



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
OCH HÄLSA**

# **OPERATIONSTEAMETS PERIOPERATIVA KOMMUNIKATION**

En observationsstudie om följsamheten av  
Checklista för säker kirurgi 2.0

**Cecilia Lundahl  
Lisa Cederqvist**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i omvårdnad OM5340
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT2023
Handledare:	Sofia Erestam
Examinator:	Annette Erichsen Andersson

Titel svensk:	Operationsteamets perioperativa kommunikation. En observationsstudie om följsamheten av Checklista för säker kirurgi 2.0
Titel engelsk:	Perioperative communication of the surgical team. An observational study on adherence to the Surgical Safety Checklist 2.0
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i omvårdnad OM5340
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT2023
Handledare:	Sofia Erestam
Examinator:	Annette Erichsen Andersson
Nyckelord:	Perioperativ omvårdnad, säker vård, kommunikation, följsamhet, Checklista för säker kirurgi 2.0

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Operationssjukvård är komplex och avancerad. Flera olika yrkeskategorier samarbetar utifrån egna kompetensområden och arbetar för patientens perioperativa omvårdnad. Den perioperativa omvårdnaden ska vara personcentrerad och operationsteamet ska arbeta för att ge en säker vård. För att kunna ge säker vård behövs god kommunikation mellan teammedlemmarna. Utifrån detta har flera olika kommunikationsverktyg utvecklats, däribland WHO Checklista för säker kirurgi. Checklista för säker kirurgi 2.0 utvecklades som en följd av WHO Checklista för säker kirurgi och har anpassats efter svensk operationssjukvård för att öka säkerheten ytterligare. **Syfte:** Att kartlägga operationsteamets användande av Checklista för säker kirurgi 2.0 i den perioperativa omvårdnaden. Med frågeställningar om hur många gånger den utförs korrekt och om det är skillnad mellan kirurgiska och ortopediska operationer. **Metod:** En icke-deltagande strukturerad observationsstudie där anpassade observationsformulär har använts. **Resultat:** 20 operationer har observerats, varav tio var kirurgiska och tio var ortopediska. Resultatet visar att Checklista för säker kirurgi 2.0 användes vid alla operationer dock inte på ett korrekt sätt. Resultatet visade att enskilda delar av checklistan utfördes på ett korrekt sätt. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan kirurgiska och ortopediska operationer, däremot fanns det skillnad i vilka distraktioner som uppkom under checklistans genomgång. **Slutsats:** Följsamheten till korrekt användande av Checklista för säker kirurgi 2.0 på den observerade operationsenheten var svår att upprätthålla, mestadels på grund av distraktioner i operationsteamet eller att delar missats att utföras.

**Nyckelord:** Perioperativ omvårdnad, säker vård, kommunikation, följsamhet, Checklista för säker kirurgi 2.0

## Abstract

**Background:** Surgical care is complex and advanced. Several different professions collaborate, in their own areas of competence, within the perioperative care of the patient. The perioperative care shall be patient centered and the surgical team shall work for patient safety. To be able to provide patient safety, good communication is needed among the team members. Based on this, several different communication tools have been developed, including WHO Surgical safety checklist. This checklist has been modified and adapted in Sweden, by the name Surgical safety checklist 2.0 and the purpose is to further increase patients' safety according to the Swedish surgical health care system. **Aim:** To identify the use of the Surgical safety checklist 2.0 by the operating team in the perioperative care. With questions as how many times it is correctly accomplished and if there is any difference between surgical and orthopedic operations. **Method:** The study is performed as a non-participating structured observation where observational protocols has been used. **Results:** 20 operations have been observed and were evenly distributed between surgical and orthopedic operations. The result shows that the Surgical safety checklist 2.0 was used during all the operations, though not correctly performed. The result shows that some of the individual parts were correctly performed. There was no significant difference between the surgical and orthopedic operations, although there were differences in type of distractions that arose during the checklist. **Conclusion:** Adherence to the correct use of the Surgical safety checklist 2.0 on the observed surgical unit was difficult to maintain, mostly due to distractions in the surgical team or parts being missed to be performed.

**Key words:** Perioperative care, safe care, communication, adherence, Surgical safety checklist 2.0

## **Förord**

Vi vill tacka vår handledare Sofia Erestam för det engagemang och den tillgänglighet hon visat under arbetets gång. Vi vill även rikta ett stort tack till operationsenheten där observationen har utförts för den välvilja och det intresse som visats.

