



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

PERIOPERATIV KOMMUNIKATION

En observationsstudie angående
operationsteamets följsamhet vid *Kontroll inför
operationsstart* av Checklista för säker kirurgi 2.0

Marie Björkebro

Uppsats/Examensarbete:	15 hp Specialistsjuksköterskeprogrammet
Program och/eller kurs:	Operationssjukvård/OM5340
Nivå:	Magisternivå
Termin/år:	VT 2021
Handledare:	Sofia Erestam
Examinator:	My Engström

Titel svensk	Perioperativ kommunikation. En observationsstudie angående operationsteamets följsamhet vid <i>Kontroll inför operationsstart</i> av checklistan för säker kirurgi 2.0
Titel engelsk:	Perioperative communication. An observational study of the surgical teams' compliance regarding <i>Control before surgery</i> in the Surgical Safety Checklist 2.0
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet Operationssjukvård
Nivå:	Grundnivå/Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2021
Handledare:	Sofia Erestam
Examinator:	My Engström
Nyckelord:	Patientsäkerhet, teamarbete, kommunikation, operationssjuksköterska, checklista för säker kirurgi 2.0, följsamhet

Sammanfattning

Bakgrund: Skador orsakade inom vården är ett problem som medför onödigt lidande, död och stora ekonomiska förluster. Världshälsoorganisationen (WHO) startade ett globalt samarbete för att förbättra säkerheten inom kirurgi vilket resulterade i Surgical Safety Checklist (SSC). Införandet medförde förbättringar av patientsäkerhet, teamarbete och kommunikation som resulterade i minskad mortalitet och morbiditet. SSC har modifierats under årens gång, där följsamheten till utförandet har betydelse för dess utfall. Ökat förändringsbehov resulterade i en ny svensk version: Checklista för säker kirurgi 2.0. **Syfte:** Belysa operationsteamets följsamhet kring användningen av Checklista för säker kirurgi 2.0 gällande delen *Kontroll inför operationsstart*. **Metod:** En kvantitativ och icke deltagande strukturerad observation utfördes på en operationsenhet vid 22 tillfällen. Ett strukturerat observationsschema användes för att dokumentera operationsteamets följsamhet. **Resultat:** Följsamheten till delmomentet *Kontroll inför operationsstart* uppmättes till 72%. Initiering utfördes av undersköterskan vid tolv tillfällen jämfört med åtta av operatör. Genomsnittlig tidsåtgång för genomgång uppmättes till 1 minut och 24 sekunder där alla ordinarie teammedlemmar hade full närvaro, förutom anestesilog som deltog vid fyra tillfällen av 22. Alla punkter besvarades i rätt ordning och av rekommenderad profession enligt checklistans manual. Av alla 264 möjliga punkttillfällen utelämnades 14 punkter helt och 60 utfördes ofullständigt. **Slutsats:** Den nya versionen används korrekt vid *Kontroll inför operationsstart* gällande; ordningsföljden för punktgenomgången och vilken profession som besvarar vilken punkt. Följsamheten är relativt hög i studien, även om informationen från den nya versionens tillhörande manual inte har hör sammats fullt ut, vilket framförallt gällde punkterna; *Patientpresentation* och *Planerad operation och sida*, där utförandet inte skedde korrekt enligt manualen. Rekommendationen att initiering skall ske av operatör följs inte och anestesilognärvaro under aktuell studie är mycket låg. Checklistan bidrar till informationsöverföring och kommunikationstillfällen för teamet, som uppvisar en patientsäkerhetskultur med teamarbete av god kvalitet där både patientsäkerhet och

personcentrering kan ses. **Nyckelord:** patientsäkerhet, teamarbete, kommunikation, operationssjuksköterska, Checklista för säker kirurgi 2.0, följsamhet

Abstract

Background: Medical errors caused by the Healthcare is a problem that entails unnecessarily suffering, death and large economic loss. World Health Organization started a global collaboration to improve safety in surgery which resulted in the Surgical Safety Checklist (SSC). The implementation has led to improvement in patient safety, teamwork, and communication and as a result decreased mortality and morbidity. SSC has been modified during time, where compliance with the design is important for its outcome. Increased need for change resulted in a new Swedish version: Surgical Safety Checklist 2.0. **Aim:** To illustrate the compliance of the surgery team using the Surgical Safety Checklist 2.0 regarding the part *Control before surgery*. **Method:** A quantitative and non-participant structured observational study was performed at one surgery unit on 22 occasions. A structured observation schedule was used to document the compliance of the surgical team. **Results.** Compliance with *Control before surgery* was measured at 72%. Initiation was performed by the assistant nurse twelve times compared to eight times for the surgeon. Average time required for review was 1 minute and 24 seconds and all ordinary team members had full presence except for the anaesthesiologist that participated in four times out of 22. All items were answered in the correct order and by the recommended professions from the instruction manual. Fourteen items were neglected, and 60 items were incomplete out of total 264. **Conclusion:** The new version is used correctly for the section *Control before surgery*, regarding the point review and which profession who answered which point. Compliance is relatively high although the information from the new manual has not been fully complied and correct used regarding the items: Presentation of the patient and Planned surgery and site. The recommendation that initiation should take place by the surgeon is not followed and the presence of anaesthesiologist during the current study is exceptionally low. The checklist contributes to information transfer and communication opportunities for the team, which exhibits a patient safety culture with good quality teamwork where both patient safety and patient centred care can be seen.

Key words: Patient safety, teamwork, communication, operating theatre nurse, Surgical Safety checklist 2.0, compliance

Förord

Jag skulle vilja tacka min handledare Sofia Erestam med två citat som jag finner väl beskrivande för vårt samarbete och den synergi som skapats: ***“It takes two hands to clap”*** och ***“Själva kan vi göra lite, tillsammans kan vi göra mycket”***

Ett stort tack till operationsenheten som tog emot mig mitt under en pågående pandemi. Ni har alla visat på mod genom att låta mig granska er och en vilja till att låta säkerhetsklimatet få en betydande plats på avdelningen.

En varm kram av fullkomlig kärlek till min familj som stundvis har fått ***“älska mig mest när jag förtjänat det minst.”***

Till sist så vill jag påminna mig själv att om jag någon gång i framtiden utför liknande arbete, så ska jag inte glömma att ***“en resa på tusen mil börjar med ett steg”***. Dessutom är det bara onödigt att tvivla på sig själv.

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	2
2.1 Patientsäkerhet och vårdskador	2
2.1.1 Patientsäkerhet som systemmodell och barriärfunktion	2
2.1.2. Patientsäkerhet inom den komplexa operationssjukvården	3
2.2 Patientsäkerhetskultur	4
2.2.1 Perioperativ säkerhetskultur	4
2.3 Teamarbete	4
2.3.1 Teamarbete inom operationssjukvården	4
2.3.2 Den perioperativa sjuksköterskans roll	5
2.3.2.1 Kärnkompetenser i samband med perioperativ omvårdnad	6
2.4 Kommunikation	6
2.4.1 Perioperativ kommunikation	7
2.5 Kommunikationsverktyg	7
2.5.1 WHO Surgical Safety Checklist (SSC)	7
2.5.1.1 Design	8
2.5.1.2 Implementering	9
2.5.1.3 Följsamhet	10
2.5.2 Checklista för säker kirurgi 2.0	10
2.5.2.1 Design	11
3. PROBLEMFÖRMULERING	11
4. SYFTE	12
5. METOD	12
5.1 Design	12
5.2 Urval	12
5.3 Mätverktyg	13
5.4 Datainsamling	13
5.5 Dataanalys	14
5.6 Forskningsetiska överväganden	14
5.6.1 Risk och nytta i studien	14
5.6.2 Informerat samtycke och konfidentialitet	15

6. RESULTAT	15
6.1 Följsamhet	16
6.2 Närvaro och Initiering	17
6.3 Fokus	18
6.4 Störmoment	18
6.5 Teamarbete och kommunikation	18
7. DISKUSSION	18
7.1 Metoddiskussion	18
7.2 Resultatdiskussion	20
7.3 Slutsats	24
7.4 Kliniska implikationer och förslag på vidare forskning	24
8. REFERENSER	25
9. Bilaga 1: Observationsschema Kontroll inför operationsstart	29
10. Bilaga 2: Forskningspersonsinformation FPI	30
11. Bilaga 3: Brev till verksamhetschefer	32

1. INLEDNING

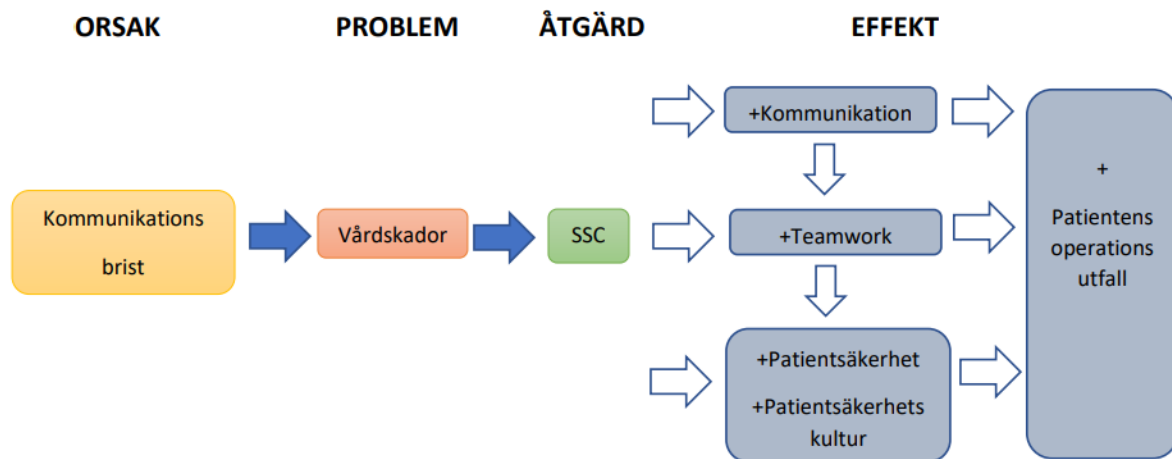
År 1999 gav Institute of Medicine (IOM) ut rapporten *To Err Is Human- Building a Safer Health System* där förekomsten av skador orsakade inom vården presenterades. Antalet inträffade vårdskador var oerhört mycket högre än vad man tidigare ansett och ett stort problem, gällande patientlidande och höga vårdkostnader, var nu identifierat (Wakefield, 2000).

Det globala behovet av att förbättra patientsäkerheten innebar att World Health Organization (WHO) år 2002 bildade Världshälsoförsamlingen (World Health Assembly (WHA)). Församlingen tillsatte år 2004 en utredningsgrupp som identifierade säkerhetsrisker och tog fram riktlinjer, med syftet att rädda liv. Utredningsgruppen startade kampanjen *The Global Patient Safety Challenge*. Först ut var projektet *Guidelines for handhygiene* år 2006–2007 och därefter mellan åren 2007–2008 pågick projektet *Safe Surgery Saves Lives*, där över 100 experter bidrog med kunskap till riktlinjen (World Health Organization, 2009). Fyra viktiga områden för att uppnå säker kirurgi, fastställdes vilket var; infektionsprevention, säkerhet vid anestesi, teamarbete och kommunikation samt verktyg för uppföljning (Weiser & Haynes, 2018).

Ovanstående områden utgjorde grunden för framställandet av Surgical Safety Checklist (SSC) vars syfte var att förhindra icke önskade händelser som till exempel kirurgi på fel patient, fel sida, kvarglömda operationsinstrument men också att bidra till önskade händelser; som given antibiotika och trombosprofylax (Watters, 2017). Den svenska versionen av WHO:s checklista för säker kirurgi infördes 2008 (Gustafsson, Salomonsson, & Svensson, 2018) och tio år senare fanns ett behov i Sverige av ytterligare förbättringar vilket år 2018 resulterade i Checklista för säker kirurgi 2.0 (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, 2019).

Haynes et al. (2009) publicerade ett år efter införandet av SSC statistik som visade på reduktion i mortalitet från 1,5 % till 0,8 % och en reduktion från 11% till 7% gällande morbiditet. Andra studier har visat att även sårinfektioner och blodförlust minskar (M. B. Gillespie et al., 2014) och att kommunikation och teamarbete ökar i samband med användning av SSC (Russ et al., 2013). Att använda sig av SSC bidrar med andra ord till ökad patientsäkerhet (Nilsson, Lindberget, Gupta, & Vegfors, 2010). I en efterföljande studie av Haynes et al. (2011) konstateras att införandet av SSC gav förbättrad patientsäkerhetskultur där hela 93,4 % av tillfrågad vårdpersonal uppgav att de själva önskade att den nya checklistan skulle användas om de var patienter. Den mänskliga önskan om att få ta del av något som anses vara värdefullt illustreras tydligt i den gyllene regeln framtagen 500 år f. Kr av Konfucius "*Gör mot andra som du själv vill bli behandlad*" (Wikipedia- Den fria encyklopedin, 2020).

Föreliggande studie ligger inom ramen för examensarbete i omvårdnad för specialistsjuksköterskeprogrammet operationssjukvård och strävar efter att kvantitativt belysa operationsteamets följsamhet gällande delmomentet *Kontroll inför operationsstart* av Checklista för säker kirurgi 2.0. Studiens kärna, "den röda tråden", illustreras av författaren i figur 1 där både orsak, problem, åtgärd och påvisad effekt av användning av en checklista för säker kirurgi belyses.



Figur 1: Illustration av problemområdets orsak, åtgärd samt påvisade effekter efter implementering av en checklista för säker kirurgi

2. BAKGRUND

2.1 Patientsäkerhet och vårdskador

Kort beskrivet innebär patientsäkerhet att göra vården mer säker genom att skydda patienten så att den vård som ges, eller den vård som avstås från att ges, inte medför någon vårdskada (Socialstyrelsen, 2021). I Sverige drabbas årligen cirka 100 000 personer av vårdskador i den somatiska sjukhusvården varav 1200 resulterar i död. 50 000 patienter får förlängda sjukhusvistelser och den sammanlagda kostnaden för vårdskador uppskattas till åtta miljarder (Socialstyrelsen, 2020). Patientsäkerhetslagen (2010:659) definierar vårdskada som kroppslig eller psykisk skada eller lidande samt sjukdom och dödsfall, som skulle kunna undvikits om rätt åtgärd vidtagits. Allvarlig vårdskada innebär att skadan är bestående, medfört ökat vårdbehov eller har orsakat död (Svensk författningssamling, 2010). En internationell studie redovisar att 43,5 % av alla vårdskador skulle ha kunnat undvikits och av dessa står operationsavdelningarna för den största andelen 39,6–45,8% (De Vries, Ramrattan, Smorenburg, Gouma, & Boermeester, 2008). I en senare studie från Sverige ses att 34% av inträffade vårdskador beror på vårdrelaterade infektioner och att 13% kan härledas till kirurgin med exempelvis förväxlingsrisker, organskador och postoperativa blödningar (Socialstyrelsen, 2019).

