tagits kontrollerades av operationssjuksköterskan och bekräftades av kirurgen.

*”och då kan jag upprepa att: ja vi har skickat tre körtlar kanske och en bit av lungan och då bekräftar kirurgen att det är rätt...”*

Innan patienten lämnade operationssalen gick operationslaget igenom det postoperativa omhändertagandet. Det hände ofta att kirurgen satte sig och gick igenom punkterna på den inplastade checklisten.

Operationssjuksköterskorna upplevde detta som mycket positivt då ingenting blev missat i vårdkedjan och det fanns en fortsatt plan för patienten.

### **Förstärkt teamkänsla**

Kännedom om personalen i operationssalen

Genom att alla medlemmar i operationslaget presenterade sig med namn och roll underlättades samarbetet dem emellan. Många gånger närvarade studenter under operationerna och det var inte helt ovanligt att någon svimmade. Bakom operationsrock och munskydd kunde inte operationssjuksköterskan veta vem personen ifråga var. Då det var stora rekonstruktioner kunde operationslagen arbeta ihop med andra team och det ansågs viktigt att ha kännedom om allas kompetens.

*”man kan ju vara med helt nya kollegor. Känner inte någon. När man vet vem personen är, är det lättare att be om hjälp...”*

Det framkom tydligt i intervjuerna att det var kirurgerna som styrde om det skulle bli en bra eller dålig arbetssituation. Fortfarande kunde en del kirurger vara motstridiga och raljera över checklisten. En operationssjuksköterska berättade att i de lägena tröttnade hon och insisterade inte på att de skulle gå igenom checklisten. Det bästa var om det var narkosläkaren som tog på sig ansvaret. Då fanns det mer pondus bakom genomgången av checklisten.

*”Narkossköterskan eller pass på sal är inte så glada i att läsa upp checklisten, det känns väldigt motigt och de vill ha lite mer stöd. Det är ju ett gemensamt ansvar vi har så det är väldigt tråkigt...”*

All personal har samma information

Innan operationen startade gick teamet tillsammans igenom de kritiska momenten och hur dessa kunde lösas. Informationsutbytet inom gruppen förstärkte känslan av samarbete då alla hade möjlighet att göra sin röst hörd. Dessutom upplevde operationssjuksköterskorna att alla arbetade mot samma mål och fokus låg på patienten.

*”Det är jätteskönt att jobba om alla på salen, narkospersonalen och vi på operation är medvetna om vad det är vi ska göra och vilka svårigheter...”*

Teamavstämning

Efter operationen gick laget igenom händelseförloppet för att utvärdera arbetet och se vad som kunde göras bättre nästa gång. När detta fungerade så ansåg operationssjuksköterskorna att detta var ett bra tillfälle för nytt lärande inom gruppen. Operationssjuksköterskorna tyckte att detta var ett ansvar som vilade på kirurgen och upplevde ibland att avslutningen hastades igenom onödigt fort. Många gånger var kirurgen stressad och hade bråttom ut från salen.

*”Det är inte om det händer någon incident, allting behöver inte vara av ondo utan det kan ju faktiskt vara så att man löste det väldigt bra och det kan man ta med sig till en annan gång...”*

**God planering**

Vara förberedd

Operationssjuksköterskorna upplevde att de var mer förberedda när checklistans punkter bockades av. För nya sjuksköterskor hade den stor betydelse, det upplevdes som tryggt att ha en checklista.

*”checklistan är extremt skönt att ha när man är ny. Jag älskar checklistor!”*

För övrigt försökte man alltid planera instrument och material med god marginal. Det fanns alltid extra instrument med på salen som inte var uppackade. Det hände ibland att den operationsanmälan som gjorts var ofullständig eller felaktig. Detta kunde medföra en annan teknik under operationen än den som operationssjuksköterskan hade planerat för. Även tidsmässigt hade detta stor betydelse då operationstiden kunde bli både kortare och längre.

*”om det är något vi inte har planerat för så finns det ju ändå en möjlighet att ratta in det i hyfsat god tid...”*

## **Stärkt yrkesroll**

### Dokumentation av arbetsuppgifter

Checklistan gav en säkerhet till operationssjuksköterskorna då deras ansvarsområden uppmärksammades och checkades av. En av respondenterna beskrev att det kändes som att hennes arbete togs på allvar och dokumenterades. Det ansågs självklart att steriliteten var garanterad men det fanns ändå en möjlighet att ta upp något som var oklart. Operationssjuksköterskorna var även ansvariga för funktionskontrollen av den apparatur som skulle användas under operationen. Dessa två punkter satte fokus på operationssjuksköterskornas arbetsuppgifter och upplevdes som en juridisk säkerhet.