Cecilia och Lisa

# Innehållsförteckning

Inledning .....	1
Bakgrund.....	1
Operationssjukvård .....	1
Operationsmiljö.....	1
Perioperativ omvårdnad.....	1
Icke tekniska färdigheter.....	2
Teamarbete och kommunikation .....	2
Kommunikationsverktyg.....	3
WHO Checklista för säker kirurgi .....	3
Checklista för säker kirurgi 2.0 .....	4
Följsamhet till WHO Checklista för säker kirurgi .....	4
Teoretisk referensram .....	4
Säker vård.....	4
Problemformulering .....	6
Syfte.....	7
Frågeställningar .....	7
Metod.....	7
Design .....	7
Urval.....	7
Mätinstrument.....	8
Datainsamling .....	8
Dataanalys .....	8
Etiska överväganden .....	9
Informerat samtycke .....	9
Konfidentialitet .....	9
Resultat .....	10
Sammanfattning.....	10
Följsamhet till ”Kontroll inför anestesistart” .....	10
Kirurgi .....	10
Ortopedi .....	10

Följsamhet till ”Kontroll inför op-start” .....	11
Kirurgi .....	11
Ortopedi .....	11
Följsamhet till ”Avslutning” .....	12
Kirurgi .....	12
Ortopedi .....	12
Diskussion .....	13
Metoddiskussion .....	13
Risk och nytta med studien .....	15
Resultatdiskussion .....	15
Slutsats .....	20
Implementering och förslag på vidare forskning .....	20
Referenslista .....	21
Bilaga 1: Obligatoriskt- Skriftlig information till deltagare .....	25
Bilaga 2 Observationsformulär .....	28

## Inledning

År 2021 utfördes 805 509 operationer av samtliga inriktningar i slutenvården i Sverige(1). Arbetet inom operationssjukvård är komplext och operationsteamet har många olika arbetsuppgifter vilket sätter krav på ett gott teamarbete och god kommunikation(2, 3). Teamsamverkan kan vara svårt att bibehålla om delar av operationsteamet ofta byts ut eller roterar inom olika inriktningar(4, 5). För att underlätta teamarbete och kommunikation har WHO checklista för säker kirurgi utvecklats för att motverka misstag i form av allvarliga konsekvenser för patienten(6). Operationsteamet har skyldighet att arbeta personcentrerat och kunna bedriva en säker vård(7). WHO checklista för säker kirurgi har visat sig ha goda effekter för patientsäkerheten men följsamheten till användandet är svår att upprätthålla(8, 9). I Sverige har Checklista för säker kirurgi 2.0 utvecklats som en modifierad version av WHO checklista för säker kirurgi. Det finns ännu ingen forskning på följsamheten till Checklista för säker kirurgi 2.0. Därav vill vi med den här uppsatsen undersöka hur Checklista för säker kirurgi 2.0 används och om användandet skiljer sig mellan ortopediska och kirurgiska operationer.

## Bakgrund

### Operationssjukvård

#### Operationsmiljö

Operationsrummets miljö beskrivs som tekniktät, mycket högteknologisk och komplex. Den medicinska tekniken är styrd av lagstiftning och standards och det är operationssjuksköterskans ansvar att kunna hantera denna utrustning på ett säkert sätt(2). Den fysiska arbetsmiljön och tekniken behöver vara anpassad och utformad efter arbetsområdet och användarna för att kunna skapa en säker arbetsplats(10). Komplexiteten i operationsmiljön finns bland annat i att flera olika yrkeskategorier med olika kompetensnivåer arbetar tillsammans i team(2, 3). Ett operationsteam består av kirurg, anestesilog, anestesijuksköterska, operationssjuksköterska, undersköterska eller operationssjuksköterska som cirkulerande personal och inte minst patienten(7). Det förekommer många olika arbetsuppgifter samtidigt i operationsrummet och teammedlemmarna måste kunna avbryta varandra och vara flexibla i arbetsgången för att kunna gynna en säker vård(3). Kommunikationen inne i operationsrummet kan vara den mest avgörande för säkerhetsklimatet(11). Enskilda individer kan ha svårt att få överblick i en sådan komplex miljö som i operationsrummet och små misstag i teknik eller missförstånd mellan medarbetarna kan leda till allvarliga konsekvenser för patienten(2). Trygghet för patienten kan skapas av medarbetarna i sjukhusmiljön vilket kräver engagemang av både medarbetarna och patienten. Brist på detta kan i stället skapa otrygghet för patienten då denna är utanför sitt vanliga sammanhang(12, 13).

#### Perioperativ omvårdnad

Perioperativ omvårdnad ges till patienten under tre olika faser; pre-, intra- och postoperativ fas. I alla faserna kan omvårdnadspersonal få information från patienten som kan analyseras och omvandlas till omvårdnadsdiagnoser. Utifrån dessa kan omvårdnadspersonalen utforma en omvårdnadsplan för patienten och säkerställa att patienten får en trygg vård(14). Det är av vikt för patientens välmående och trygghet att få tydlig information i den preoperativa fasen(15).