Den svenska Socialstyrelsen har utformat en nationell handlingsplan 2020–2024, vars syfte är att stödja beslutsfattare i förebyggandet av vårdskador med visionen ”*God och säker vård överallt och alltid.*” Handlingsplanen fokuserar bland annat på att lyfta fram riskmedvetande och vikten av kunskapsinläring för att uppnå säker vård (Socialstyrelsen, 2020). Hälso- och sjukvården har enligt Patientsäkerhetslagen en skyldighet att bedriva ett kontinuerligt och förebyggande patientsäkerhetsarbete (Svensk författningssamling, 2010) och den omvårdnad som ges under operation ska vara säker och av god kvalitet.

2.1.1 Patientsäkerhet som systemmodell och barriärfunktion

Patientsäkerheten inom hälso- och sjukvården kan ses utifrån ett systemperspektiv och ett individperspektiv med förändringar och rutiner som strävar efter att undvika misstag. Misstag inträffar inte bara när fel begås; att passivt avstå från en handling kan vara ett misstag. Inom patientsäkerhetsarbetet är det av vikt att ha en systembaserad ansats där man ser på varför

misstag skett i stället för en individbaserad modell där skulden läggs på enskild individ (Lindh, 2012).

Systemet skall verka stödjande för att medarbetarna ska ha lätt att göra rätt och svårt att göra fel, vilket kan ske genom kontinuerligt förebyggande med hjälp av barriärer (Lindh, 2012). Barriärer för patientsäkerhet kan enligt Reason (2013) förklaras som säkerhetsanordningar eller skyddsmekanismer som byggs upp mellan risker och patienter. För att förhindra att fel uppstår i direkt anslutning till patienten finns den första barriären som består av kunskap och färdigheter hos personalen i frontlinjen (Reason, 2013), även kallad *The Sharp End* (Sharp, 2012). Att förlora koncentrationen och göra fel, att utföra en handling man tror är rätt som blir ett misstag och att medvetet hoppa över moment är exempel på när första barriären brister (Lindh, 2012). Risk för vårdskador och avvikelser är som störst i frontlinjen där vårdpersonalen kliniskt möter patienten (Sharp, 2012). Misstag som sker i frontlinjen benämns av Reason som aktiva fel (Ödegård, 2013). Den andra barriären omfattar de säkerhetsåtgärder som finns på den specifika arbetsplatsen som till exempel; rutiner, kontroller, varningssystem och skyddsutrustning. Tredje och fjärde barriären omfattar åtgärder på organisation och systemnivå (Ödegård, 2013). De yttersta barriärerna benämns inom patientsäkerhetsforskningen som *The Blunt End* (Sharp, 2012), där misstag kan ses som latenta fel (Ödegård, 2013). Exempel på latenta fel kan vara när beslut tas gällande bemanning som då indirekt kan påverka patientsäkerheten (Alfredsdóttir & Björnsdóttir, 2008).

2.1.2. Patientsäkerhet inom den komplexa operationssjukvården

Operationssjukvården är en komplex högriskmiljö där patienter, till viss del med multisjukdom, erhåller kirurgi med avancerad operationsteknik och högteknologisk utrustning från ett multiprofessionellt team. Snabbt beslutstagande om vård och behandling innebär också en hög risk för att misstag kan ske (Sharp, 2012). Preventivt risktänkande är en viktig patientsäkerhetsfaktor där hela operationsteamet bör vara beredda på oönskade händelser och ha en beredskap för det (Alfredsdóttir & Björnsdóttir, 2008). Riskområden inom operationssjukvården anses vara förväxlingsrisker vid patientidentifikation, risker med kvarlämnade operationsinstrument och material samt risker vid användning av avancerad medicinteknisk utrustning (Lindh, 2012).

Patientsäkerheten på operationssalen kan hotas av faktorer som mental trötthet på grund av produktionspress, trötthet på grund av lång och hög koncentration under operation, otillräcklig kompetens i teamet, störningsfaktorer som att bli avbruten under operation och underbemanning (Alfredsdóttir & Björnsdóttir, 2008). En gemensam bild av befintlig patientsäkerhetskultur och användning av SSC ses som ett patientsäkert arbetssätt (Gutierrez et al., 2018).

Operationssjuksköterskans patientsäkerhetsarbetet består till stor del av infektionsprevention av vårdrelaterade infektioner (Vogelsang, Swenne, Gustafsson, & Falk Brynhildsen, 2020), som enligt Folkhälsomyndighetens återkommande punktprevalensmätningar är den vanligaste typen av vårdskada på svenska sjukhus (Folkhälsomyndigheten, 2020). Att följa patienten och övervaka säkerheten under hela operationen med hjälp av ett preventivt risktänkande är det primära i patientsäkerhetsarbetet för operationssjuksköterskan (Alfredsdóttir & Björnsdóttir, 2008) där initiativtagande från alla professioner och ledning ses som förutsättningar (Gutierrez et al., 2018). Resurstillgång i form av material, utrustning och personal är grundläggande för ett patientsäkert arbetssätt (Gutierrez et al., 2018) där även adekvat information om patientens

hälsostatus och vilken typ av operation som skall utföras, krävs för operationssjuksköterskans förberedelse(A. Sandelin, Kalman, & Gustafsson, 2019). Kontinuerlig kunskapsuppdatering på individnivå och praktisk teamträning av kommunikation (Gutierrez et al., 2018) samt effektivt patientflöde ses som förutsättningar för ökad patientsäkerhet(A. Sandelin et al., 2019).

2.2 Patientsäkerhetskultur

Att tydliggöra en grupps värderingar, normer och beteenden och hur dessa påverkar vad gruppen gör och säger när det handlar om säkerhet och risker är att illustrera kollektivets patientsäkerhetskultur(Rollenhagen, 2013). Säkerhetskultur bildas genom att teammedlemmar skapar ett partnerskap med varandra, vilket leder till gemensamt ansvarsåtagande. Ansvaret innebär att arbeta patientsäkert där man kollektivt ser möjligheter till att lära sig av misstag istället för att skylla på individer(Gutierrez et al., 2018).

2.2.1 Perioperativ säkerhetskultur

Med enkäter kan man mäta och åskådliggöra den perioperativa säkerhetskulturen för att på så sätt hänvisa till organisationens förbättringsområden(Rollenhagen, 2013). Frågor om operationsteamets uppfattning av säkerhetskultur ställdes av Haynes et al. (2011) i en studie både före och efter implementeringen av SSC. Kollegial uppmuntran för avvikelserapportering och följsamhet till säkerhetsriktlinjer men även teamkoordinering och briefing med möjligheten till att göra sin röst hörd under operation belystes(Haynes et al., 2011). Säkerhetskulturen förbättrades med användning av SSC vilket gav signifikant reducering av postoperativa komplikationer (Haynes et al., 2011; Haynes et al., 2009).

2.3 Teamarbete

Teamkonstruktionens primära grundtanke är att teamets medlemmar har en medvetenhet om varandras kompetenser, som tas tillvara på genom en respektfull kommunikation(Carlström, Kvarnström, & Sandberg, 2013). Tillvaratagandet av kompetens sker när förtroende och tillit finns i teamet; medlemmarna både ger hjälp och tar emot hjälp. Detta fås när det finns en tillåtande attityd, vilket innebär att alla ges möjlighet till att bidra med tankar kring situationen(Berlin, 2017).

Teameffektivitet kan ses utifrån att kollektivet tillsammans bidrar med mer kunskap och information som möjliggör uppdelning och samordning av arbetsuppgifter, man lär sig av varandra och ger kollegialt stöd. Samarbetet medför en större effektivitet och en så kallad funktionell synergi fås där alla vinner på ett samarbete(Carlström et al., 2013), vilket även kan benämnas som samarbetsvinst(Sandberg, 2006). Synergieffekten innebär att helheten blir större än de enskilda delarna för sig(Berlin, 2017), även kallat mervärde(Sandberg, 2006).

För att få ett effektivt teamarbete krävs således att medlemmarna kan samarbeta. Ett gott arbetsklimat gynnar samarbete (Carlström et al., 2013) och innebär att man stöttar varandra inom teamet(B. M. Gillespie, Gwinner, Chaboyer, & Fairweather, 2013). En tillåtande miljö är en kontext där öppna diskussioner kan föras och där allas åsikter är av vikt och tas hänsyn till(Carlström et al., 2013). Förutsättningar för att få ett teamarbete är att den enskilde teammedlemmen känner tillit till både sin egen kompetens och resterande professioners kompetens, där individen får möjlighet till att uppdatera sin kunskap(A. Sandelin et al., 2019).

2.3.1 Teamarbete inom operationssjukvården

Professioner som oftast ingår i operationsteamet är anestesilog, anestesijuksköterska, kirurg, operationssjuksköterska och undersköterska. Operationsteamet är ett exempel på ett parallellt

teamarbete; de olika professionerna har förutbestämda roller och fokuserar på sin deluppgift med ett gemensamt mål i sikte vilket koordineras av en ledare (Berlin, 2017). Ett gemensamt teamansvar finns, vilket innebär att alla bidrar med sin expertis för att patienten skall få den bästa omvårdnaden (Annika Sandelin & Gustafsson, 2015). Patienten räknas också in i teamet och bidrar med sin specifika kunskap för att det gemensamma målet skall nås på ett så patientsäkert sätt som möjligt (Svensk sjuksköterskeförening & Svenska läkare sällskapet, 2017). Teamarbetet på operation kännetecknas av en öppen kommunikation med delad förståelse om den gemensamma planen och dess mål och förståelsen fås när teammedlemmarna har personkännedom om varandra (B. M. Gillespie et al., 2013). Ytterligare kännetecken på teamarbetet är förekomst av situationsmedvetenhet och beredskap (Mazzocco et al., 2009) för hantering av kritiska moment (B. M. Gillespie et al., 2013) där briefing utförs (Mazzocco et al., 2009). I tabell 1 ses ytterligare kännetecken och förutsättningar för teamarbete.

Tabell 1: Kännetecken och förutsättningar för teamarbete inom operationsteamet

KÄNNETECKEN FÖR BRA TEAMARBETE	FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR TEAMARBETE
Delad förståelse (B. M. Gillespie et al., 2013), situationsmedvetenhet (Mazzocco et al., 2009)	Kontinuerlighet bland teammedlemmar (B. M. Gillespie et al., 2013)
Öppen kommunikation (B. M. Gillespie et al., 2013)	Personkännedom om teammedlemmarna (B. M. Gillespie et al., 2013; Annika Sandelin & Gustafsson, 2015)
Gemensam plan och mål (B. M. Gillespie et al., 2013)	Respektfullt samtal (Mazzocco et al., 2009) och kommunikation (Carlström et al., 2013),
Samarbete (Carlström et al., 2013)	Tillåtande kontext (Carlström et al., 2013)
Stöttning (Carlström et al., 2013; B. M. Gillespie et al., 2013)	Tillit till den egna kompetensen (A. Sandelin et al., 2019)
Kunskapsutbyte (Carlström et al., 2013; A. Sandelin et al., 2019)	Tillit till de andras kompetens (Carlström et al., 2013; Annika Sandelin & Gustafsson, 2015)
Hanterbarhet i kritiska situationer (B. M. Gillespie et al., 2013)	Uppdaterad kunskap (A. Sandelin et al., 2019)
Beredskap (Mazzocco et al., 2009)	Tydlighet och närvaro i ledarskapet (A. Sandelin et al., 2019)
Effektivitet (Carlström et al., 2013)	Icke aggressivt beteende (Annika Sandelin & Gustafsson, 2015)

2.3.2 Den perioperativa sjuksköterskans roll

”*Patientens välmående är den viktigaste lagen*” Latinskt ordspråk (Wikipedia- Den fria encyklopedin, 2021).

För att kunna tillgodose Hälso- och sjukvårdens övergripande mål som enligt svensk lag är att ge en god hälsa och sjukvård på lika villkor, med respekt för människors lika värde till de som har störst behov (Författningssamling, 2017), behövs kärnkompetens. Kärnkompetenserna är personcentrerad vård, evidensbaserad vård, förbättringskunskap, säker vård, samverkan i team och informatik (Janeth & Margret, 2013). Som specialistutbildad sjuksköterska inom operation innebär det att dessa grundläggande kompetenser används i den perioperativa omvårdnaden kring operationstillfället (Riksföreningen för operationssjukvård, 2020,).

Enligt studien av Oberle kan olika typer av kunskap ses hos sjuksköterskan (Oberle & Allen, 2001), som även kan appliceras på den perioperativa sjuksköterskan (Vogelsang et al., 2020). Dessa är kunskap om *hur* man utför arbetet utifrån tekniska och icke tekniska färdigheter, kunskap om *vad* som kan vara en risk eller ett problem, kunskap om *vem* som omvårdnaden

berör och kunskap om *att* specifik utförd handling leder till ett visst resultat(Vogelsang et al., 2020).

2.3.2.1 Kärnkompetenser i samband med perioperativ omvårdnad

Personcentrerad perioperativ vård innebär att med hjälp av samtal eller journaldokumentation medvetandegöra den enskilde patientens behov, önskemål och resurser så att dessa överensstämmer med den operationsplanering som finns(Riksföreningen för operationssjukvård, 2020,). Genom patientens berättelse får operationssjuksköterskan en känsla av ansvarsfullhet, vilket ger en önskan om att vara vid patientens sida och hålla ett vakande öga på dennes fysiska kropp och integritet(Blomberg, Bisholt, Nilsson, & Lindwall, 2015). Vara lugn, trygg och välkomnande samt att benämna patienten med namn och att samtala så att patienten förstår är personcentrerad(Vogelsang et al., 2020). Med hjälp av SSC kontrolleras id, operationsmetod, allergier och risker identifieras (World Health Organization, 2009) vilket innebär att ge specifik personcentrerad perioperativ vård till patienten.

Evidenskompetens är att besitta kunskap om vilken typ av omvårdnad som passar patienten, kunna ställa relevanta frågor och vara kritisk samt att reflektera för vidareutveckling av kompetensen(Riksföreningen för operationssjukvård, 2020,). Användning av den bästa möjliga tillgängliga kunskapen för patientens vård är även kostnadseffektivt(Vogelsang et al., 2020). Medvetenhet om den vetenskapliga evidensen för SSC och att ha följsamhet i användandet är att ha evidenskompetens. Checklistan har under delmomentet *Avslut* en punkt som berör utvärdering(Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, 2019).

Att säkra patienten från vårdskador genom hela operationen med hjälp av personcentrerad och preventionstänkande är innersta kärnan i det perioperativa vårdandet(Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008). Checklista för säker kirurgi rekommenderas att användas för att förhindra vårdskada(Riksföreningen för operationssjukvård, 2020,). Operationssjuksköterskan specifika kompetensområden inom området säker vård är aseptik, instrumentering, infektionsprevention, komplikationsprevention och biologisk preparathantering(Vogelsang et al., 2020).