### Synliggör operationssjuksköterskans profession

Det var ofta operationssjuksköterskan som tog steget till att starta en time out. Trots protester från en del läkare lämnades skalpellen inte över till kirurgen förrän punkterna på checklistan var genomförda. Detta kunde ibland upplevas som en maktkamp. En sjuksköterska beskrev det som att kirurgerna fortfarande raljerade över checklistan och egentligen inte tyckte den var nödvändig. Det beskrevs som att läkarna tramsade igenom punkterna. De flesta av de här incidenterna hände vid introduktionen av checklistan och minskade efterhand.

*”sen förstod de ju själva att den som är löjlig är ju den som inte tycker att den behövs...”*

Operationssjuksköterskorna var noga med att dokumentera i journalen om checklistan inte genomfördes för då hamnade ärendet på chefläkarens bord. De ansåg inte att det var deras sak att strida för checklistan mer än vad de gjorde. Ingen av respondenterna hade stött på någon operationssjuksköterska som var negativ till checklistan.

*”jag tycker det är jättebra för operationssjuksköterskan med checklistan för då är vi inte bara någon som står där och langar instrument och du får minsann hålla reda på dina grejer...”*

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Syftet med pilotstudien var att ytterligare bearbeta studiens grundidé och metodval. Metodvalet styrs av forskningsproblemet och syftet med undersökningen (Trost, 2010) och i detta fall anser jag att en kvalitativ metod lämpade sig väl. Eftersom frågeställningen rörde operationssjuksköterskans inställning till en specifik arbetsmetod gav metoden ett brett perspektiv på ämnet. Sjuksköterskorna delade med sig av sina erfarenheter och känslor kring sitt arbete. En kvantitativ metod hade inte tillåtit informanterna att fördjupa sig i sina svar



kring det som de fann meningsfullt. I denna pilotstudie var informanterna relativt nyutexaminerade operationssjuksköterskor med lika lång erfarenhet. För att öka resultatets trovärdighet i den större studien är det viktigt att informanternas ålder och erfarenhet får ett större spann. Även manliga operationssjuksköterskor bör inkluderas. Eftersom en kvalitativ studie använder sig av få respondenter finns en risk för missvisande resultat då ett bekvämlighetsurval av respondenter används. Det finns en risk att de utvalda respondenterna inte är de personer som ger mest information (Polit & Beck, 2012). Vid genomförandet av pilotstudien var detta ett snabbt och bekvämt sätt att testa intervjuguiden på. Respondenterna i denna studie gav ett rikligt material. Troligtvis för att de kände författaren och ville göra sitt bästa. Informanterna kom ifrån olika arbetsplatser med olika kulturer vilket ger en bredd i materialet. Den kvalitativa forskningsintervjun är ett bra redskap för att få reda på respondentens tankar och åsikter kring det undersökta ämnet (Trost, 2010). Den har en flexibilitet men även en struktur så att kvaliteten på datan blir god (Gillham, 2008). Trost (2010) menar att målsättningen med intervjun är att se respondentens verklighet för att sedan tolka den utifrån det teoretiska perspektivet och den givna situationen. De öppna frågorna gav en variation och fyllighet i svaren och följdfrågorna fick ibland användas för att hålla samtalet inom ämnet. En styrka med metoden var att alla intervjuer genomfördes på samma vis av samma person. Därigenom minskar risken för bias vilket kan påverka resultatet. För att inte missa eller missförstå något respondenterna sagt spelades intervjuerna in, något som Polit & Beck (2012) starkt förordar. Kvale & Brinkmann (2009) menar att intervjuaren är själva forskningsverktyget och bör vara väl insatt i ämnet samt ha goda kunskaper om mänskliga interaktioner. Styrkan med intervjuarens baskunskaper ger en möjlighet att plocka upp valda delar i respondentens svar för att sedan följa upp dessa på ett produktivt sätt (Gillham, 2008). Jag anser att min förförståelse av det undersökta ämnet är god men intervjutekniken bör övas upp. Den ovana situationen har troligtvis påverkat min förmåga att vara helt fokuserad samt att inte forcera svaren från respondenten. Denna insikt kommer jag att ta med mig till fullskalestudien och arbeta vidare med.