Med god omvårdnad och en säker miljö ges förutsättningar för patienten att få en god återhämtning och främja välmående(13). Den perioperativa omvårdnaden ska utföras personcentrerat av alla professioner i operationsteamet och därav ställs yrkesspecifika utbildningskrav. Operationssjuksköterskans specifika uppgifter och ansvar inom den perioperativa omvårdnaden är bland annat att se till god positionering på operationsbordet, bibehålla aseptik, säker instrumentering och arbeta för att främja sårsläkning och förebygga postoperativa infektioner(7, 16). Genom att hålla sig till sina yrkesspecifika arbetsuppgifter tar operationssjuksköterskan sitt ansvar att bidra till hållbar utveckling vilket följer ICN:s etiska kod(17).

### **Icke tekniska färdigheter**

Att arbeta i team med ett högrisk-arbete kräver inte bara teknisk skicklighet utan kompletteras av de icke tekniska färdigheterna, på engelska kallat Non technical skills (NTS). Det innebär den sociala, kognitiva och personliga förmågan att genomföra sin uppgift på ett säkert sätt. I icke tekniska färdigheter inkluderas kommunikation, teamarbete, situationsmedvetenhet, beslutsfattande, ledarskap, stresshantering och att hantera trötthet(18, 19). Träning av tekniska färdigheter såväl som icke tekniska färdigheter behövs för att utveckla och utbilda personalen vilket medför säkrare vård för patienten(20). För att uppnå hög kvalitet inom tekniska och icke tekniska färdigheter behövs även erfarenhet. God teknisk färdighet kan öka den icke tekniska färdigheten och vice versa(21).

### **Teamarbete och kommunikation**

Att ingå i ett team innebär att kunna utbyta information, lösa konflikter och stötta varandra samt att kunna samarbeta mot ett gemensamt mål(4, 19). Det är av vikt att kunna skapa en bekväm atmosfär i operationsrummet och ansträngning krävs av hela teamet för att bibehålla detta(13, 15). I operationsrummet behövs ett tydligt ledarskap utan att en hierarkisk atmosfär uppstår och det är av vikt att ha en god inställning till varandra(4). Alla professioner bör respektera varandras yrke eftersom alla besitter sin unika kunskap som behövs i operationsteamet. Det går inte att ersätta en av professionernas kompetens, utan alla behövs för ett fulländat operationsteam. Det fungerande teamarbetet resulterar i en säker och god vård för patienten(7, 22). Bristande teamarbete kan leda till högre mortalitet och komplikationer inom operationssjukvården(23). Det är en god förutsättning om de som arbetar tillsammans känner varandra(4, 22). En operationssjuksköterska som "ligger steget före" och känner till kirurgens önskemål ger till följd ett effektivt arbete. Vid tillfällen där ny personal kommer in i arbetsgruppen kan detta upplevas som betungande för den ordinarie personalen eftersom man inte i lika stor utsträckning kan använda den icke-verbala kommunikationen som ofta förekommer när man känner varandra(22). Operationsteamet utför många olika arbetsuppgifter under en operation och nästan hälften av dem inkluderar kommunikation(3). Kommunikation består av verbal- och icke verbal kommunikation som båda används inne i operationsrummet. I ett effektivt teamarbete används den icke verbala kommunikationen genom exempelvis ögonkontakt eller gester(24). En verbal kommunikation behövs för att alla i teamet ska kunna utföra ett säkert arbete. Att tala högt med varandra resulterar i att teamet förstår den vård som ska utföras. Även om en icke verbal kommunikation ofta förekommer i operationsrummet så behöver den uppdagas med samtliga teammedlemmar i en verbal kommunikation(4, 22, 24). I operationsrummet sker alltför ofta misstag på grund av bristfällig kommunikation i teamet vilket kan leda till ökade komplikationer för patienten såsom postoperativa infektioner, reoperationer och dödsfall(25).



## Kommunikationsverktyg

Kommunikationsverktyg är ett redskap för att säkerställa och genomföra en god kommunikation mellan vårdpersonal och medför säkrare vård för patienten(26). Ett kommunikationsverktyg att använda är SBAR - Situation, Bakgrund, Aktuellt och Rekommendation, som är den svenska versionen med ursprung från amerikanska marinen. SBAR används till säker kommunikationsöverföring i såväl akuta som icke akuta situationer(27). I flera verksamheter som anses vara högrisk-arbeten används träningsmetoden Crew Resource Management (CRM) för att stärka teamets icke tekniska färdigheter, däribland kommunikation(19). CRM innebär att genom teori, simulering av patientfall och reflektion, träna på de icke tekniska färdigheterna och att utföra gemensam vård i teamet. Operationssteamet kan minska vårdskador och öka patientsäkerheten genom att träna på CRM(28). Arbetsätt för icke tekniska färdigheter inom sjukvården är uppbyggt på flyg och militärverksamheten som också anses som högrisk-arbeten. Ett av dessa arbetsätt är att använda sig av checklistor för att få en strukturerad genomgång av arbetssituationen vilket ökar möjligheten att upptäcka eventuella missar före handlingen som ska utföras och därmed förebygga allvarliga händelser(19).