Förbättringskunskap som kompetens, innebär bland annat att registrera avvikelser, utforma riktlinjer och analysera risker(Riksföreningen för operationssjukvård, 2020,). SSC syftar till att belysa moment som anses vara riskfyllda(World Health Organization, 2009). Kompetens i teamsamverkan är att ha kunskap inom kommunikation, ledarskap och pedagogik där tillgängliga kommunikationsverktyg som SSC, skall användas(Riksföreningen för operationssjukvård, 2020,). Ledarskap kan ses i planering och koordineringen av arbetsuppgifter med teammedlemmar i operationssalen(Janeth & Margret, 2013). Den pedagogiska kompetensen erfars vid integrering av teammedlemmar (Riksföreningen för operationssjukvård, 2020,) och då medarbetare synliggörs(Janeth & Margret, 2013). Synliggörandet av medarbetare ses tydligt i SSC där en av de första punkterna är presentation av teamet(World Health Organization, 2009).

2.4 Kommunikation

” Det största enskilda problemet med kommunikation är illusionen av att den har ägt rum ” George Bernard Shaw, Irländsk författare och Nobelpristagare("Ledarskap," 2015).

Ovanstående citat visar på att kommunikation som fenomen är komplicerat. Begreppet kommunikation härleds från latinets *communis* som betyder gemensam(NE

Nationalencyklopedin AB, 2021). För att något skall bli gemensamt behöver det delas och för att det delade skall bli fruktbart och få en mening, behövs också förståelse. För den perioperativa kommunikationen är det information kring den gemensamma situationen som teamet befinner sig i som delas. Information kan delas både muntligt, skriftligt och via kroppsspråk(Sharp, 2012).

2.4.1 Perioperativ kommunikation

Forskning visar att god perioperativ kommunikation ses när möjligheter finns för att få en delad målbild om operationsupplägget. Teamet erhåller delad kunskap om något instrument/material saknas inför operationen och informationsöverföring sker kring vad som behövs här och nu, men även inför senare operationer, samtidigt som respektfullhet finns mellan professionerna(Tarring, Gittell, Laursen, Rasmussen, & Sarensen, 2019). Exempel på hinder för god kommunikation är när hjärtlighet saknas i teamet, när engagemang saknas, hierarkistrukturer styr och när personkännedom saknas(Shi et al., 2020).

Av den kommunikation som sker i operationsteamet är 30 % felaktig och av dessa kommunikationsmissar kan 1/3 ses som patientsäkerhetsrisker. Felaktig kommunikation kan ses som att kommunikation sker vid fel tidpunkt, att det saknas information eller att den är otillräcklig, att kommunikationen har ett oklart syfte som inte leder till någon handling och att kommunikationen sker när teammedlem saknas som har viktig information att delge(Lingard et al., 2004).

2.5 Kommunikationsverktyg

I den perioperativa arbetsmiljön finns olika verktyg för att underlätta och förbättra kommunikation som bland annat Crew Resource Management (CRM), Strukturerad modell för kommunikation (SBAR) och checklistor som exempelvis WHO:s Checklista för säker kirurgi(Sharp, 2012). I Sverige är WHO:s checklista modifierad och benämns sedan år 2018, *Checklista för säker kirurgi 2.0*(Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, 2019). Att använda sig av Checklista för säker kirurgi är en typ av verbal kommunikation, som strävar efter att ge en gemensam bild av situationen både när det gäller patienten som är involverad, vilka risker som finns och vilken typ av operation som skall utföras. För att underlätta kommunikation är checklistans punkt angående presentation av teamet en grundsten i att få medlemmarna till att känna samhörighet och därmed uppmuntras till att vara delaktiga i diskussionen(Russ et al., 2013).

2.5.1 WHO Surgical Safety Checklist (SSC)

För att bidra till säker vård och öka medvetenheten om patientsäkerhet utarbetade WHO ett muntligt kommunikationshjälpmedel, med stödpunkter för kontroll av kritiska moment, vilket fick benämningen Surgical Safety Checklist (SSC) (LÖF regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, 2009), se figur 2. Checklistan används för briefing, vilket innebär ett kort möte för alla i operationsteamet, som genom kommunikation och samarbete fokuserar på patientsäkerheten i den specifika kontexten(Sharp, 2012).

Som tidigare nämnts så medförde implementeringen av SSC en reduktion i mortalitet från 1,5 % till 0,8 % och en reduktion från 11% till 7% gällande morbiditet(Haynes et al., 2009). Andra studier har visat att även sårinfektioner och blodförlust minskar (M. B. Gillespie et al., 2014) och att kommunikation och teamarbete ökar (Russ et al., 2013) i samband med användning av SSC. En finländsk studie har visat på att införandet av SSC gav signifikant förbättring av kommunikationen för operationsteamet i sin helhet då antalet kommunikationsmissar

minskades från 43% till 17 %. Samma studie visade dock på att kirurgerna varken upplevde eller redovisade signifikans av kommunikationsförbättring, då de före implementeringen ansåg att inget kommunikationsproblem fanns (Takala et al., 2011). En signifikant förbättring av upplevd kommunikation efter införandet av SSC har uppmätts till 12 % hos operationssjuksköterskor i Florida (Cabral, Eggenberger, Keller, Gallison, & Newman, 2016).

I en efterföljande studie av Haynes et al. (2011) konstateras att införandet av SSC också gav förbättrad patientsäkerhetskultur eftersom 93,4 % av tillfrågad vårdpersonal uppgav att de själva önskade att den nya checklisten skulle användas om de var patienter. Ytterligare studie visade på att 93% av användarna ansåg att protokollet bidrog till ökad patientsäkerhet och 86% tyckte att hjälpmidlet bidrog till problemlösning (Nilsson et al., 2010).

Surgical Safety Checklist | World Health Organization | Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

Before induction of anaesthesia (with at least nurse and anaesthetist)

- Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?
 - Yes
- Is the site marked?
 - Yes
 - Not applicable
- Is the anaesthesia machine and medication check complete?
 - Yes
- Is the pulse oximeter on the patient and functioning?
 - Yes
- Does the patient have a:
 - Known allergy?
 - No
 - Yes
 - Difficult airway or aspiration risk?
 - No
 - Yes, and equipment/assistance available
 - Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?
 - No
 - Yes, and two IVs/central access and fluids planned

Before skin incision (with nurse, anaesthetist and surgeon)

- Confirm all team members have introduced themselves by name and role.
 -
- Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.
 -
- Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?
 - Yes
 - Not applicable
- Anticipated Critical Events
 - To Surgeon:
 - What are the critical or non-routine steps?
 - How long will the case take?
 - What is the anticipated blood loss?
 - To Anaesthetist:
 - Are there any patient-specific concerns?
 - To Nursing Team:
 - Has sterility (including indicator results) been confirmed?
 - Are there equipment issues or any concerns?
 - Is essential imaging displayed?
 - Yes
 - Not applicable

Before patient leaves operating room (with nurse, anaesthetist and surgeon)

- Nurse Verbally Confirms:
 - The name of the procedure
 - Completion of instrument, sponge and needle counts
 - Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)
 - Whether there are any equipment problems to be addressed
- To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:
 - What are the key concerns for recovery and management of this patient?

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged. Revised 1 / 2009 © WHO, 2009

Figur 2: WHO Safe Surgical Checklist


2.5.1.1 Design

Den ursprungliga checklisten består av 19 olika frågeområden som är indelade i tre olika faser vilka är "Sign in", "Time out" och "Sign out", se figur 2.

- Sign in utförs av anestesijüksköterskan före anestesistart. Punkter som tas upp i denna del berör bekräftelse av patientens identitet och samtycke, typ av operation och kroppsdel, allergiförekomst, utförd sidomarkering, blödningsrisk, luftvägstillgång och anestesiläkemedel samt tillgång till anesthesiapparat.
- Time out utförs av hela teamet innan hudincision. Punkter som tas upp i denna del är namn och professionspresentation, bekräftelse på patientidentitet, operationstyp och kroppsdel, antibiotikaproylax, förväntade kritiska moment där uppskattad operationstid och förväntad blodförlust berörs, bekräftad sterilitet och tillgång till material samt om bildmaterial finns tillgängligt.

- Sign out utförs av hela teamet efter avslutad operation innan patienten lämnar operationssalen och syftar till att överföra information till övertagande enhet. Punkter som tas upp i denna del är typ av utförd operation, kontrollräkning av instrument och material, preparathantering, eventuella problem under operation och ordinationer.

Den svenska modifierade versionen av SSC togs i bruk år 2008(LÖF regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, 2009), se figur 3. Modifikationen bestod av tilläggs punkter som risk för hypotermi, patientpositionering, trombosprofylax och diskussion om framtida förbättringar(LÖF regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, 2009). I bruksanvisningen till den modifierade svenska versionen av SSC, rekommenderas även ytterligare modifieringar för anpassning till de lokala operationsenheterna(LÖF regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, 2009).



Landstingens
Ömsesidiga
Försäkringsbolag

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 >>>>>	Före incision >>>>>	Innan patienten lämnar operationssalen
<p>Förberedelse</p> <p><input type="checkbox"/> Patienten har bekräftat följande:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identitet • plats för incision • informerad om och samtycker till operation <p><input type="checkbox"/> Operationsområde markerat/ej tillämpligt</p> <p><input type="checkbox"/> Säkerhetskontroll för anestesi genomförd</p> <p><input type="checkbox"/> Fungerande pulsoximeter kopplad</p> <p>Har patienten något av följande:</p> <p>Känd allergi?</p> <p><input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Risk för aspiration/svår intubation?</p> <p><input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja och utrustning/assistans är tillgänglig</p> <p>Risk för >500 ml blodförlust (7 ml/kg för barn)?</p> <p><input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, och tillfredsställande intravenösa infarter och blod/vätskor är planerade</p> <p>Risk för hypotermi?</p> <p><input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, och åtgärder är planerade/vidtagna</p>	<p>Timeout</p> <p><input type="checkbox"/> Bekräfta att alla medlemmar i laget presenterat sig med namn och roll</p> <p><input type="checkbox"/> Anestesiolog/anestesisjuksköterska och operationsjuksköterska, operatör bekräftar muntligt</p> <ul style="list-style-type: none"> • patient ID • plats för incision • planerad operation <p>Väntade kritiska moment under operationen</p> <p><input type="checkbox"/> Anestesipersonalens bedömning: finns några patientspecifika eller anesthesiologiska problem?</p> <p><input type="checkbox"/> Operationssjuksköterskans bedömning: har sterilitet bekräftats?</p> <p>Finns några problem med utrustning eller annat? Är patienten korrekt upplagd?</p> <p><input type="checkbox"/> Operatörens bedömning: vilka kritiska eller oväntade moment finns, operationens längd, förväntad blodförlust?</p> <p>Har antibiotikapfylax givits inom de senaste 60 minuterna?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ej tillämpligt</p> <p>Har trombosprofylax givits enligt ordination?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ej tillämpligt</p> <p>Visas nödvändig bildinformation?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ej tillämpligt</p>	<p>Avslutning</p> <p>Checklisteansvarig får muntlig bekräftelse av laget:</p> <p><input type="checkbox"/> Vilket ingrepp har utförts</p> <p><input type="checkbox"/> Att antal instrument, torkar och nålar stämmer (eller ej tillämpligt)</p> <p><input type="checkbox"/> Hur preparat är märkta (inklusive patientens namn och personnummer)</p> <p><input type="checkbox"/> Finns problem med utrustningen som behöver uppmärksammas?</p> <p><input type="checkbox"/> Operatör, anestesiakare/sjuksköterska och operationssjuksköterska går igenom huvudpunkterna för det initiala postoperativa omhändertagandet</p> <p><input type="checkbox"/> Vad kan vi lära? Vad kan vi göra bättre nästa gång?</p>

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

Figur 3: Svenska versionen av SSC

2.5.1.2 Implementering

WHO uppmuntrade till modifiering av SSC för att underlätta implementering i verksamheterna men varnade samtidigt för att ändra för mycket, så att inte dess ursprungssyfte förlorades(Gustafsson et al., 2018). En studie gjord på 155 olika checklistor i USA visar på att alla checklistorna var modifierade utifrån WHO:s original checklista. Förändringarna var både att punkter var borttagna, punkter tillagda och punkter förändrade(Solsky et al., 2020).

Förutsättningar för checklistans implementering är att arbetet leds av kirurger som ”lever som hen lär” samt att medarbetarna får utbildning både skriftligt i form av instruktioner och visuellt i form av filmer och praktisk träning(Fudickar, Horle, Wiltfang, & Bein, 2012). Vid implementering av kommunikationsverktyg, är det viktigt att vara medveten om det finns oenigheter i teamet gällande problemets existens; om man upplever att kommunikation inte är ett problem kommer engagemanget vara lågt(Carney, West, Neily, Mills, & Bagian, 2010).

2.5.1.3 Följsamhet

Det engelska ordet *Compliance* används ofta inom sjukvården för att visa på vilken grad en patient följer de medicinska råd som ges, dvs följsamhet (Wikipedia-Den fria encyklopedin, 2019). Begreppet följsamhet kan här ses utifrån hur stor del av operationerna som använder sig av checklistan men även hur stor del av listans punkter som besvaras komplett. I föreliggande studie används begreppet följsamhet för att åskådliggöra andelen punkter i checklistan som tas upp och besvaras korrekt. En checklista med dålig följsamhet är i sig självt en ökad säkerhetsrisk då det kan inge en falsk trygghet (Rydenfält, Ek, & Larsson, 2014).

Forskning kring varför följsamhet inte uppnås bygger på antagande om förekomst av hierarkiska strukturer, professioners fokus på sitt ”egna” område, tidsåtgång (Taplin, Romano, Tacey, & Hodgson, 2020) kunskapsbrist om checklistans betydelse för patientsäkerhet (Krupic, Svantesson, Seffo, Westin, & Hamrin Senorski, 2020; Papadakis, Meiwandi, & Grzybowski, 2019; Rydenfält, Johansson, Odenrick, Åkerman, & Larsson, 2013), implementering på enhet ej gjord enligt WHO pilotstudie (Hannam et al., 2013) stress på grund av låg personaltäthet (Erestam, Haglind, Bock, Andersson, & Angenete, 2017) och tidspress (Krupic et al., 2020; Papadakis et al., 2019), modifieringar från ursprungliga SSC (Solsky et al., 2020), bestämd struktur följs ej (Erestam et al., 2017) och oklarhet om vem som skall leda genomgången (Krupic et al., 2020). Graden av följsamheten till SSC uppvisar stor variation; 21% (Erestam et al., 2017) 54% (Rydenfält et al., 2013), 56,7% (Haynes et al., 2009) och 58,33% (Taplin et al., 2020).