En pilotstudie med så få informanter ger inget övertygande vetenskapligt resultat men är ett bra tillvägagångssätt för att testa datainsamlingsmetoden så att den undersöker det som var ämnat att undersökas. Eftersom studiens syfte uppnåddes och svar på forskningsfrågorna erhöles anser jag att intervjuguidens validitet var hög. Fördelen med att vara bekant med respondenterna sedan innan var att situationen trots allt inte kändes obekvämt. Nackdelen med detta bekvämlighetsurval är att det finns en viss risk att respondenterna konstruerar sina svar för att vara till lags. Detta försökte jag vara medveten om under intervjun och såg inga sådana tendenser. Det finns också en liten risk att forskaren identifierar sig med intervjupersonerna och tolkar texten ur deras perspektiv (Kvale & Brinkman, 2009). Trots att texterna har analyserats objektivt utan någon mall kan det inte uteslutas att författarens förförståelse kan ha påverkat tolkningen av texterna. För att komma till kärnan av den insamlade datan sker en process av datareduktion vilket innebär såväl urval som tolkning. Det är

nödvändigt med en viss reduktion av den insamlade datan för att läsaren ska kunna uppfatta vad som finns där (Gillham, 2008). Genom att koda och koncentrera texten skapas en struktur och materialet blir överskådligt (Kvale & Brinkman, 2009). Resultatets validitet/trovärdighet avgörs av hur sanningsenligt intervjuerna återges (Gillham, 2008). För att bibehålla karaktären i det ursprungliga materialet har jag valt ut vissa citat från respondenterna. Citaten bidrar också till att öka trovärdigheten (Graneheim & Lundman, 2004). För att resultatet ska anses vara giltigt behöver representativa karaktäristika som överensstämmer med syftet lyftas fram. Pilotstudiens resultat överensstämmer med resultaten från tidigare forskning inom ämnet och detta bidrar till att höja studiens trovärdighet (Kvale & Brinkmann, 2009).

### **Resultatdiskussion**

Resultatet från pilotstudien visade på en positiv inställning till WHO:s checklista men respondenterna beskrev också att de ibland fick stå på sig för att kunna genomföra genomgången av den. Den negativa inställningen till checklistan var oftast av övergående natur vilket stämmer väl överens med tidigare forskning men fortfarande var det kirurgen som styrde om det blev en bra eller dålig arbetssituation. Thomassen et al. (2010) fann att erfaren personal ibland kunde vara kritisk till checklistan och de ansåg den onödig. Om någon kirurg raljerade över checklistan eller inte ville använda den insisterade inte operationssjuksköterskan utan dokumenterade att den inte använts. Alla respondenterna tyckte det var bra om någon med pondus tog på sig ansvaret att gå igenom checklistan. Ibland tog narkosläkaren på sig detta ansvar och det ansågs bra.

Samtliga operationssjuksköterskor i pilotstudien ansåg att patientsäkerheten ökade då checklistan användes. De beskrev hur det nästan dagligen uppstod händelser som kunde ha fått negativa konsekvenser för patienten. Detta stämmer väl överens med resultaten från Alfredsdottirs & Bjornsdottirs (2007) studie där operationssjuksköterskorna ansåg arbetet med patientsäkerhet som mycket viktigt. En av deltagarna i pilotstudien beskrev att checklistan även gav ett slags ”juridisk säkerhet” då hennes ansvarsområden var avcheckade. Medlemmarna i operationslaget har olika ansvarsområden beroende på yrkeskategori och operationssjuksköterskan har som uppgift att ansvara för sterilitet och hygien (Gustafsson et al. 2003). Hon/han ansvarar också för att rätt material är på plats och att apparaturen fungerar (Vårdförbundet, Riksföreningen för operationssjukvård, 2006).

Även checklistans avstämning upplevdes som positiv och två av respondenterna menade att det blev lättare för operationssjuksköterskan att informera teamet om att någon nål eller instrument saknades. Då övergick ansvaret till kirurgen som fick avgöra om de skulle leta efter dem. Det hände ibland att kirurgen tog sig tid efter operationen och gick igenom alla punkterna vid avstämningen. Detta upplevdes som mycket positivt och innebar att det fanns en postoperativ plan för patienten.

Under en operation är patienten påverkad av läkemedel och kan själv inte ta ansvar för sin säkerhet (Dillon, 2008). Henderson menar att en av sjuksköterskans arbetsuppgifter är att hjälpa individen med de åtgärder som han/hon själv skulle ha gjort om kraften fanns. När patienten är sövd ligger ansvaret på sjuksköterskan.