### **WHO Checklista för säker kirurgi**

WHO checklista för säker kirurgi infördes 2008 för att öka kommunikationen i det opererande teamet i syfte att öka säkerheten för patienten perioperativt. WHO checklista för säker kirurgi består av tre delar "Sign in" som utförs innan anestesistart och innefattar bland annat patientidentitet, typ av ingrepp, eventuell sidomarkering och allergier. "Time out" utförs innan incisionen påbörjas och innefattar en presentation av operationsteamet och patienten, typ av ingrepp, antibiotikapofylax och eventuella kritiska moment. "Sign out" utförs innan patienten lämnar operationsrummet och innebär en gemensam avstämning av operationsprocessen. Det innefattar även kontroll av instrument, dukar och nålar samt viktig information som ska vidarebefordras till den postoperativa omvårdpersonalen(6). Alla i teamet skulle kunna ta initiativet att checklistan genomförs men en person bör ha ansvaret att den blir genomförd enligt manualen. Under alla delar ska personalen ägna full uppmärksamhet genom att pausa andra arbetsuppgifter. Att använda WHO Checklista för säker kirurgi ger det opererande teamet ett verktyg för att underlätta teamarbetet och kommunikationen. Målet är att gemensamt i teamet skapa trygghet och säkerhet för patienten(6). Många är positiva till en checklista då den bevisligen leder till färre kirurgiska misstag(8). Jämförelser har gjorts där det framkommit en tydlig skillnad där sårkomplikationer och reoperationer har minskat efter implementering av WHO Checklista för säker kirurgi(29). Med hjälp av checklistan har nyexaminerade operationssjuksköterskor känt sig tryggare i sin roll och upplevt att de har kontroll över situationen under operationen(5). Gemensamt i operationsteamet upplevs det viktigast att få ut av checklistan att det är rätt patient, patientstatus, allergier, typ av ingrepp, vilken sida som ska opereras och antibiotikaanvändning(30). Patienten är den viktigaste informationskällan och därmed får den inte underskattas i operationsteamets samtal(22, 30). För att alla ska kunna ta del av den viktiga informationen behöver teammedlemmarna prata med varandra. Icke-verbal kommunikation kan motverkas med en kirurgisk checklista(22).

## **Checklista för säker kirurgi 2.0**

Statistik efter flera års rutinsjukvård visar att WHO Checklista för säker kirurgi kan sänka morbiditet och mortalitet under operationssjukvården med 20–40% vid korrekt användning(25, 31). Checklista för säker kirurgi 2.0 utvecklades som en följd av WHO Checklista för säker kirurgi och har anpassats efter svensk operationssjukvård för att öka säkerheten ytterligare(31). Den är indelad i tre olika delar; ”Kontroll inför anestesistart”, ”Kontroll inför op-start” och ”Avslutning” med de ursprungliga färgerna gul, grön och blå i kolumnerna. Första delen ska utföras av två anestesipersonal och innan anestesi startas. Operatören ska ta initiativ att utföra de andra två delarna ”Kontroll inför op-start” och ”Avslutning” och ska läsas av osteril personal, oftast undersköterskan i rummet. Vid långa operationer som överstiger 2 – 3 timmar eller där personalen har bytts ut behöver väsentliga delar av checklistan åter läsas om. Detta för att alla teammedlemmar ska vara involverade och ha koll på om operationens förutsättningar är aktuella eller inte. Det behövs även för att upptäcka de eventuella åtgärder som behövs samt återställa situationsmedvetenheten(31).