2.5.2 Checklista för säker kirurgi 2.0

Ytterligare förbättringsbehov, gällande mer korrekt användning av den svenska SSC, identifierades inom den svenska operationssjukvården. Ett brett samarbete med representanter från de olika professionerna inom operationsteamet vidareutvecklade tillsammans med Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) en ny checklista med utgångspunkt från den gamla (Gustafsson et al., 2018). Eventuella modifieringar av den nya versionen till lokala enheters behov är möjlig men då i samarbete med LÖF som har administration och distribueringsrätt för checklistan. Checklista för säker kirurgi 2.0 presenterades och testades först i liten skala under år 2018 i Sverige och har därefter börjat implementerats i svensk sjukvård (Gustafsson et al., 2018), se figur 4.

Checklista Version 2.16
Förberedelse anestesi

"Erbart Röda Punkter" läses om ansvarig för anestesi så begär.

- Akufäkemedel och material.....Kontrollerat
- Identiflet och journaler.....Bekräftad och kontrollerat
- Patientstatus.....
- Markering av op-område...../ ej aktuellt
- Monitöring, hypotermi och KAD.....Klart och evaluerat
- Veraccess.....Testad och klar
- Antibiotika...../ ej aktuellt
- Intubationsbedömning.....Utförd
- Laryngoskop och luftvägshandtering.....Testad och klar
- Läkemedel för induktion.....klara / ej aktuellt
- Läkemedel för underhåll.....klara / ej aktuellt
- Kontroll och inställning av anestesiapparat.....Utförd och programmerad

Vid RSI gå till punkt 14!

13. Förberedelse anestesi klar

- Ventrikelsond.....Kontrollerad / ej aktuellt
- Syrhämmare.....Givet / ej aktuellt
- Cricoidtryck.....Aktuellt / ej aktuellt
- Anddot.....klar / ej aktuellt
- Förberedelse RSI klar

Checklista Version 2.16
Kontroll inför op-start

"Erbart Röda Punkter" läses om ansvarig operatör så begär.

- Presentation av teamet.....

Anestesijüksköterska

- Presentation av patient.....
- Anestesiform.....utan problem /
- Antibiotika.....givet / ej aktuellt
- Smitta och allergi...../ ingen känd

Operationssjuksköterska

- Utrustning och material.....
- Positionering och säkring av patient.....Klart /
- Sterilitet, drapering och uppdukning.....Bekräftas

Operatör

- Planerad operation och sida.....
- Föväntade kritiska moment.....
- Frågor och synpunkter.....
- Starkontroll klar

Checklista Version 2.16
Avslutning

Operationssjuksköterska

- Nålar, kanyler, dukar och instrument.....Kontrollerat
- Planerad smärtindring.....
- Planerad vätskebehandling.....
- Övriga läkemedel.....

Anestesijüksköterska

- Planerat smärtindring.....
- Planerad vätskebehandling.....
- Övriga läkemedel.....

Operatör

- Vilket ingrepp har utförts.....
- Preparat...../ ej aktuellt
- Trombosprofylax...../ ej aktuellt
- Antibiotika...../ ej aktuellt
- Drän...../ ej aktuellt
- Urinretention.....
- Mobilisering.....
- Röntgenremiss...../ ej aktuellt
- Utvärdering.....
- Avslutning klar

Figur 4: Delarna: *Kontroll inför anestesistart*, *Kontroll inför operationsstart* och *Avslutning* i Checklista för säker kirurgi 2.0.

2.5.2.1 Design

Till checklista för säker kirurgi 2.0 medföljer en manual med separata och utförliga instruktioner om punkternas syfte och hur de skall utföras (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, 2019). Beskrivet finns också innebörden av de förutbestämda svar som finns att tillgå på vissa punkter. För att förtydliga instruktionerna, i hur de rent praktiskt kan utföras, skall de lokala operationsenheterna ha egna arbetsbeskrivningar för detta. Checklistans framsida är tänkt att endast användas som en checklista med korta och tydliga punkter som manar till att punkten tas upp och blir utförd. Exempel på förändringar som gjorts är:

- Förtydligande av vilken profession som skall besvara de olika punkterna.
- Numrering i stället för de gamla ikryssningsbara boxarna.
- Förflyttning av vissa punkter, som till exempel trombosprofylax, för att följa den logiska tidsordningen när punkten anses vara adekvat.
- Rekommendationer av vilka punkter som kan tas upp vid urakuta situationer och under tidspress, vilka är rödmarkerade på checklistan.
- Borttagning av punkter som tillexempel tillgången till relevant bildinformation

Den nya versionen följer även den, indelningen av operationens faser. Den nya svenska benämningen för delarna är: *Kontroll inför anestesistart*, *Kontroll inför operationsstart* och *Avslutning*, där den första delen skall läsas med två anestesipersonal närvarande och de två senare delarna skall initieras av operatören (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, 2019).

3. PROBLEMFÖRMULERING

Forskning har visat att användning av kommunikationsverktyget WHO checklista för säker kirurgi bidrar till ökad kommunikation och bättre teamarbete vilket resulterar i förbättrad patientsäkerhet. Att använda sig av checklistan kan enligt tidigare forskning resultera i minskad morbiditet och sänkt mortalitet efter operationer. Flera studier världen över har även visat att det finns brister i följsamhet i användandet av checklistan, vilket då resulterar i att

patientsäkerheten inte kan bibehållas i samma grad. För att optimera checklistan och anpassa den till svensk sjukvård utarbetade LÖF år 2018 en ny version: Checklista för säker kirurgi 2.0., som med sina tydliga instruktioner strävar efter att öka följsamheten. Eftersom Checklista 2.0 är relativt ny finns det ännu inga studier publicerade om hur väl följsamheten faktiskt ser ut för den reviderade checklistan. Föreliggande studie kan bidra till ett ökat kunskapsläge angående följsamheten av delmomentet *Kontroll inför operationsstart* till Checklista 2.0. Genom att identifiera potentiella delar som eventuellt har lägre följsamhet kan en hänvisning ges för ytterligare förbättringsområden. Ett åskådliggörande av följsamheten kan bidra till att stödja utvecklingen av patientsäkerheten inom operationssjukvård.

4. SYFTE

Studiens syfte är att belysa operationsteamets följsamhet kring användningen av Checklista för säker kirurgi 2.0 gällande delen *Kontroll inför operationsstart* på en operationsavdelning.

Frågeställningar:

- Hur ser frekvensen ut angående följsamhet till checklistans olika punkter inom vald del?
- Hur ser fördelningen ut mellan professionerna när det gäller vem som initierar(startar) genomgången av checklistan och är alla i teamet närvarande?
- Är operationsteamet fokuserade när det gäller att lyssna aktivt och inte utföra några andra arbetsuppgifter vid genomgången och förekommer det störmoment
- Hur lång tid tas i anspråk för *Kontroll inför operationsstart*?
- Ses teamarbete och kommunikation i samband med genomgången?

5. METOD

5.1 Design

Metoden för studien var kvantitativ och icke deltagande strukturerad observation. Observation som metod är icke experimentell och syftar till att samla in data empiriskt om beteende och delas in i naturalistisk observation, deltagande observation och strukturerad observation(Guthrie, 2010). Strukturerad observation kallas även systematisk observation och används för insamling av beteendeeinformation med ett observationsschema. Strukturerat innebär att man har förutbestämda observationskategorier/frågor, att tiden som man skall iaktta är fastställd samt att registreringen sker systematisk(Bryman, 2018).

5.2 Urval

Urvalet för studien var ett ändamålsenligt urval, då vald enhet hade användningserfarenhet av checklistan. Det finns olika sätt att välja ut sitt urval vilket primärt delas in i sannolikhetsbaserade urvalsmetoder och icke sannolikhetsbaserade urvalsmetoder(Ritzén C, Sagen F, Sjöberg L, & Thunstedt F, 2016). I föreliggande studie var urvalsmetoden av icke sannolikhetsbaserat slag.

Studiens population/studieobjekt sattes till att gälla befintliga operationsteam som utför elektiv kirurgi på vuxna patienter. Olika operationsteam observerades under olika dagar, i olika salar och på olika tidpunkter under dagen. Kriteriet för operationstiden sattes till max fyra timmar

och gällde för både dagkirurgi och slutenvårdskirurgi. Observationerna utfördes på en operationsavdelning i Västsverige som utför gynekologiska och urologiska ingrepp.

Personalen hade innan implementeringen av checklistan fått arbetstid avsatt för genomläsning på egen hand, där dåvarande avdelnings lärare tillhandahöll information. Tidigare hade en förkortad version av Checklista 2.0 används på operationsavdelningen vid mindre ingrepp där endast de rödmarkerade punkterna togs upp för diskussion (se figur 4). Efter ett arbetsplatsmöte ändrades detta till att hela Checklista 2.0 skulle användas vid alla typer av operationer. Ingen utarbetad arbetsbeskrivning/rutin fanns tillgänglig för den specifika enheten.

5.3 Mätverktyg

Mätverktyget som användes var ett observationsschema. Då inget observationsschema från tidigare undersökningar fanns tillgängligt för den nya modifierade Checklista för säker kirurgi 2.0 användes ett egendesignat schema enligt Bilaga 1. Schemat utformades för att registrera frekvens angående följsamhet till checklistans olika punkter i delmomentet: *Kontroll inför operationsstart* (före detta ”Time Out”). De punkter som observerades berörde personalkategorierna anestesilog, anestesijuksköterska, kirurg, operationssjuksköterska och undersköterska. Studiens observationer av följsamhet till punkterna tolkades inte primärt utan registrerades objektivt om vald punkt i checklistan lyftes upp och besvarades fullständigt och korrekt eller inte.

Frågor som berörde operationsteamets fokus (närvaro), initiering för genomgång och vilken profession som besvarade vilken punkt fanns även med i protokollet där observatör gällande fokuseringen definierade fokus som aktivt då teammedlem var tyst, lyssnade och inte utförde några andra arbetsuppgifter (LÖF regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, 2009). I observationsschemat fanns utrymme för fältanteckningar där perioperativ kommunikation från medlemmar i operationsteamet kunde antecknas. Utrymme fanns även för grunddata kring operationskontexten. Mätinstrumentet kalibrerades genom prövning med ett pilottest innan studiestart för att möjliggöra redigering. Observationsschemat förbättrades gällande mer utrymme för fältanteckningar samt att vissa punkter fick en mer utförlig beskrivning utifrån manualbeskrivningen.

5.4 Datainsamling

Datainsamling utfördes på dagtid, 7.30-16.30, under veckodagarna där observationerna pågick i fem dagar under en period på två veckor. På morgonen blev observatören tilldelad vilka operationssalar och vilka operationer som fanns tillgängliga för observation av teamets sektionsledare. På alla operationssalar fanns inplastade checklistor och manualer tillgängliga på specifik avsedd hylla. Observatör presenterade sig vid namn för teamet och syftet med studien beskrevs kort; som var observation av kommunikation i samband med operation. Teamet hade även då möjlighet till att avböja observation, vilket inte inträffade under någon av studiens observationer. För att undvika smittspridning användes också munskydd samt visir och observatör stod på behörigt avstånd från den sterila zonen. Ett passivt och tyst förhållningssätt antogs under själva datainsamlingen för att minska påverkanseffekt på de observerades beteenden (Bryman, 2018). Ett observationsschema (Bilaga 1) användes och hölls så dolt det gick och ett tidtagarur användes för att mäta tidsspännet.

Den kvantitativa datainsamling startade vid checklistans delmoment *Kontroll inför operationsstart* och avslutades efter genomgången av alla dess punkter. Tillförlitligheten av

data säkerställdes genom att observatören registrerade frekvens samt utfört beteendet objektivt och inget tolkande förekom, om varför ett beteende fanns eller inte. Datainsamling utfördes även strax innan genomgången i form av beteendeobservationer av teamets kommunikation, vilket antecknades som fältanteckningar. Dessa beteenden är uppfattade av observatören och således inte helt objektiva.

5.5 Dataanalys

Statistikprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 27 användes för att kvantitativt sammanställa och bearbeta insamlade observationsdata utifrån observationsscheman. Deskriptiv statistik användes för att beräkna grunddatamaterialet som sammanfattades i siffror (Henricson, 2017). Vem som initierade startkontrollen, vilka som var närvarande och fokuserade, det vill säga vilka som lyssnade aktivt och inte utförde några andra arbetsuppgifter, störmoment, följsamheten och totaltid för genomgång av checklistans delmoment *Kontroll inför operationsstart* presenteras i både tabell, figur och beskrivande text. Fältanteckningar om teamets kommunikation sammanställdes och presenterades i text.

5.6 Forskningsetiska överväganden

Etisk god kvalitet uppnås genom att hänsyn tas till de framtagna paragraferna i den etiska riktlinjen Helsingforsdeklarationen som berör forskning på människor (World Medical Association, 2013). Konfidentialitet, informerat samtycke, riskbedömning och nytta av forskning är exempel på etiska områden som till viss del även regleras i Lagen om etikprövning (Svensk författningssamling, 2003) och ändring av lagen (Svensk författningssamling, 2018).

5.6.1 Risk och nytta i studien

Att genomföra en riskanalys inom forskning innebär att man ställer studiens risker mot den nytta som fås. Risker som belyses är fysiska och psykiska skador och emotionell påverkan som till exempel skam/obehagskänslor. Den primära etiska frågeställningen som skall ställas, vid all typ av forskning är om valt problemområdet är relevant. Relevant med avseende på om det finns något värde, någon nytta, i att undersöka området samt att studiens metodupplägg är av så god kvalitet att syftet kan besvaras (Sandman, 2018). Innan studiestart skrevs en etikansökan, vilket godkändes av etikgruppen på Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet.

Studien innebar en viss risk gällande smittspridning då ytterligare en person (observatör) befann sig på operationssalen, såsom kontaminering med risk för postoperativa infektioner för patienten samt risk för Covid-19 för alla på operationssalen. Risker med föreliggande observation var små, då rutiner följdes angående hygien och smittspridning samt att maxantal personer på sal inte överskreds. För att inte påverka ventilationens funktion, med kontrollerat luftflöde som ett led i att minska risken av uppvirvlade partiklar, satt observatören still på anvisad plats utanför den sterila zonen. Eventuella obehagskänslor hos teammedlemmarna för att bli observerade var ytterligare en etisk risk som var möjlig.

Aktuell studie är relevant då kunskap i nuläget saknas om följsamhet till Checklista 2.0. För det svenska samhället är det värdefullt att belysa följsamheten till Checklista 2.0, då tidigare forskning visat på att god följsamhet vid användandet av Checklista för säker kirurgi bidragit till minskad dödlighet och komplikationer efter operation (Haynes et al., 2009), det vill säga en bättre befolkningshälsa och därmed reducerade vårdkostnader. Studien är relevant för operationsteamets professioner då återkoppling fås på hur väl kommunikationsverktyget

används. Hänvisning kan ges om vilka områden som har förbättringspotential och vilka områden som är uppfyllda och värda att bibehålla. Detta ger medarbetarna kunskap för att arbeta patientsäkert, vilket ingår i professionernas yrkesansvar. Då checklistan är ett hjälpmedel för medarbetarna att fokusera och kommunicera om viktiga faktorer vid en operation samt att listan används som en kontroll och kom ihåg lista, ligger det även i medarbetarnas intresse att vara följsamma. Studien kan ses som en början i självskattning av enhetens patientsäkerhetsarbete.