Respondenterna i Haynes et al. (2012) studie angav att de skulle vilja att checklistan användes om de själva skulle opereras. En av de vanligaste komplikationerna till kirurgi är ingrepp på fel kroppsdel (Ahlberg, 2009) och deltagarna i pilotstudien beskrev hur patienten kunde komma till operationsavdelningen utan att vara sidomärkt.

Schimpff (2007) menar att dagens slimmade organisation ökar risken för misstag då säkerhetsarbetet kommer i andra hand. Tidigare studier (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2007; Lingard et al. 2005) har visat hur viktig checklistan är när tempot är högt vilket även respondenterna i pilotstudien ansåg. Det beskrevs att tiden som lades på checklistan sparade tid i slutändan.

En annan aspekt som två av respondenterna poängterade var att teamkänslan inom operationslaget ökade vilket Lingard et al. (2005) tidigare påvisat. Samarbetet ökade när alla hade presenterat sig och beskrivit sin uppgift. Speciellt viktigt var detta när man arbetade ihop med andra team. Henderson menar att varje profession har sin funktion och plats inom teamet och de gemensamma uppgifterna ska inte underskattas (Kirkevold, 2000; Panelius & Varisto, 1989).

Alla på salen fick en möjlighet att ställa frågor och bidra med information om patienten. Enligt Nilsson et al. (2010) ansåg operationssjuksköterskorna och undersköterskorna i studien att de fick ny information genom checklistan. Respondenterna beskrev att informationsutbytet mellan de olika personalkategorierna förtydligade vad som skulle göras och vilka eventuella svårigheter de kunde stöta på. Tidigare studier (Leonard et al. 2004) har beskrivit just kommunikationsbrister som en stor riskfaktor för vårdskador. I drygt 1/3 av alla operationer förekommer brister i kommunikationen (Lingard et al. 2004).

Operationssjuksköterskorna i pilotstudien beskrev också att arbetet upplevdes som mer patientcentrerat. All personal hade samma mål och patienten var i fokus. Lindvall & von Post (2008) har beskrivit hur en slimmad organisation kan leda till att personalen inte ser sin patient som en individ.

Som operationssjuksköterska är det viktigt med en god planering (Kolvered et al. 2011) och respondenterna i studien ansåg att checklistan gav dem ett gott stöd i detta arbete. Framförallt som ny operationssjuksköterska gav checklistan en trygghet. En av respondenterna beskrev att hon blev stärkt i sin yrkesroll då hennes arbetsuppgifter togs på allvar och dokumenterades i ett protokoll. Hon var inte längre en person som bara langade instrument.

## SLUTSATS

Resultatet av pilotstudien visade att operationssjuksköterskan hade gott stöd i sitt arbete då WHO:s checklista för säkerhet vid operationer användes. Checklistan förde med sin en trygghet även för erfarna operationssjuksköterskor.

Genom att använda checklistan minskade felkällorna och i de fall där fel upptäcktes fanns en chans att åtgärda dessa innan de orsakat någon skada. Checklistan förhindrar också fel orsakade av den mänskliga faktorn. Som människa löper man alltid en risk att missa, missuppfatta eller missförstå information. Resultatet bekräftar tidigare forsknings positiva resultat för checklistan.

Som operationssjuksköterska försöker man alltid ligga steget före med material och beredskap för oväntade händelser. Trots det kunde checklistan föra med sig ytterligare information som respondenterna var tvungna att förhålla sig till. Sist men inte minst pekar resultatet på att genom att använda WHO:s checklista får patienten en god och säker vård under ett operativt ingrepp. Fokus ligger på vårdandet och inte i var och ens specifika arbetsuppgifter. Tillsammans bidrar teammedlemmarna med sina specifika kunskaper och tillsammans löser teamet eventuella problem.

Något oväntat påpekade en av respondenterna att hon som operationssjuksköterska blivit synlig på ett annat sätt och inte bara som service personal till kirurgen. Studien som Vårdförbundet och Riksföreningen för Operationssjukvård (2006) gjorde visade att operationssjuksköterskorna ibland känner sig underordnade andra kompetenser och därmed inte blir respekterade.

Men hur man ska göra för att stärka operationssjuksköterskorna i sin profession får bli en fråga för framtida studier.