## **Följsamhet till WHO Checklista för säker kirurgi**

I dagsläget finns det ännu inga studier angående Checklista för säker kirurgi 2.0, däremot finns forskning om följsamheten till WHO checklista för säker kirurgi. Även om checklistan i sig är ett relativt enkelt verktyg ligger den stora utmaningen i att det är flera yrkeskategorier som är inblandade i användningen. Det krävs ansträngning och tid för få processen att fungera(32). Teammedlemmarna får en bättre förståelse, ökad förmåga att fatta beslut och får bättre teamsammanhållning med hjälp av checklistan(32). Svårigheter finns i följsamheten, där personal inte förstår vikten av checklistan(8, 9). Dock anses det viktigare att faktiskt genomföra den även om det inte blir på ett perfekt sätt(9). Anledningar till att WHO Checklista för säker kirurgi inte utförs eller inte utförs korrekt beror ofta på att innehåll av checklistan redan har utförts, till exempel att kontrollera patientidentitet. Det kan även bero på missar i kommunikationen, tidspress eller att någon av personalen varit distraherad under genomgången (33). För en lyckad implementering av WHO Checklista för säker kirurgi krävs utbildning. Vid hög omsättning av personal kan implementeringen av ett korrekt utförande av checklistan vara svårt på grund av kunskapsbrist vilket leder till att punkter ur checklistan faller bort(33). Det finns hierarkier i operationsmiljön som kan förhindra checklistans implementering(34). Vissa yrkeskategorier kan upplevas ha en viktigare position i teamet och det kan kännas svårt att sätta sig emot vilket kan medföra en oro hos omvårdnadspersonal där de upplever en risk att bli utanför gruppen om de inte ”följer strömmen”. Om det inte finns engagemang från hela teamet att följa checklistan blir den mer sällan utförd(5). Utbildning och rutiner behövs för att använda checklistan korrekt(8, 25). Det krävs även bra ledarskap och stöd från övriga teammedlemmar, särskilt de erfarna, för att checklistan ska få en lyckad implementering(8, 9, 11). Personalen behöver vara öppen för förändring för att kunna upprätthålla en kultur av god kvalitet och att införa en rutin med ett kommunikationsverktyg som WHO Checklista för säker kirurgi innebär att förändra arbetsplatsens kultur, inte bara en lista(9).

## **Teoretisk referensram**

### **Säker vård**

Säker vård, information, förbättringskunskap, teamarbete, evidensbaserad och personcentrerad vård är alla kärnkompetenser inom hälso-och sjukvården som är beroende av varandra för att

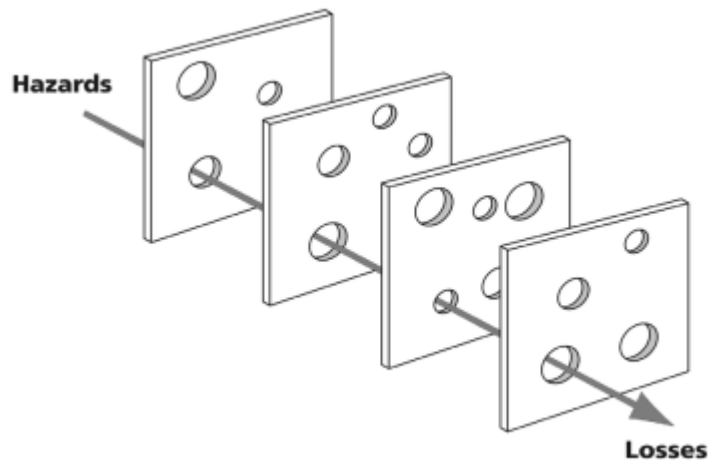
kunna ge en god vård(20). Säker vård är en av de kärnkompetenser som operationssjuksköterskan arbetar utifrån för att minska risk för vårdskador och lidande för patienten i samband med operation. Att arbeta med säker vård innebär flera olika aspekter såsom att förebygga vårdskador, infektionsprevention, situationsmedvetenhet och att ha kunskap om medicinsk teknik. I den högteknologiska miljön som operationen utförs i krävs många åtgärder för att en säker vård ska kunna bedrivas. Ändrade rutiner och arbetssätt kan leda till negativa konsekvenser i säkerheten(2).

I svensk sjukvård finns en skyldighet att arbeta på ett humanitärt och etiskt sätt genom att minska onödigt lidande och förebygga försämrad livskvalitet. Patientskada i sjukvården som hade kunnat undvikas är inte acceptabelt(17, 35). Vårdskada är ett begrepp som används inom hälso- och sjukvården när patienten drabbas av lidande, skada eller sjukdom på grund av vården som givits och som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits. Begreppet patientsäkerhet innebär att skydda patienten från vårdskada(36). Säker vård ska vara personcentrerad och innebär att skapa en trygg miljö och vänlig atmosfär som gynnar patientens välmående(15). Att som omvårdnadspersonal ha kunskap, erfarenhet och ett förebyggande tankesätt kring patientens vård är högst väsentligt för att förhindra vårdskador(15, 17). Vårdpersonal ska involvera patienten i vårdprocessen genom att delge information och ta del av patientens tidigare kunskap vilket kan minska risken för att vårdskada uppkommer. Det minskar även risken för posttraumatiska upplevelser om vårdskada ändå skulle uppstå då patienten är mer förberedd(37). En patient som ska genomgå en operation lämnar sig själv och all kontroll i tillförlit till personalen. Från att patienten sövs finns inte längre någon möjlighet för denne att påtala eller vara delaktig i sin vård och beslut. Operationsteamet har ansvaret att arbeta med respekt gentemot patienten och alltid utföra vården med patientens önskemål i fokus(18).