5.6.2 Informerat samtycke och konfidentialitet

Ett informerat samtycke innebär att forskningspersonerna har haft tillgång till information, förstår den och kan fatta ett beslut (Sandman, 2018). Tillgång till information kan ges via en forskningspersonsinformation (FPI). Denna skall innehålla information om syfte och bakgrund till studien men också hur studien kommer att gå till, för att forskningspersonerna skall kunna ta ett beslut om medverkan eller ej. En forskningsstudie är aldrig tvingande. Informationen skall också beröra varför individen har blivit tillfrågad och hur urvalet gått till samt hur forskningspersonens personuppgifter kommer användas och förvaras under studien. Det skall även framgå risker med studien, om någon ersättning utgår, vem som är ansvarig, kontaktinformation och att man när som helst kan avbryta. Slutligen kan även information ges kring om studiens slutresultat finns att tillgå och var (Etikprövningsmyndigheten, 2021). Föreliggande studies FPI riktade sig till medarbetarna inom operationsteamet, då det var deras beteende som observerades, se Bilaga 2. FPI delgavs till verksamhetschef och vårdenhetschef innan studiestart och mejlades ut till berörda medarbetare samt sattes upp på anslagstavla i personalrum. Vårdenhetschefen fick innan studien ett övergripande informationsbrev från Intuitionen för vård och hälsa vid Göteborgs Universitet (Bilaga 3). Vård- och verksamhetschef gav sitt samtycke till studien och medarbetarna gav ett muntligt samtycke, där möjligheten fanns till att avböja medverkan både innan studien och under studien.

Konfidentialitet bibehölls i studien då ingen persondata om vare sig personal eller patient inhämtades. I studien benämndes inte heller arbetsplatsen med namn. Observationsschema och insamlade data från studien kasserades efter godkänt examensarbetet.

6. RESULTAT

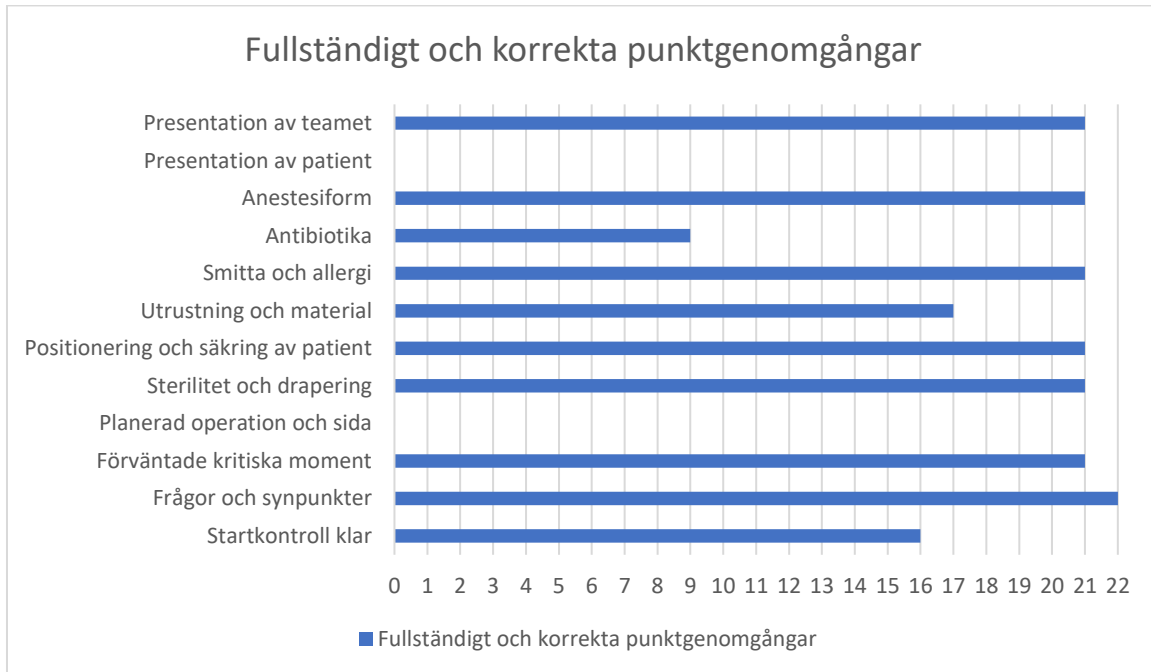
Under fem dagar utfördes 22 observationer avseende Checklista för säker kirurgi 2.0 och delen *Kontroll inför operationsstart* (tabell 2). 22 observationer medförde totalt 264 tillfällen för punktgenomgång. Den genomsnittliga tidsåtgången för *Kontroll inför operationsstart* var en minut och 24 sekunder där den snabbaste genomgången var 39 sekunder och den längsta tre minuter och 21 sekunder.

Tabell 2: Observationsfördelning för *Kontroll inför operationsstart*

Totalt antal observationer	22
Gynekologiska operationer	13
Urologiska operationer	9
Laparotomier	9
Robotassisterade ingrepp	8
Mindre ingrepp	5

6.1 Följsamhet

Frekvensen för fullständigt och korrekt ställda och besvarade punkter gav en total följsamhet av checklistans del *Kontroll inför operationsstart* på 72% (figur 6).



Figur 6: Antal fullständiga och korrekta punktgenomgångar vid 22 observationer av *Kontroll inför operationsstart*

Ingen observation hade total följsamhet, där alla punkter togs upp och besvarades helt korrekt däremot var punkternas ordningsföljd korrekt enligt checklistans manual vid alla observationer. Av de punkter som observerades förekom punkter vid åtta observationer som utelämnades och aldrig lästes upp (tabell 3). Sex av dessa tillfällen representerade punkten *Startkontroll klar* och en gång berördes punkten *Presentation av patient* inte alls. Resterande sju utelämningsfall inträffade alla vid en enskild observation av ett mindre gynekologiskt ingrepp.

Bland ofullständigt besvarade punkter fanns *Presentation av patient* representerade vid 22 tillfällen, *Planerad operation och sida* 22 tillfällen, *Antibiotika* 12 tillfällen då läkemedlet var aktuellt, *Urustning och material* fyra tillfällen och *Presentation av team* vid ett tillfälle. Punkten *Presentation av patient* var inte fullständig gällande utförd kontroll mellan patientens ID-band och journal. *Planerad operation och sida* var inte fullständigt besvarad då beräknad operationstid och förväntad blodförlust inte nämndes. Punkten *Antibiotika* var ofullständig då dos och tidpunkt utelämnades. Punkten *Urustning och material* besvarades inte fullt ut med information om både tillgång och funktion. Ofullständigheten för punkten *Presentation av team* inträffade då narkossjuksköterska inte presenterade sig med namn och profession.

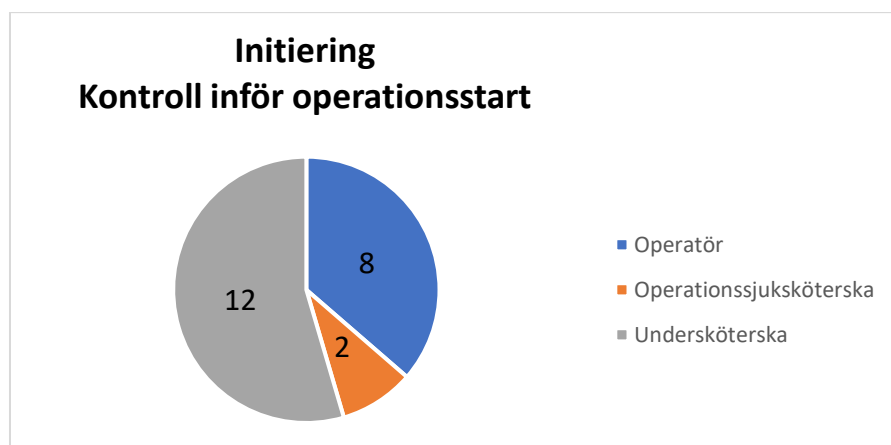
Tabell 3: Fördelning och följsamhet av punktgenomgång för 22 observationer vid *Kontroll inför operation*

Totalt antal möjliga punkttillfällen	264
Utelämnningar	14
Ofullständiga	60
Ställda och korrekt/ fullständigt besvarade	190

Punkten *Kritiska moment* besvarades vid 21 observationer varav nio tillfällen resulterade i teamdiskussion. Teamprofessioner som delgav information för denna punkt var anestesijuksköterska en gång, anesthesiolog en gång och operatör nio gånger. Kritiska moment som berörs är förekomst av adherenser, högt BMI, albuminkoncentration, blödningsrisk, hjärtsjukdom, ovanlig blodgrupp och anesthesiologiska problem. Punkten *Frågor och synpunkter* togs upp vid alla 22 observationer och besvarades endast högt när någon i teamet hade något att framföra vilket var vid åtta tillfällen. Synpunkter som togs upp berörde information om blod; huruvida det var beställt eller inte, hur mycket blod som fanns och dess förvaringslokalisering. Läkemedelsfrågor från kirurg till anestesipersonalen samt preparat- och instrumentinformation från operationssjuksköterskan till kirurg förekom också.

6.2 Närvaro och Initiering

Operatör, narkossjuksköterska, operationssjuksköterska och undersköterska närvarade vid alla 22 observationer och anesthesiolog vid fyra. Läkarestudenter var närvarande vid 16 operationer och specialistsjuksköterskestudenter vid sex operationer. Initiering till att starta *Kontroll inför operationsstart* utfördes av olika professioner och med olika frekvenser (figur 5). Operatör hindrades att starta initiering vid tre tillfällen av undersköterska, då förberedelser ännu inte var klara. Vid alla operationer lästes punkterna upp av undersköterskan. *Kontroll inför operationsstart* av Checklista för säker kirurgi 2.0 innehåller 12 frågor (figur 4). Fråga 1 besvarades av alla professioner, frågorna 2–5 besvarades av anestesijuksköterskan, frågorna 6–8 besvarades av operationssjuksköterskan och operatören besvarade frågorna 9–10. När fråga 11 besvarades var det från alla professioner förutom anesthesiolog och studenter. Fråga 12 besvarades aldrig av någon.



Figur 5: Fördelning av initiering av 22 observationer vid *Kontroll inför operationsstart*

6.3 Fokus

Fokus under genomgången av checklistans delmoment *Kontroll inför operationsstart* var bristande i tre fall av 22. Operatör, operationssjuksköterska och undersköterska representerade ett tillfälle var. Brist på fokus bestod av att kirurg palperade patientensbuk, operationssjuksköterska plockade med instrument och undersköterska tog emot material från annan personal via en lucka på operationssalens dörr. När anestesilog var närvarande fanns totalt fokus hos hen och likaså för anestesijuksköterskan och studenterna.

6.4 Störmoment

Antal störmoment under genomgången observerades till fem gånger av totala 22. Störmomenten bestod av lucköppning med samtalsöverföring till anestesijuksköterska och materialöverräkning till undersköterska. Ankomst av kandidat och assisterande operatör mitt under pågående startkontroll observerades som störmoment vid två skilda tillfällen. Vid ett tillfälle registrerades ett avbrytande under genomgången av operatören, som önskade starta operationen i förväg. Undersköterskan återupptog genomgången direkt men störmoment dokumenterades och vid samma tillfälle ringde även anesthesiologens telefon. Vid två skilda tillfällen ankom assisterande operatörer *efter* genomgången checklista men dessa tillfällen räknades inte som störmoment.

6.5 Teamarbete och kommunikation

En indelning av teamet i subgrupper observerades där den perioperativa kommunikationen med informationsöverföring främst sker inom dessa grupper. Subgrupperna är undersköterska-operationssjuksköterska, operationssjuksköterska-kirurg, operationssjuksköterska-anestesijuksköterska och anestesijuksköterska-anestesiolog. Kommunikationen mellan operationssjuksköterska-undersköterska och mellan operationssjuksköterska-kirurg var av det tystare slaget med förekomst av kroppsspråk och kommunikationen i anesisteamet var av högre volym när narkosläkare närvarade under förberedelserna och innan operationsstart. Kroppslig kommunikation uppfattades i denna subgrupp vid ett tillfälle när anesthesilog gjorde tummen upp i dörrens fönster utanför operationssalen där anestesijuksköterskan responderade med en jakande nick. Kommunikationen berörde främst var teamet befann sig tidsmässigt inför *Kontroll inför operationsstart*, men även samarbete sågs mellan subgrupperna gällande positionering och införskaffning av lämpligt material.

7. DISKUSSION

7.1 Metoddiskussion

Då syftet med studien var att belysa operationsteamets följsamhet kring användningen av Checklista för säker kirurgi 2.0 gällande delen *Kontroll inför operationsstart* valdes som studiedesign en kvantitativ metod med icke deltagande observationer.

Observationsmetoden medförde att det faktiska beteendet av följsamhet kunde ses, vilket inte alltid erhålls i enkäter eller vid självskattning. Vid enkätundersökningar finns även en risk att personer uppfattar frågorna olika, minns fel och svarar utifrån det som anses vara socialt önskvärt (Bryman, 2018). En kombination av datainsamlingsmetoderna observation och enkätundersökning skulle ha kunnat ge en mer omfattande bild av följsamhet vid användning av Checklista 2.0. En sådan kombination skulle inte bara kunna påvisa följsamheten utan också utröna om hur operationsteamet uppfattar användningen av checklistan och därmed bidra

med synpunkter och erfarenheter, för att finna förbättringsområden värda att arbeta vidare på som kan leda till en hållbar förändring.

För att få validitet (relevans) i en kvantitativ observationsstudie gäller att resultatet inte påverkas för mycket av observationsobjektens medvetenhet om pågående observation, att urvalet är tillräckligt stort och representativt och att valt mätinstrument svarar på frågan. När det gäller reliabilitet (tillförlitligheten) bör hänsyn tas till överensstämmelse mellan observationer, att observatören är neutral och uppmärksam hela tiden (Bryman, 2018). När en studiepopulation har en medvetenhet om att observation pågår kan beteendet omedvetet förändras och resultera i ett annorlunda, och för forskaren oönskat, agerande vilket benämns Hawthorneeffekt (Parsons, 1974). Flertalet studier har under åren undersökt fenomenets existens och eventuell påverkansgrad med varierande resultat (McCambridge, Witton, & Elbourne, 2014). I aktuell studie var studiepopulationen väl medvetna om studiens syfte och att de blev observerade. Detta bekräftades när ett exemplariskt beteende, dock gällande handhygien, hos en person i teamet resulterade i kommentarer från andra teammedlemmar. Att en viss Hawthorne effekt är närvarande i aktuell studie får antas, vilket skulle innebära att operationsteamet ändrade sitt beteende till att bli mer följsamt vid utförandet av *Kontroll inför operationsstart*.