## REFERENSER

- Ahlberg, J., & Antoniadou, I. (2008). Säker kirurgi räddar liv- ska Sverige vara med? *Läkartidningen*, 105, (8), 544-547.
- Ahlberg, J. (2009). Rädda liv och minimera skador – ta en time out! *Svensk kirurgi*, 67, (6), 254-257.
- Alfredsdottir, H., & Bjornsdottir, K. (2007). Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 61, (1), 29-37.
- Allard, J., Bleakley, A., Hobbs, A., & Coombes, L. (2011). Pre-surgery briefings and safety climate in the operating theatre. *BMJ Quality & Safety*, 20, 711-717.
- Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2008). *Tolkning och Reflektion. Vetenskapsfilosofi och Kvalitativ metod. 2:a uppl.* Lund: Studentlitteratur.
- Böhmer, A.B., Wappler, F., Tinschmann, T., Kindermann, P., Rixen, D., Bellendir, M., ... Gerbershagen, M.U. (2012). The implementation of a perioperative checklist increases patients' perioperative safety and staff satisfaction. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 56, 332-338.
- Cedermark, B., & Ringborg, U. (2007). Tumörer. I B. Hamberger & U. Haglund (Red.) *Kirurgi*. (s. 102-110). 7:e uppl. Liber AB Stockholm.
- Dillon, KA. (2008). Time Out: An Analysis. *Aorn Journal*, 88, (3), 437-442.
- Gillham, B. (2008) *Forskningsintervjun Tekniker och genomförande*. Lund: Studentlitteratur
- Girard, N, J. (2009). The inside of a time out. *Aorn Journal*, 89, (4), 808,650.
- Graneheim, UH., & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2):105-12.
- Gustafsson, Å.B., & Kolvered, M. (2003). *PeriOP-VIPS – att dokumentera perioperativ omvårdnad enligt VIPS-modellen*. Lund: Studentlitteratur.
- Haynes, A., Weiser, T., Berry, W., Lipsitz, S., Breizat, A-H., Dellinger, P., ... Gawande, A. (2012). Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Quality & Safety*, 20, 102-107.
- Kearns, R. J., Uppal, V., Bonner, J., Robetson, J., Daniel, M., & McGrady, E. M. (2012). The introduction of a surgical safety checklist in a tertiary referral obstetric centre. *BMJ Quality & Safety*, 20, 818-822.
- Kolvered, M., Öhlén, J., & Åkesdotter Gustafsson, B. (2012). Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 449-457.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier-analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality & safety in health care*, 13 (1) 85-90.
- Kvale, S., Brinkmann, S., & Torhell, S.-E. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Lindwall, L., & Von Post, I. (2008). Habits in Perioperative Nursing Culture. *Nursing Ethics*, 15, 670.
- Lindwall, L., & Von Post, I. (2008). *Perioperativ vård – att förena teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur.
- Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, GR., Reznick, R., ... Doran, D. (2004). Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality & Safety in Health Care*, 13 (5), 330-334
- Lingard, L., Espin, S., Rubin, B., Whyte, S., Colmenares, M., Baker, G. R., ... Reznick, R. (2005). Getting teams to talk: development and pilot implementation of a checklist to promote interprofessional communication in the OR. *Quality & Safety in Health Care*, 14, 340-346.
- Lingard, L., Regehr, G., Orser, B., Reznick, R., Ross, G., Doran, D., ... Whyte, S. (2008). Evaluation of a Preoperative Checklist and Team Briefing Among Surgeons, Nurses and Anesthesiologists to Reduce Failures in Communication. *Archives of Surgery*, 143, (1).
- Malterud, M. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, L., Lindberget, O., Gupta, A., & Vegfors, M. (2010). Implementing a pre-operative checklist to increase patient safety: 1- year follow-up of personell attitudes. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 54, 176-182.
- Paige, J., Aaron, D., Yang, T., Howell, S., Hilton, C., Cohn, I., & Chauvin, S. (2008). Implementation of a Preoperative Briefing Protocol Improves Accuracy of Teamwork Assessment in the Operating Room. *The American Surgeon*, 74, (9), 817-823.
- Panelius, M., & Varisto, H. (1989). *Perioperativ vårdlära*. Lund: Studentlitteratur.
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. SAGE Publications California.
- Polit, D., & Beck, C. (2012) *Nursing research Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9th edition). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Riley, R., & Manias, E. (2006). Governance in operating room nursing: Nurses knowledge of individual surgeons. *Social Science & Medicin*, 62, (6).1541-1551.
- Rothrock, J.C. (2005). *Alexander's care of the patient in surgery*. (13th ed.). San Antonio: Mosby Elsevier.
- Schimpff, S. (2007). Improving Operating Room and Perioperative Safety: Background and Specific Recommendations. *Surgical Innovation*, 14, (2), 127-135. SOSFS 2005:12