Kvaliteten av den vård som ges till patienten påverkas av verksamhetens säkerhetskultur och klimat(38). Säkerhetskultur beskrivs som verksamhetens personlighet och säkerhetsklimat är en del av kulturen som innebär den stämning som uttrycks i den dagliga verksamheten(39). Säkerhetskulturen har utvecklats inom flera högriskorganisationer och har rötter från flygindustrin där rutinmässig kommunikation är högst väsentlig. I operationsteamet anses det vara viktigt att förbättra kommunikationen för att öka patientsäkerheten(19, 40). Arbetsmiljöns säkerhet i operationsrummet påverkas av den kultur, hierarki och teamarbetet som finns på enheten. Detta påverkar således kommunikationen och vikten av att våga prata högt eller att kunna förstå även det som inte uttrycks i ord(41). Personalen kan uppleva att det är svårt att diskutera misstag som förekommit under arbetet i operationsrummet av flera anledningar, bland annat för att inte påverka sitt eget rykte eller rädsla för risken att förlora sitt arbete(40, 41). För att få en god och säker arbetsmiljö krävs att ledningen hanterar och prioriterar säkerhetsfrågor för alla involverade och att säkerhetsfrågorna ingår i kulturen på arbetsplatsen(10, 42). I hälso- och sjukvården ses samband mellan god säkerhetskultur och patientsäkerhet(42). Operationsenheterna kan styras av ökat produktionstänk genom att utföra fler operationer under kortare tid för att minska väntetiderna för operation. Detta innebär minskad tid för förberedelser av operationerna vilket kan hota patientsäkerheten(15).

I hälso -och sjukvården finns olika systematiska faktorer för att undvika att vårdskador sker. Detta system kan beskrivas med Reason's(19) modell som kallas schweizerostmodellen (Bild 1) och som liknar ostskivor i olika steg. Denna illustrerar att risker stöter på barriärer genom hela vårdkedjan för att vårdskador ska undvikas. Hålen i ostskivorna beskrivs som defekter i

säkerheten som kan vara medvetna eller omedvetna. Orsaker till bristerna kan vara till exempel att personalen inte har tillräckligt med resurser eller rutiner för att upprätthålla alla barriärer och skulle händelsen ta sig förbi defekterna i barriärerna sker då en vårdskada(19).



**Bild 1.** *The swiss cheese model of accident caustion. By James, T. Reason (1997). Hämtad från Erestam(43).*

Systematiska arbetssätt behövs för att uppnå säker vård och att använda en kirurgisk checklista är ett systematiskt arbetssätt som ska användas på operation. Operationssjuksköterskan ansvarar för att den perioperativa omvårdnaden undviker risk för skador som att fel sida opereras, postoperativa infektioner och trycksår vilket kan bidra till onödigt och långvarigt lidande för patienten. Genom att kontrollera bland annat rätt patientidentitet, förebygga tryckskador genom rätt positionering, och se till att inget material blir kvarlämnat i patienten kan operationssjuksköterskan undvika dessa risker. Detta är några av punkterna som tas upp i WHO checklista för säker kirurgi(44). Utgången av att använda sig av WHO checklista för säker kirurgi är att patienten inte ska behöva utsättas för reoperation eller längre vårdtid och lidande(25). För att operationsteamet ska kunna arbeta för säker vård krävs situationsmedvetenhet genom god kommunikation(2, 44). Patientsäkerheten kan ökas med hjälp av ett gott teamarbete samt kommunikation och WHO Checklista för säker kirurgi har visat sig vara ett effektivt hjälpmedel för att bidra till minskade vårdskador och dödsfall inom den perioperativa vården(25).

## Problemformulering

Operationssjukvård är en komplex miljö och arbetet kräver personal med specialistkompetens. All sjukvårdpersonal ska arbeta för att minska patientens lidande och arbeta patientsäkert. Av mänskliga skäl sker dock ändå vårdskador inom operationssjukvården och för att förebygga detta infördes 2008 WHO Checklista för säker kirurgi världen över för att öka medvetenheten och kommunikationen i det opererande teamet. I Sverige utvecklades därav Checklista för säker kirurgi 2.0 som är anpassad efter den svenska operationssjukvården. Det finns tydliga belägg för att WHO Checklista för säker kirurgi bidrar till minskad morbiditet och mortalitet för patienten om den används på ett korrekt sätt men att följsamheten till den är svår att

upprätthålla. Forskning på följsamheten till Checklista för säker kirurgi 2.0 har ännu inte genomförts. Att ta reda på mer om följsamheten till checklistan och hur den används skulle kunna bidra till mer förståelse och ökad motivation av dess användande i operationsteamet. Därav kartläggs i denna uppsats om Checklista för säker kirurgi 2.0 används på ett korrekt sätt. Genomförandet av uppsatsen skulle kunna fungera som ett stöd i förbättringsarbete om ökad patientsäkerhet på den aktuella operationsavdelningen.

## Syfte

Att kartlägga operationsteamets användande av Checklista för säker kirurgi 2.0 i den perioperativa omvårdnaden.