Med inklusionskriterier som speglar en studiepopulation och dess kontext följer en representativitet vilket ger möjlighet till generalisering; riktiga slutsatser kan dras vilket innebär ett säkerställande av studiens validitet (Polit, 2016). I denna studie inkluderades endast en operationsenhet med två olika kirurgiska områden; gynekologi och urologi. Generaliserbarheten för studien får därmed anses vara låg trots att observerad population är av samma typ medlemmar i operationsteamet. Antalet utförda observationer var få med endast 22 tillfällen och för att kunna generalisera resultatet till att gälla för fler enheter, sjukhus eller till att omfatta alla användare i Sverige behöver fler operationsteam observeras. Olika teamsammansättningar kan spela roll för graden av följsamhet men även hur mycket utbildning som givits innan implementering. Då föreliggande studie är ett examensarbete med begränsad tid ansågs 22 tillfällen få vara tillräckligt. Ett icke sannolikhetsbaserat och ändamålsenligt urval i studien innebär ett resultat som blev mindre tillförlitligt och applicerbart till andra enheter men väl representativt för vald enhet.

Styrkor i studien är att olika operationsteam observerades när de utförde både mindre och större operationer samt att inga operationer exkluderades och räknades som bortfall. Under den valda tidsperioden pågick en pandemi vilket medförde att de flesta observationerna berörde onkologisk kirurgi, förutom vid två akuta benigna operationer. Detta innebär att följsamheten hos operatörer som endast utför benign kirurgi inte ingår fullt ut i studieresultatet men resterande teamprofessioner är representerade oavsett typ av kirurgi.

Studiens urval skulle mycket väl även kunna ha satts till typen fokuserat urval, vilket beskrivs som observation av bestämd individ under bestämd tidsperiod med satta punkter i ett observationsschema (Bryman, 2018).

Då inget tidigare mätinstrument gällande följsamhet för Checklista 2.0 fanns tillgängligt användes ett egenhändigt utformat strukturerat observationsschema. Något att ta hänsyn till när ett observationsschema utformas är om det observerade kan ses direkt eller om det skall läsas mellan raderna, dvs bedömas med hjälp av slutledningsförmåga från observatören. Det förstnämnda är observation av låg inferens och det sistnämnda av hög inferens (Muijs, 2004)

där denna studie endast var objektivt observerande, det vill säga av låg inferens. Om observatören är ovan, som i denna studie, rekommenderas en observation som är objektiv till sin natur (Polit, 2016). En fördel med att använda sig av ett strukturerat schema, med förutbestämda punkter, var att observatörens tidigare kännedom om vissa teammedlemmar inte påverkade resultatet. Objektiviteten bibehölls och den så kallade haloeffekten (Neugaard, 2020) där observatör tillskriver de observerade liknande egenskaper utifrån tidigare uppfattningar eliminerades.

En testobservation gjordes med observationsschemat, vilket resulterade i mindre dokumentjusteringar av layout men för övrigt ansåg observatör att schemat fungerade väl då dokumentation av det som studien avsågs mäta var möjligt. Data från testobservationen räknades därav med i resultatet.

Den avsatta tidsperioden som fanns att tillgå inom ramen för examensarbetet och att endast en observatör utförde observationerna medförde svårigheter i att närvara under fler observationer samt att hinna observera fler delar av Checklista 2.0.

Tidsspännat för varje enskild observation var mycket kort och trots hög koncentration och uppmärksamhet hos observatör är det sannolikt att insamlad information inte var fullkomlig. För att undvika skevhet när datainsamling sker krävs att observatör erhåller tillräcklig metodträning i anslutning till observationerna (Polit, 2016) vilket bekräftas av observatörens upplevelse av att ju fler utförda observationer som utfördes, desto enklare blev dokumentationen. Det enskilda pilottestet möjliggjorde justeringar i observationsschemat; men om fler test hade utförts innan studiestart skulle detta kunnat bidra till metodträning hos observatören. Enligt tidigare forskning, i en studie med 900 observationer, krävdes det tio träningstillfällen för att få reliabilitet i observationsschemat (Russ et al., 2015). Observatör i denna studie var ovan metoden och hade inte heller någon tidigare arbetslivserfarenhet för den aktuella kontexten, vilket får ses som en nackdel i metodupplägget.

För att hinna få med och uppfatta all kommunikation som sker på operationssalen skulle en alternativ datainsamlingsmetod som ljudinspelning eller bildinspelning kunna ha utförts, för att därefter analyserats i ett lugnare skede. Dessa metoder skulle också kunnat resultera i större datavolym och tydligare data men även en mindre påverkans effekt från de observerade och minskad risk för smittspridning. Om dessa alternativa metoder valts hade det dock ställts andra krav på både etikansökan och FPI med tanke på godkännande från både teammedlemmar och patienter. Ett beaktande kring sekretess och säker dataförvaring hade också varit nödvändigt. Att en oberoende etiknämnd granskade syfte och metodupplägg för denna studie innan studiestart med tanke på pågående pandemi är av stor betydelse.

7.2 Resultatdiskussion

Tidigare studier kring följsamhet för WHO:s ursprungliga checklista och dess efterföljande modifierade varianter uppvisar stor variation. I en av de första publicerade artiklarna efter införandet av SSC redovisade Haynes et al. (2009) följsamhet på 56,7 % utifrån en omfattande dataanalys av 3955 operationstillfällen från åtta olika sjukhus världen över. Den svenska modifierade versionen av SSC observerades via filminspelning strax efter införandet och trots operationsteamets medvetenhet om observation visade studien endast 54% följsamhet (Rydenfält et al., 2013) vilket kan jämföras med en senare kvantitativ studie av 1267 genomförda checklistor där det redovisas en följsamhet på endast 21% (Erestam et al., 2017). Att SSC olika delar har olika följsamhet ses bland annat i en studie där "time out" utfördes vid

97,5 % av tillfällena med en följsamhet på 64% jämfört med ”sign out” som endast utfördes vid 61% av tillfällena med en efterföljande följsamhet på 68%(Russ et al., 2015). Resultatet i föreliggande studie visade på att *Kontroll inför operationsstart* användes vid 100% av tillfällena med en följsamhet på 72% vilket kan ses som att den nya modifierade versionen är av god kvalitet när det gäller delmomentet på den valda operationsenheten. Kvarstår gör dock vilken följsamhetsgrad de andra delmomenten *Förberedelse inför anestesistart* och *Avslutning* uppvisar innan hela Checklista för säker kirurgi 2.0 kan utvärderas helt. Förekomsten av modifierade checklistor är hög världen över (Solsky et al., 2020) och då redovisade skillnader i följsamhet varierar mellan olika studier, skulle en jämförelse av resultaten mellan tidigare studier kunna bli vilseledande och inte sanningsenlig. Att jämföra föreliggande studies följsamhetsgrad med tidigare forskningsresultat anses därmed inte vara aktuellt. Intresset för följsamhetsgrad ligger i antagandet att en rätt använd checklista medför förbättrat patientutfall. Att SSC ger förbättrat utfall har bekräftats i en nyligen publicerad artikel från Skottland, baserad på nästan sju miljoner operationer under 14 år (Ramsay et al., 2019).

Att inte vara följsam till SSC har beskrivits som att viktig information tas upp men att något saknas och utförandet görs passivt utan eftertanke(Papadakis et al., 2019). När det gäller punkten *Presentation av patient*, som vid alla observationer ansåg vara inkomplett gällande avsaknaden av identifiering mellan id-band och journal, kan detta tolkas annorlunda då identifieringen med stor sannolikhet utfördes innan *Kontroll inför operationsstart* av både operationssjuksköterska och anestesistjuksköterska. Förutsättningarna för att denna punkt skall utföras komplett, enligt manual, är inte optimalt med tanke på att patientens armar vid genomgången redan är inbäddade. Punkten *Planerad operation och sida* var vid alla 22 observationer ofullständig då kirurg aldrig nämnde uppskattad tidsåtgång eller förväntad blodförlust. Efter genomläsning av manual, anser författaren att då blodförlust också förväntas tas upp under punkten kritiska moment kan detta vara vilseledande. Kunskap om förväntad tidsåtgång är av vikt när det gäller riskförebyggande insatser för trycksår vid förändrad positionering men även för medicinsk beredskap. Att som observatör uttala sig om en individ väljer att inte ta upp viktig information är inte genomförbart, om man inte säkerligen vet att personen besitter denna kunskap. För att kunna delge viktig information är det primära att man är närvarande vid genomgången och i denna studie var anesthesiologerna endast närvarande vid fyra tillfallet, vilket får ses som en stor brist på den valda operationsenheten. Taplin et al. (2020) har i sin studie visat på en signifikant ökning av diskussioner kring antibiotika när anesthesiolog var närvarande och föreliggande studie uppvisar ett tydligt resultat där punkten *Antibiotika* inte var korrekt utfört när det var aktuellt. Forskning har även visat på att det finns en risk för att viktig information missas att delges då någon teammedlem saknas(Lingard et al., 2004).

Att vara passiv utan eftertanke kan ses i slentrianbeteende där man utför handlingar per automatik, men kan en utomstående säga något om en annan persons tankar vid hans handlingar? Att se när någon gör fel är lätt men att se när någon avstår från en handling är problematiskt. Att avstå från en handling kan ses som ett misstag (Lindh, 2012) att inte vara följsam räknas det som ett misstag?; och kan man se tystnad som ett tecken på ett passivt utförande? Tystnad observerades flertalet gånger när punkten *Frågor och synpunkter* togs upp för diskussion, förutom vid tillfällena när det förekom informationsöverföring. Detta medför svårigheter i att bedöma om punkten ska anses vara fullständigt besvarad eller inte. En tysthet kan uppfattas som att inget finns att tillföra men det kan ju också innebära att teammedlemmar avstår eller inte vågar delge sina tankar. För att få djupare kunskap om hur checklistans punkter kan förstås och tolkas skulle djupintervjuer kunna komplettera observationerna. I studien

ansågs punkten vara fullständig trots tystnaden och är således inkluderat i resultatet för följsamheten.

Att inte lyssna vid genomgången och att inte alls gå igenom checklistan är inte förenligt med följsamhet (Papadakis et al., 2019). Fokusering vid genomgång av 'Checklista för säker kirurgi' innebär att man lyssnar och att man samtidigt inte utför några andra distraherande arbetsuppgifter (LÖF regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, 2009). Tidigare studie har observerat sämre fokus hos teamet när undersköterska leder genomgången till skillnad från kirurgen (Russ et al., 2015), vilket inte kan bekräftas av denna studie där hela teamet var fokuserade med undantag för tre tillfällen, vilket får anses vara ringa. Checklistan utfördes vid alla observationer men vid en mindre operation ställde sig operatör frågande till behovet att överhuvudtaget utföra *Kontroll inför operationsstart*. Detta tillfälle resulterade därefter i en genomgång på uppmaning av operationssjuksköterskan av checklistans "röda punkter". Vid ytterligare en mindre operation, uppfattade även observatören förvåning hos annan operatör över att alla punkter i checklistan användes vid ingreppet. Enligt manualen (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, 2019) kan mycket väl en förkortad genomgång övervägas vid mindre operationer, men då vald operationsenhet tagit beslut på en arbetsplatsträff att den långa versionen alltid skall användas, fick det senare tillfället räknas som ofullständigt. Att operationsavdelningen använde sig av SSC vid alla tillfällen visar på att det finns en patientsäkerhetskultur som fokuserar på patientsäkerhet, vilket är ett av instrumentets ändamål (LÖF regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, 2009).

Tidigare studie gällande den ursprungliga SSC har visat på oklarheter kring initiering, där operatörer uttryckt önskemål om att uppgiften bör ligga på dem som har det yttersta huvudansvaret för patienten, det vill säga på kirurgerna (B. Gillespie, Withers, Lavin, Gardiner, & Marshall, 2016). En svensk studie har visat på att operationsteamet däremot har uppfattningen om att det är undersköterskans ansvar att starta genomgången (Krupic et al., 2020) och i en engelsk studie bekräftas att 54% av initieringarna utfördes av undersköterska jämfört med 24 % av kirurgerna (Russ et al., 2015). Den svenska modifierade versionen av SSC rekommenderar att en person är ansvarig för initiering och ingen profession benämns som ansvarig (LÖF regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, 2009). I manualen för den nya Checklista för Säker kirurgi 2.0 finns tydligt beskrivet att det är operatör som initierar och undersköterskan som läser punkterna vid delmomentet *Kontroll inför operationsstart* (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, 2019). Till skillnad från både önskemål och rekommendation har denna studie visat på att det är undersköterskan som oftast initierar och inte operatören, vilket skulle kunna leda till irritation hos kirurg då den hierarkiska strukturen rubbas men även förvirring om vem som är ansvarig med risk för att genomgång uteblir. Hypoteser om varför initiering görs av undersköterskan är; tradition, avsaknad av kunskap kring rekommendationer eller att det beror på att undersköterskan har ett annat utgångsläge gällande medvetenheten om var i förberedelsefasen teamet befinner sig i och därmed tar det ansvaret. En reflektion är att kirurgen blir först kallad till operationssalen när resterande del av teamet anser att förberedelserna börjar bli klara, vilket rimligtvis borde innebära att initiering från kirurg skulle vara möjlig när hen är sterilklädd och klar.

Tidsåtgång för *Kontroll inför operationsstart* beräknas ta cirka 60 sekunder enligt manual (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, 2019) vilket stämmer väl överens med två andra studier för den gamla versionen av SSC som visat på att motsvarande del "Time Out" tog 54 sekunder (Taplin et al., 2020) respektive 68 sekunder (Russ et al., 2015). Att ha en genomgång

som är för kort kan innebära att punkterna bara checkas av och tillfälle ges inte för meningsfull kommunikation av diskussions karaktär(Fudickar et al., 2012; B. Gillespie et al., 2016; Russ et al., 2013). Fudickar et al. (2012) framhåller att tidsåtgången bör ligga kring två minuter för att möjliggöra kommunikation. Uppmätt tidsåtgång i aktuell studie var en minut och 24 sekunder, där det vid vissa tillfällen resulterade i kortare diskussioner. Om anestesilog närvarat vid fler tillfällen hade eventuellt fler kommunikationstillfällen inträffat och därmed förlängt tidsåtgången. Designförändringen för Checklista 2.0. med borttagandet av ikryssningsbara boxar, är tänkt att bidra till fler kommunikationstillfällen (Gustafsson et al., 2018) vilket föreliggande studie dock inte undersöker.