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Hämtad från WWW 2009-04-20 <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-12>

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från WWW 2009-04-18 [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

SOSFS (1989). Socialstyrelsens föreskrifter om åtgärder för att förhindra förväxlingar inom hälso-och sjukvården 1989:1

Svensk författningssamling, Hälso –och sjukvårdslag ( 1982:763).

Sotiris, C., Papaspyros., Kalyana, C., Javangula., Rajeshwara, K., & O'Regan, D. (2010). Briefing and debriefing in the cardiac operating room. Analysis of impact on theatre team attitude and patient safety. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery*, 10, 43-47.

Svensk författningssamling. Lag om etikprövning av forskning som avser människor: SFS 2003:460. [läst 2013-07-05]. Tillgänglig: <http://62.95.69.3/SFSdoc/03/030460.PDF>

Svensk författningssamling. Lag om ändring i lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor: SFS 2008:192. [läst 2013-07-05].

Takala, K., Pauniah, S-L., Kotkansalo, A., Helmiö, P., Blomgren, K., Helminen, M., ... Ikonen, T. S. (2011). A pilot study of the implementation of WHO Surgical Checklist in Finland: improvements in activities and communication. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 55, 1206-1214.

Tingstedt, B. (2010). Abdominal adhesions a big clinical problem. *Svensk kirurgi*, 68(6).

Thomassen, Ö., Brattebø, G., Heltne, J-K., Söfteland, 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.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. 4:e uppl. Lund : Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 2014-05-14 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Vårdförbundet och Riksföreningen för Operationssjukvård. (2006). *Att vara självklar- att tillhöra en profession i praktiken, att vara operationssjuksköterska*. Stockholm.

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

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap I klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

World Health Organization. (2008). *Safe surgery saves lives. Second global patient safety challenge*.

# **Bilaga 1**

## **Forskningspersonsinformation**

Operationssjuksköterskors inställning till att arbeta med WHO:s checklista för säkerhet vid operationer.

### **Studiens bakgrund.**

Eftersom varje kirurgiskt ingrepp är förenat med risk är den perioperativa omvårdnaden inriktad på att förebygga skador och att förutse problem innan de uppstår. I syfte att förbättra patientsäkerheten inom kirurgin har WHO tagit fram ett förslag till en checklista att användas i samband med operativa ingrepp. Ett av målen med checklistan var att öka beredskapen inför eventuella svårigheter under operationen. Den här studien undersöker hur WHO:s checklista för säkerhet vid operationer påverkar operationssjuksköterskornas arbete med förebyggande patientsäkerhetsåtgärder.

Syftet med denna studie är att undersöka och beskriva operationssjuksköterskans inställning till WHO:s checklista för säkerhet vid operationer. Du tillfrågas om deltagande eftersom Du arbetar som operationssjuksköterska på en operationsavdelning.

### **Studiens genomförande**

Om du väljer att delta så kommer Du att bli intervjuad. Samtalet kommer att spelas in med hjälp av bandspelare och kommer att ta ca 30-60 minuter. Det inspelade samtalet skrivs sedan ned ordagrant och texten kommer att analyseras. Alla personuppgifter behandlas konfidentiellt enligt personuppgiftslagen(SFS 1998:204) och kommer inte att kunna härledas till Dig som enskild person. Deltagandet i studien är frivilligt och Du kan när som helst avbryta Din medverkan utan att ange orsak. Din framtida yrkesutövning kommer inte att påverkas. Resultatet kommer att presenteras som ett examensarbete vid Göteborgs Universitet.

Om du har några frågor kan du vända dig till någon av nedanstående personer.

### **Ansvariga för studien**

(student)

(handledare)



# Bilaga2

## Intervjuguide

Frågor:

1. Vad finns det för fördelar med checklistan?
2. Vad finns det för nackdelar med checklistan?

Följdfrågor:

- Vad menar du då?
- Kan du utveckla detta?
- Kan du ge något exempel på när du varit hjälpt av checklistan?
- Hur kände du då?
- Är det något mer du vill tillägga?