## Frågeställningar

- Hur ofta genomförs Checklista för säker kirurgi 2.0 korrekt?
- Skiljer sig användandet av Checklista för säker kirurgi 2.0 mellan ortopediska operationer gentemot kirurgiska?

## Metod

### Design

För att kartlägga operationsteamets användande av Checklista för säker kirurgi 2.0 har uppsatsen utförts som en icke-deltagande strukturerad observationsstudie. En strukturerad observationsstudie används för att undersöka beteende och agerande under en bestämd tid och för att beskriva beteende benämns den som deskriptiv. En deskriptiv studie utgår från en direkt observation och beskriver sedan observationen och situationen som uppkommit naturligt(45). Ett icke deltagande innebär att ha en opåverkad position(46), vilket de ansvariga för uppsatsen ämnade att ha.

### Urval

Operationsenheten som observerades består av cirka 100 medarbetare och genomför operationer inom kirurgi och ortopedi. Observationerna delades upp mellan dessa kategorier för att kunna jämföra om användandet av Checklista för säker kirurgi 2.0 skiljer sig däremellan. För att nå ut till studiepopulationen skickades ett brev med information till verksamhetschefen på operationsenheten. Verksamhetschefen godkände att observationen fick genomföras och meddelade vårdenhetscheferna som i sin tur gav informationen, se bilaga 1, till medarbetarna via mejl.

En konsekutiv urvalsmetod innebär att de personer som finns tillgängliga under den tiden som studien utförs kommer att ingå och där tiden för studien är begränsad(45). Observationerna utgjordes av operationer inom kirurgi och ortopedi som utfördes de dagar som observatörerna var på plats. Tiden för de observerade operationerna skulle inte överstiga 4 timmar. Detta för att få med så många operationer som möjligt inom tidsramen för arbetet men också för att kunna mäta om checklistan återupprepades vid vad som räknas som lång operationstid, 2-3h in i

operationen. I observationen inkluderades alla yrkeskategorier av personal som inte uppgett nekat samtycke till att vara med. Deltagarna i observationen definierades i sin yrkesroll det vill säga operatör, anestesiläkare, anestesisjuksköterska, operationssjuksköterska och undersköterska. Ålder, kön och erfarenhet noterades inte då det inte ansågs spela någon roll eftersom det var teamets användande av checklistan som skulle observeras och oavsett hur teamet ser ut bör detta fungera likadant.

## Mätinstrument

Ett observationsformulär utformades för att båda observatörerna skulle ha lika underlag för att dokumentera observationen, se bilaga 2. Detta observationsformulär består av tre delar, ”Kontroll inför anestesistart”, ”Kontroll inför op-start” och ”Avslutning”. Observationsformuläret består av betäckningar (a- (e där yrkesroll är beskriven som a) An-läk, b) An-ssk, c) Op-ssk, d) Usk och e) Operatör. Specifika observationsmoment besvarades med ja eller nej. Särskilda moment, såsom typ av distraktion och missade punkter antecknades i text. Ytterligare specificerad information och minnesanteckningar antecknades i utrymmet för fältanteckningar.

## Datainsamling

Observationen genomfördes på en centraloperationsenhet på ett sjukhus i Sverige där Checklista för säker kirurgi 2.0 är implementerad. Observationerna utfördes dagtid kl. 07.00-16.30 under två arbetsveckor, totalt sex dagar. Antal operationer som inkluderades i uppsatsen blev 20 stycken uppdelat på tio stycken var samt två pilotobservationer. De två pilotobservationerna genomfördes enskilt under gemensamma operationer för att testa observationsformulärets validitet och användarvänlighet. Därefter delade de två observatörerna upp sig så att det endast var en observatör inne i operationsrummet för att minimera patientens risk för postoperativa infektioner. Observationsformulären förvarades i pärmar och otillgängligt för deltagarna. Deltagarna fick endast information om att samarbete och kommunikation skulle observeras och under datainsamlingen fanns ett passivt deltagande för att undvika att personerna som observerades inte blev påverkade och ändrade sitt beteende, detta för att uppsatsen skulle bli så tillförlitlig som möjligt.

## Dataanalys

Insamlad data sammanställdes löpande under observationens gång i Microsoft Excel version 2303 i Microsoft Office 365. Därefter skapades en databas i programmet SPSS IBM Statistics Data Editor version 29.0.0.0 (241). Öppen kodning används för att få fram kärnkategorier genom att sammanfatta flera anteckningar(47). Då svar på ”typ av distraktion” i observationsformuläret antecknades olika sammanställdes dessa svar i kärnkategorier genom öppen kodning. Fältanteckningar i observationsformuläret har i detta arbete använts som minnesanteckningar, se bilaga 2. Alla delar av observationsformulären samt svarsalternativ skrevs in i databasen i SPSS och analyserades och framställdes sedan i tabeller och figurer i Microsoft Excel.