Parallellt teamarbete kan ses (Berlin, 2017) enligt observatör i operationsteamets uppdelning av arbetsuppgifter i föreliggande studie. Under genomgången vid punkten *Frågor och Synpunkter* både ställdes och besvarades frågor från undersköterska, operationssjuksköterska, narkossjuksköterska och kirurg vilket stämmer väl överens med tidigare forskning som menar att debriefing med hjälp av checklistan kan möjliggöra en interprofessionell dialog i teamet(Fudickar et al., 2012). Att checklistans punkt *Kritiska moment* togs upp vid alla utom en observation och visar också på att möjlighet gavs för samspel med teamdiskussion. Det sociala samspelets kommunikation, som erhålls när checklistan används, är minst lika viktigt som själva kirurgitekniken för patientsäkerheten(Candinas, Gloor, Fridén, & Andren-Sandberg, 2015). De observerade uppvisade överlag tydliga kännetecken på teamarbete av god kvalitet, vilket bland annat beskrivs som ett socialt accepterat och respektfullt sätt att delge information, samt att situationsmedvetenhet och beredskap finns(Mazzocco et al., 2009). Frånvaro av teammedlem innebär en förlust av kommunikationstillfälle, vilket är en viktig del för att få ett förstärkt teamarbete(B. M. Gillespie et al., 2013) och i föreliggande studie saknades närvaro för anesthesiologerna just vid genomgången av *Kontroll inför operationsstart*. Detta kan ses som att de inte uppvisade samarbete och direktnärvaro med teamets alla professioner, men de uppvisade kontinuerlighet till både patient och anesthesisjuksköterska med sin närvaro innan startkontroll. Observatör uppfattade också att det förekom viss fokus från professionerna på egna arbetsuppgifter och önskemål utan reflektion för de andra professionernas behov av tillträde, både när det gällde tid och plats. Av vikt är att det finns en accepterad balans mellan den professionelle individens utövande och teamets behov (Sandberg, 2006) och att det kollektiva ansvaret inte förminskas, vilket illustreras tydligt i ett välkänt latinskt ordspråk ”*Kedjan är inte starkare än sin svagaste länk*”(Tufvesson, 2021).

Tydliga kopplingar kan ses i studien för operationsenhetens patientsäkerhetskultur som manar till patientsäkerhet och personcentrering med patientdelaktighet, där teamet inför varje operation kontrollerade positioneringen tillsammans med patienten innan sövning. Vid ett tillfälle avböjde narkossjuksköterska tydligt personalbyte för rast med motiveringen att hen ville vara med på ”incheckningen” för att inte missa något av vikt. Liknande patientsäkerhetsbeteenden observerades ytterligare gånger, men då utan den direkta muntliga förklaringen. Operationsenhetens syn på patientsäkerhet uppfattades även av observatör vid en operation av en multisyjuk patient, där kirurg ville avvakta med *Kontroll inför operationsstart* och meddelade teamet att de skulle vänta med genomgången tills dess att anestesilog infunnit sig. Att ha en patientsäkerhetskultur som manar till kritiskt och kontinuerlig granskning av fortlöpande arbete, är att främja patientsäkerheten(Candinas et al., 2015).

7.3 Slutsats

Fördelarna med att använda sig av 'Checklista för säker kirurgi' har visat sig ge en säkrare vård för patienten om den används på rätt sätt. Det globala kommunikationsverktyget har modifierats i en ny förbättrad svensk version med syftet att öka korrekt användning. Denna studie har bekräftat att den nya versionen används korrekt för delmomentet *Kontroll inför operationsstart* på den aktuella enheten gällande; ordningsföljden för punktgenomgången och vilken profession som besvarar vilken punkt. Vidare är följsamheten till delmomentet relativt hög i studien, även om informationen från den nya versionens tillhörande manual inte har hörtsammats fullt ut, vilket framförallt gällde punkterna; *Patientpresentation* och *Planerad operation och sida*, där utförandet inte skedde korrekt enligt manualen. Rekommendationen att initiering av genomgång skall ske av operatör följs inte och anesthesiolognärvaro under aktuell studie är mycket låg. Viss fokus observerades från professionerna på deras egna arbetsuppgifter och önskemål utan reflektion för de andra professionernas behov av tillträde, både när det gällde tid och plats. Checklistan bidrar till informationsöverföring och kommunikationstillfällen för teamet, som uppvisar en patientsäkerhetskultur med teamarbete av god kvalitet där både patientsäkerhet och personcentrering kan ses.

7.4 Kliniska implikationer och förslag på vidare forskning

Föreliggande studie kan ge aktuell operationsenhet underlag för självreflektion där tydliga förbättringspotentialer finns tillgängliga men även områden som idag är välfungerande och värda att behålla. Följsamheten är hög och med ytterligare genomgång och diskussion av Checklistans manual finns goda förutsättningar för förbättringar. För att förtydliga ansvarsfördelningen gällande initiering kan en skriven arbetsrutin underlätta för enheten.

För att kunna generalisera resultatet är ett större datamaterial från flera olika operationsenheter i hela landet gällande följsamheten för alla checklistans delmoment önskvärt. Förslagsvis är att både kvantitativ- och kvalitativdata från både observation och frågeformulär/intervju sätts samman för att möjliggöra ytterligare anpassning av checklistan av LÖF. Layoutförändringar med ett fåtal stöd/minnesord och ökad kunskap om manualens innehåll skulle eventuellt kunna ge förbättrad följsamhet. Att göra en landsomfattande journalgranskning både retrospektivt och prospektivt angående utfall av vårdskador innan och efter införandet av den nya versionen skulle även vara av intresse; detta för att se om checklistan fortfarande är giltig gällande positivt patientutfall men även för att kunna jämföra olika enheters följsamhet och dess påverkan på utfallet.

En digital version av checklistan på storbild skulle kunna underlätta för hela teamet som ett minnesstöd; där visuell hjälp för både erfarna och nya teammedlemmar kan ges angående punkternas ordningsföljd och vilken profession som ansvarar för vilken punkt.

8. REFERENSER

- Alfredsdottir, H., & Bjornsdottir, K. (2008). Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 29-37. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04462.x
- Berlin, J. (2017). Teamarbete-ett livsviktigt samspel,. In M. Lepp & J. Leksell (Eds.), *Vårdpedagogik : vårdens kärnkompetenser från ett pedagogiskt perspektiv*, (Första upplagan ed.): Stockholm : Liber.
- Blomberg, A. C., Bisholt, B., Nilsson, J., & Lindwall, L. (2015). Making the invisible visible – operating theatre nurses' perceptions of caring in perioperative practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 361-368. doi:10.1111/scs.12172
- Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder* (tredje upplagan ed.): Stockholm : Liber.
- Cabral, R. A., Eggenberger, T., Keller, K., Gallison, B. S., & Newman, D. (2016). Use of a Surgical Safety Checklist to Improve Team Communication. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 104(3), 206-216. doi:10.1016/j.aorn.2016.06.019
- Candinas, D., Gloor, B., Fridén, T., & Andrén-Sandberg, Å. (2015). Patient safety in the operating room is not just a matter of cutting correctly. Social interaction, psychological factors and organization does also play a role. *Läkartidningen*, 112.
- Carlström, E., Kvarnström, S., & Sandberg, H. (2013). Teamarbete i vården. In A.-K. Edberg (Ed.), *Omvårdnad på avancerad nivå : kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (1. uppl. ed., pp. 63-101): Lund : Studentlitteratur.
- Carney, B. T., West, P., Neily, J., Mills, P. D., & Bagian, J. P. (2010). Differences in Nurse and Surgeon Perceptions of Teamwork: Implications for Use of a Briefing Checklist in the OR. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 91(6), 722-729. doi:10.1016/j.aorn.2009.11.066
- De Vries, E. N., Ramrattan, M. A., Smorenburg, S. M., Gouma, D. J., & Boermeester, M. A. (2008). The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality & Safety in Health Care*, 17(3), 216-223. doi:10.1136/qshc.2007.023622
- Erestam, S., Haglind, E., Bock, D., Andersson, A. E., & Angenete, E. (2017). Changes in safety climate and teamwork in the operating room after implementation of a revised WHO checklist: a prospective interventional study. *Patient safety in surgery*, 11(1), 4. doi:10.1186/s13037-017-0120-6
- Etikprövningsmyndigheten. (2021). Forskningspersonsinformation. Retrieved from <https://etikprovningmyndigheten.se/for-forskningsperson/>
- Folkhälsomyndigheten. (2020). Patientsäkerhet och vårdrelaterade infektioner. Retrieved from <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vardhygien-och-vardrelaterade-infektioner/patientsakerhet-och-vardrelaterade-infektioner/>
- Fudickar, A., Horle, K., Wiltfang, J., & Bein, B. (2012). The Effect of the WHO Surgical Safety Checklist on Complication Rate and Communication. *Deutsches Arzteblatt International*, 109(42), 695-U639. doi:10.3238/arztebl.2012.0695
- Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30, (2017).
- Gillespie, B., Withers, T., Lavin, J., Gardiner, T., & Marshall, A. (2016). Factors that drive team participation in surgical safety checks: a prospective study. *Patient safety in surgery*, 10.
- Gillespie, B. M., Gwinner, K., Chaboyer, W., & Fairweather, N. (2013). Team communications in surgery - creating a culture of safety. *Journal of interprofessional care*, 27(5), 387-393. doi:10.3109/13561820.2013.784243
- Gillespie, M. B., Chaboyer, M. W., Thalib, M. L., John, M. M., Fairweather, M. N., & Slater, M. K. (2014). Effect of Using a Safety Checklist on Patient Complications after Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Anesthesiology*, 120(6), 1380-1389. doi:10.1097/ALN.0000000000000232
- Gustafsson, P., Salomonsson, A., & Svensson, P. (2018). Tio år med who:s checklista för säker kirurgi- Nu kommer den nya svenska versionen-checklistan 2.0. *Läkartidningen*, 115.

- Guthrie, G. (2010). *Basic Research Methods: An Entry to Social Science Research*. New Delhi: India, New Delhi: SAGE Publications India Pvt Ltd.
- Gutierrez, L., Dos Santos, J., Peiter, C., Menegon, F., Sebold, L., & Erdmann, A. (2018). Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl 6), 2775. doi:10.1590/0034-7167-2018-0449
- Hannam, J. A., Glass, L., Kwon, J., Windsor, J., Stapelberg, F., Callaghan, K., . . . Mitchell, S. J. (2013). A prospective, observational study of the effects of implementation strategy on compliance with a surgical safety checklist. *British Medical Association Quality & Safety*, 22(11), 940-947. doi:10.1136/bmjqs-2012-001749
- Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. H., Dellinger, E. P., . . . Gawande, A. A. (2011). Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *British Medical Association Quality & Safety*, 20(1), 102-107. doi:10.1136/bmjqs.2009.040022
- Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. H., Dellinger, E. P., . . . Gawande, A. A. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine*, 360(5), 491-499. doi:10.1056/NEJMsa0810119
- Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad* (Andra upplagan ed.): Lund : Studentlitteratur.
- Janeth, L., & Margret, L. (2013). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*: Stockholm.
- Krupic, F., Svantesson, E., Seffo, N., Westin, O., & Hamrin Senorski, E. (2020). Use of the World Health Organization Checklist-Swedish Health Care Professionals' Experience: A Mixed-Method Study. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 35(3), 288-293. doi:10.1016/j.jopan.2019.10.002
- Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. (2019). Manual för säker kirurgi 2.0. Retrieved from https://lof.se/filer/Checklista_manual.pdf
- Ledarskap. (2015). Retrieved from https://ledarskap.webnode.se/citat/newsbcm_905439/40/
- Lindh, M. (2012). *Säker vård : att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg* (1. utg. ed.): Stockholm : Natur & Kultur.
- Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, G. R., Reznick, R., . . . Grober, E. (2004). Communication failures in the operating room: An observational classification of recurrent types and effects. *Quality and Safety in Health Care*, 13(5), 330-334. doi:10.1136/qshc.2003.008425
- LÖF regionernas ömsesidiga försäkringsbolag. (2009). Världsalliansen för patientsäkerhet(World Alliance for Patient Safety)Bruksanvisning för checklista för säkerhet vid operationer Säker kirurgi räddar liv,. Retrieved from https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_manual_swedish.pdf
- Mazzocco, K., Petitti, D. B., Fong, K. T., Bonacum, D., Brookey, J., Graham, S., . . . Thomas, E. J. (2009). Surgical team behaviors and patient outcomes. *The American Journal of Surgery*, 197(5), 678-685. doi:10.1016/j.amjsurg.2008.03.002
- McCambridge, J., Witton, J., & Elbourne, D. R. (2014). Systematic review of the Hawthorne effect: New concepts are needed to study research participation effects. *Journal of clinical epidemiology*, 67(3), 267-277. doi:10.1016/j.jclinepi.2013.08.015
- Muijs, D. (2004). *Doing Quantitative Research in Education with SPSS*.
- NE Nationalencyklopedin AB. (2021). Kommunikation,. Retrieved from <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/kommunikation>
- Neugaard, B. (2020). halo effect. *Encyclopædia Britannica, Inc*. Retrieved from <https://www.britannica.com/science/halo-effect>
- Nilsson, L., Lindberget, O., Gupta, A., & Vegfors, M. (2010). Implementing a pre-operative checklist to increase patient safety: a 1-year follow-up of personnel attitudes. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 54(2), 176-182. doi:10.1111/j.1399-6576.2009.02109.x
- Oberle, K., & Allen, M. (2001). The nature of advanced practice nursing. *Nursing outlook*, 49(3), 148-153. doi:10.1067/mno.2001.112959

- Papadakis, M., Meiwandi, A., & Grzybowski, A. (2019). The WHO safer surgery checklist time out procedure revisited: Strategies to optimise compliance and safety. *International Journal of Surgery*, 69, 19-22. doi:10.1016/j.ijss.2019.07.006
- Parsons, H. M. (1974). What Happened at Hawthorne? *Science*, 183(4128), 922-932.
- Polit, D. F. (2016). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. ed.): Philadelphia : Wolters Kluwer.
- Ramsay, G., Haynes, A. B., Lipsitz, S. R., Solsky, I., Leitch, J., Gawande, A. A., & Kumar, M. (2019). Reducing surgical mortality in Scotland by use of the WHO Surgical Safety Checklist. *British Journal of Surgery*, 106(8), 1005-1011. doi:10.1002/bjs.11151
- Reason, J. (2013). Individ-och systemmodeller för felbehandlingar-att skapa rätt balans i hälso-och sjukvården. In S. Ödegård (Ed.), *Patientsäkerhet : teori och praktik* (1. uppl. ed., pp. 148-169): Stockholm : Liber.
- Riksföreningen för operationssjukvård. (2020,). Kompetensbeskrivning avancerad nivå specialistsjuksköterska inom operationssjukvård, . Retrieved from http://www.rfop.se/media/nrpdvt1e/kompetensbeskrivning-2020_webb.pdf
- Ritzén C, Sagen F, Sjöberg L, & Thunstedt F. (2016). Forskningsstrategier. Retrieved from <https://forskningsstrategier.wordpress.com/>
- Rollenhagen, C. (2013). Säkerhetsklimat och säkerhetskultur. In S. Ödegård (Ed.), *Patientsäkerhet : teori och praktik* (1. uppl. ed., pp. 352-374): Stockholm : Liber.
- Russ, S., Rout, S., Caris, J., Mansell, J., Davies, R., Mayer, E., . . . Sevdalis, N. (2015). Measuring Variation in Use of the WHO Surgical Safety Checklist in the Operating Room: A Multicenter Prospective Cross-Sectional Study. *Journal of the American College of Surgeons*, 220(1), 1-11.e14. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2014.09.021
- Russ, S., Rout, S., Sevdalis, N., Moorthy, K., Darzi, A., & Vincent, C. (2013). Do Safety Checklists Improve Teamwork and Communication in the Operating Room? A Systematic Review. *Annals of Surgery*, 258(6), 856-871. doi:10.1097/SLA.0000000000000206
- Rydenfält, C., Ek, A., & Larsson, P. A. (2014). Safety checklist compliance and a false sense of safety: new directions for research. *British Medical Association Quality & Safety*, 23(3), 183-186. doi:10.1136/bmjqs-2013-002168
- Rydenfält, C., Johansson, G., Odenrick, P., Åkerman, K., & Larsson, P. A. (2013). Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(2), 182-187. doi:10.1093/intqhc/mzt004
- Sandberg, H. (2006). *Det goda teamet : om teamarbete, arbetsklimat och samarbetshälsa*. Lund: Lund : Studentlitteratur.
- Sandelin, A., & Gustafsson, B. Å. (2015). Operating theatre nurses' experiences of teamwork for safe surgery. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(3).
- Sandelin, A., Kalman, S., & Gustafsson, B. (2019). Prerequisites for safe intraoperative nursing care and teamwork-Operating theatre nurses' perspectives: A qualitative interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(13-14), 2635-2643. doi:10.1111/jocn.14850
- Sandman, L. (2018). *Etikboken : etik för vårdande yrken* (Andra upplagan ed.): Lund : Studentlitteratur.
- Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård* (1. uppl. ed.): Lund : Studentlitteratur.
- Shi, R., Marin-Nevarez, P., Hasty, B., Roman-Micek, T., Hirx, S., Anderson, T., . . . Lau, J. N. (2020). Operating Room In Situ Interprofessional Simulation for Improving Communication and Teamwork. *Journal of Surgical Research*, 260, 237-244. doi:10.1016/j.jss.2020.11.051
- Socialstyrelsen. (2019). Allvarliga skador och vårdskador. Fördjupad analys av skador och vårdskador i somatisk vård av vuxna vid akutsjukhus. Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-4-3.pdf>
- Socialstyrelsen. (2020). Agera för säker vård-Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso-och sjukvården 2020–2024,. Retrieved from

- <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-1-6564.pdf>
- Socialstyrelsen. (2021). Vad är patientsäkerhet? Retrieved from <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/vad-ar-patientsakerhet/>
- Solsky, I., Berry, W., Edmondson, L., Lagoo, J., Baugh, J., Blair, A., . . . Haynes, A. B. (2020). World Health Organization Surgical Safety Checklist Modification: Do Changes Emphasize Communication and Teamwork? *Journal of Surgery Research*, 246, 614-622. doi:10.1016/j.jss.2018.09.035
- Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor, (2003). Svensk författningssamling. (2010). *Patientsäkerhetslagen 2010:659*.
- Svensk författningssamling. (2018). Lag (2018:1092) om ändring i lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor
- Svensk sjuksköterskeförening, & Svenska läkare sällskapet. (2017). Teamarbete & Förbättringskunskap två kärnkompetenser för god och säker vård. Retrieved from <https://www.swenurse.se/download/18.1dbf1316170bff6748cd8b0/1584345577416/Teamarbete%20och%20f%C3%B6rb%C3%A4ttringskunskap.pdf>
- Takala, R. S. K., Pauniahio, 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(10), 1206-1214. doi:10.1111/j.1399-6576.2011.02525.x
- Taplin, C., Romano, L., Tacey, M., & Hodgson, R. (2020). Everyone has Their Role to Play During the World Health Organisation Surgical Safety Checklist in Australia: A Prospective Observational Study. *World journal of surgery*, 44(6), 1755. doi:10.1007/s00268-020-05397-2
- Tarring, B., Gittell, J. H., Laursen, M., Rasmussen, B. S., & Sarensen, E. E. (2019). Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: an ethnographic study. (Report). *BMC Health Services Research*, 19(1). doi:10.1186/s12913-019-4362-0
- Tufvesson, P. (2021). Sveriges största samling ordspråk och citat. Retrieved from <https://livet.se/ord>
- Vogelsang, A. C., Swenne, C. L., Gustafsson, B. Å., & Falk Brynhildsen, K. (2020). Operating theatre nurse specialist competence to ensure patient safety in the operating theatre: A discursive paper. *Nursing Open*, 7(2), 495-502. doi:10.1002/nop.2.424
- Wakefield, M. (2000). To err is human: An Institute of Medicine report. *Professional Psychology : Research and Practice*, 31(3), 243-244. doi:10.1037/h0092814
- Watters, D. A. (2017). The World Health Organization Surgical Safety Checklist. *ANZ Journal of Surgery*, 87(12), 961-962. doi:10.1111/ans.14210
- Weiser, T. G., & Haynes, A. B. (2018). Ten years of the Surgical Safety Checklist. *British Journal of Surgery*, 105(8), 927-929. doi:10.1002/bjs.10907
- Wikipedia- Den fria encyklopedin. (2020). Den gyllene regeln. Retrieved from https://sv.wikipedia.org/wiki/Den_gyllene_regeln
- Wikipedia- Den fria encyklopedin. (2021). Latinska ordspråk och talesätt. Retrieved from https://sv.wikipedia.org/wiki/Latinska_ordspr%C3%A5k_och_tales%C3%A4tt
- Wikipedia-Den fria encyklopedin. (2019). Compliance. Retrieved from [https://sv.wikipedia.org/wiki/Compliance_\(medicin\)](https://sv.wikipedia.org/wiki/Compliance_(medicin))
- World Health Organization. (2009). WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. In *WHO Guidelines for Safe Surgery 2009: Safe Surgery Saves Lives*. Geneva: World Health Organization Copyright © 2009, World Health Organization.
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Jama*, 310(20), 2191-2194. doi:10.1001/jama.2013.281053
- Ödegård, S. (2013). *Patientsäkerhet : teori och praktik* (1. uppl. ed.): Stockholm : Liber.

9. Bilaga 1: Observationschema Kontroll inför operationsstart

Bilaga 1: OBSERVATIONSPROTOKOLL: CHECKLISTA FÖR SÄKER KIRURGI 2.0

Datum: Opstart: Opslut: Opsal:
 Typ av operation:

1. Vilka är närvarande?
 Undersköterska Operationssjuksköterska Narkossjuksköterska Anestesiläkare Operatör Övrig*

2. Vem initierar genomgång?
 Undersköterska Operationssjuksköterska Narkossjuksköterska Anestesiläkare Operatör Övrig*

3. Vilka är fokuserade?
 Undersköterska Operationssjuksköterska Narkossjuksköterska Anestesiläkare Operatör Övrig*

4. Tidsåtgång för genomgång för Kontroll inför operationsstart?.....sek

Kontroll inför operationsstart

Fältanteckningar

Bilaga 1: OBSERVATIONSPROTOKOLL: CHECKLISTA FÖR SÄKER KIRURGI 2.0

	Op-start	Ja	Nej	Delvis		Usk	Opssk	Anssk	A.L	Operatör	Övrig	Kommentar
1.	Presentation av teamet <small>Namn+befattning</small>				Frågar svarar							
2.	Presentation av patient <small>Journal, Id-band, studie</small>											
3.	Anestesiform <small>Utan problem</small>											
4.	Antibiotika <small>prep, dos, tid</small> Givet/Ej aktuellt											
5.	Smitta och allergi <small>Ingen känd kontroll mot journal</small>											
6.	Utrustning och material <small>Komplett, funktion</small>											
7.	Positionering och säkring av patient <small>Klart Rätt bord, säkrad</small>											
8.	Sterilitet, drapering och uppdukning <small>Bekräftas Hudkostym</small>											
9.	Planerad operation och sida <small>beräknad tid</small>											
10.	Förväntade kritiska moment <small>>500ml blödning</small>											
11.	Frågor och synpunkter											
12.	Startkontroll klar											

10. Bilaga 2: Forskningspersonsinformation FPI

PERIOPERATIV KOMMUNIKATION - EN OBSERVATIONSSTUDIE ANGÅENDE FÖLJSAMHET VID ANVÄNDNING AV CHECKLISTA FÖR SÄKER KIRURGI 2.0

Jag vill fråga dig om du vill delta i ett forskningsprojekt. Anledningen till att du blir tillfrågad är att du arbetar på en operationsavdelning där du under operation använder Checklista 2.0. Din medverkan bidrar till att belysa hur kommunikation utförs på operationssalen vilket hjälper till att ge ökad förståelse för patientsäkerheten på enheten.

Din verksamhetschef och vårdenhetschef är tillfrågade om studien och ser inga hinder med studien. Jag som kommer att utföra observationerna är anställd på din enhet och kommer efter min examen att bli din medarbetare som operationssjuksköterska.

I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

Forskningshuvudman för projektet är Göteborgs Universitet Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa. Den här studien är ett magisterarbete inom ramen för specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot operation.

Bakgrund

Kommunikation är av vikt för att öka patientsäkerheten på operation. När vi kommunicerar med varandra på ett optimalt sätt minskar riskerna för att oönskade händelser sker, vilket kan leda till vårdskador för patienten. En effektiv kommunikation ger en säkrare vård och erhålls genom samarbetet mellan operationsteamets medlemmar.

Sedan 2008 har kommunikationsverktyget WHO:s checklista för säker kirurgi används på operationsenheter världen över för att öka patientsäkerheten vid kirurgi och minska risken för vårdskador. Checklistan syftar till att förbättra kommunikation och samarbete på operationssalen och medför att viktiga moment inte glöms bort. Forskning har visat att god följsamhet till användandet av checklisten medför minskad morbiditet och sänkt mortalitet postoperativt för patienten. För att optimera checklisten och anpassa den till svensk sjukvård konstruerades 2018 Checklista 2.0. Det finns ännu inga studier publicerade om hur väl följsamheten ser ut för denna nya checklista.

Syfte

Studiens syfte är att belysa hur följsamheten ser ut kring användningen av Checklista för säker kirurgi 2.0 på en operationsavdelning.

Hur studien går till

En observatör kommer att närvara vid cirka 20 olika operationstillfällen under 2 veckor. Observatören kommer att föra anteckningar och är inte aktivt medverkande i själva operationen.

Möjliga risker med att delta i studien

Det finns inga risker med deltagande i studien.

Användning av personuppgifter

Data som insamlas består ej av några personuppgifter vilket innebär att ditt deltagande blir anonymt. Observationsprotokollen som används i studien kommer att kasseras efter att examensarbetet är färdigt.

Information om resultatet av studien

Ett exemplar av studien kommer att finnas tillgänglig på er operationsavdelning då uppsatsen blivit godkänd. Du har även möjlighet att läsa den på GUPEA, Göteborgs Universitetsarkiv för publikationer. www.gupearciv.org

Ersättning

Ingen ersättning erbjuds i denna studie.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst, både innan studiestart och under observationen, välja att avbryta deltagandet utan förklaring. Om du innan studiestart känner att du inte vill delta kontakta ansvarig för studien alternativt din vårdnadschef. Om du under observationen vill avbryta meddela observatören direkt.

Ansvarig för studien

Operationssjuksköterskestudent: Marie Björkebro, gusbjorke@student.gu.se

Handledare: Sofia Erestam, PhD, Specialistsjuksköterska inom operationssjukvård,
sofia.erestam@gu.se

11. Bilaga 3: Brev till verksamhetschefer



**SAHLGRENSKA AKADEMIN,
Institutionen för vårdvetenskap
och hälsa**

INFORMATION OM EXAMENSARBETEN
2020-11-03

Till berörda verksamhetschefer

Studenters examensarbete på grund- och avancerad nivå

Vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborg universitet ingår ett examensarbete på såväl grundnivå till sjuksköterska och röntgensjuksköterska som på avancerad nivå inom ramen för akademisk yrkesexamen till specialistsjuksköterska och barnmorska. Institutionen erbjuder också fristående kurser i genomförande av självständigt arbete på avancerad nivå. Det självständiga examensarbetet omfattar 15 respektive 30 högskolepoäng och ingår i en generell kandidat- magister- eller masterexamen i huvudområdena omvårdnad, radiografi, vårdpedagogik och reproduktiv och perinatal hälsa

Examensarbetet kan utgöras av en litteraturstudie eller en empirisk studie med datainsamling inom valt verksamhetsområde. Datainsamling kan komma att ske i vårdverksamheten, vilket ställer krav på rutiner för etisk prövning. Etikprövningslagen (EPL) gäller dock inte sådant arbete eller sådana studier som endast utförs inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller på avancerad nivå.

Fakultetsstyrelsen för Sahlgrenska akademien har därför beslutat att fastställa rutiner för etisk prövning gällande examensarbeten på grundnivå och avancerad nivå enligt bilaga: "Protokollsutdrag från Fakultetsstyrelsen för Sahlgrenska akademien den 29 januari 2020" med bilagd underbilaga, blankett för "Uppdragstilldelning – tilldelning av särskilda uppdrag". Studenterna använder denna blankett inom SU och dokument med motsvarande rubriker vid verksamhet utanför SU för att inhämta godkännande från verksamhetschef eller motsvarande.

Studenter som genomför ett empiriskt examensarbete skall först inhämta godkännande av etikprövningsgrupp på institutionen som på prefektens uppdrag genomfört etisk granskning av studentens forskningsetiska övervägande samt forskningspersoninformation (FPI). Därefter inhämtar studenten tillstånd från verksamhetschef eller motsvarande med ovan beskrivna dokument för att kunna genomföra sin planerade studie. Studenten skall efter inhämtat tillstånd lämna den godkända FPI:n till tilltänkta deltagare, vanligen i samband med muntlig information. Forskningspersoner som väljer att delta i studien skall ge muntligt alt skriftlig samtycke och vara klara över att deltagandet är frivilligt och när som helst avbrytas utan att forskningspersonen behöver förklara varför. Data förvaras inlåst så att ingen obehörig kommer åt data, och förstörs/raderas när uppsatsen är godkänd.

Examensarbetet kan också ske som ett delarbete i ett pågående forskningsprojekt. I de fall där examensarbetet är en del av ett pågående forskningsprojekt gäller inte ovan utan räknas som forskning och studenten skall uppvisa beslut från etikprövningsnämnden.

Med vänliga hälsningar

Inger Jansson
Vice prefekt för utbildning
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Telefon: +46 31 786 6013
E-post: Inger.Jansson@gu.se

ngulärt klipp