## Etiska överväganden

Detta arbete utgår från Helsingforsdeklarationen då det gjorts etiska överväganden och hänsyn tas till de människor som medverkar i observationen. De får inte utsättas för skada och har rätt att ta del av resultatet av arbetet(48). Forskning i Sverige som sker på människor måste få godkännande från Etikprövningsmyndigheten. Detta innebär att de mänskliga rättigheterna, grundläggande frihet samt människovärde alltid måste utföras med respekt för att kunna få genomföras. Dock behövs inget godkännande för att genomföra studier eller examensarbeten inom högskola på grund- och avancerad nivå(49). Detta innebär att denna uppsats inte behöver få godkännande av Etikprövningsmyndigheten men det innebär inte heller att samma aspekter inte ska hållas tillhanda när observationen utförs. Godkännande av Etikgruppen på Göteborgs universitet, Sahlgrenska Akademin har tillhandahållits inför denna magisteruppsats.

## Informerat samtycke

Vården är ett område där det finns en strävan att hela tiden söka ny kunskap. Lagen om att informerat samtycke från forskningspersonen måste finnas för att personen ska få bli föremål för forskning är tydlig och får aldrig förbises eller tas för givet(50). Informerat samtycke innefattar att forskningspersonen i förhand har fått övergripande information om projektet, inkluderat syftet, metoden och vem som är forskningshuvudman. Det ska även framkomma om det finns några risker eller andra följder av forskningen och att samtycket till forskningen är frivilligt och när som helst kan avslutas(49).

I denna observation fick deltagarna information via verksamhetschefen, se bilaga 1. Deltagandet var frivilligt och kunde när som helst avbrytas. Samma information framfördes till samtliga medarbetare varje dag på operationsenheten under morgonmötet och även i samband med operationsstart då det deltagande teamet var samlat. Då fanns möjlighet att bekräfta muntligt samtycke till deltagande i observationen. Under observationen fanns en patient inne i operationsrummet men då det inte var patienten som observerades behövdes inget samtycke eller information till denne.

## Konfidentialitet

Konfidentialitet innebär att personuppgifter om de medverkande i forskningen inte ska kunna identifieras(51). Försiktighetsåtgärder i studien måste vidtas för att respektera forskningspersonens integritet och värdighet(48). I denna observation kommer endast yrkeskategori av deltagarna i urvalet att benämnas. Inga andra personliga uppgifter som ålder, kön eller erfarenhet kommer att dokumenteras. Observationsformulären kommer även hållas inlåsta när de är ifyllda för att uppgifterna kring observationerna inte ska spridas. Därav förhåller sig metod och urval positivt till konfidentialitet och individens integritet. Enligt Helsingforsdeklarationen kan människor uppleva att deras integritet kränks om de inte får den rätta informationen. Förståelse behövs för att identitet inte kommer att avslöjas och att forskarna ska skydda deltagarnas integritet(48). Integritet hos individen har blivit mer betydelsefull den senaste tiden och är en samhällsetisk fråga. All forskning i samhället bör vara redlig, det vill säga att sanningen ska redovisas och inget annat. Forskarna måste vara ärliga i hela forskningsprocessen och ärliga mot deltagarna(50).

## Resultat

### Sammanfattning

Totalt observerades 20 operationer varav tio var kirurgiska och tio ortopediska. Resultatet visar att Checklista för säker kirurgi 2.0 användes vid alla operationer men inte på ett korrekt sätt och att ”Kontroll inför anestesistart”, ”Kontroll inför op-start” och ”Avslutning” som enskilda delar inte alltid utförs. Av alla 20 operationer var det ingen av alla tre delarna av Checklista för säker kirurgi 2.0 som utfördes på ett korrekt sätt under en och samma operation. Däremot utfördes enskilda delar på ett korrekt sätt (Figur 1).



**Figur 1.** Visar antalet gånger som Checklista för säker kirurgi 2.0 utförs och antal korrekt utförda delar av checklistan samt skillnad mellan kirurgiska och ortopediska operationer (n=20).

### Följsamhet till ”Kontroll inför anestesistart”

Korrekt utförande av ”Kontroll inför anestesistart” inom kirurgi var fyra av fyra utförda. Inför ortopediska operationer genomfördes den korrekt tre av tre utförda (Figur 1).

### Kirurgi

”Kontroll inför anestesistart” missades att utföras vid sex av tio tillfällen (Figur 1). I dessa inkluderades två operationer där patienten sederades i stället för att sövas. I de fall där kontrollen utfördes fanns inga distraktioner utan både anestesiläkaren och anestesijuksköterskan gick igenom checklistan tillsammans, alltid med initiativ från anestesijuksköterskan.

### Ortopedi

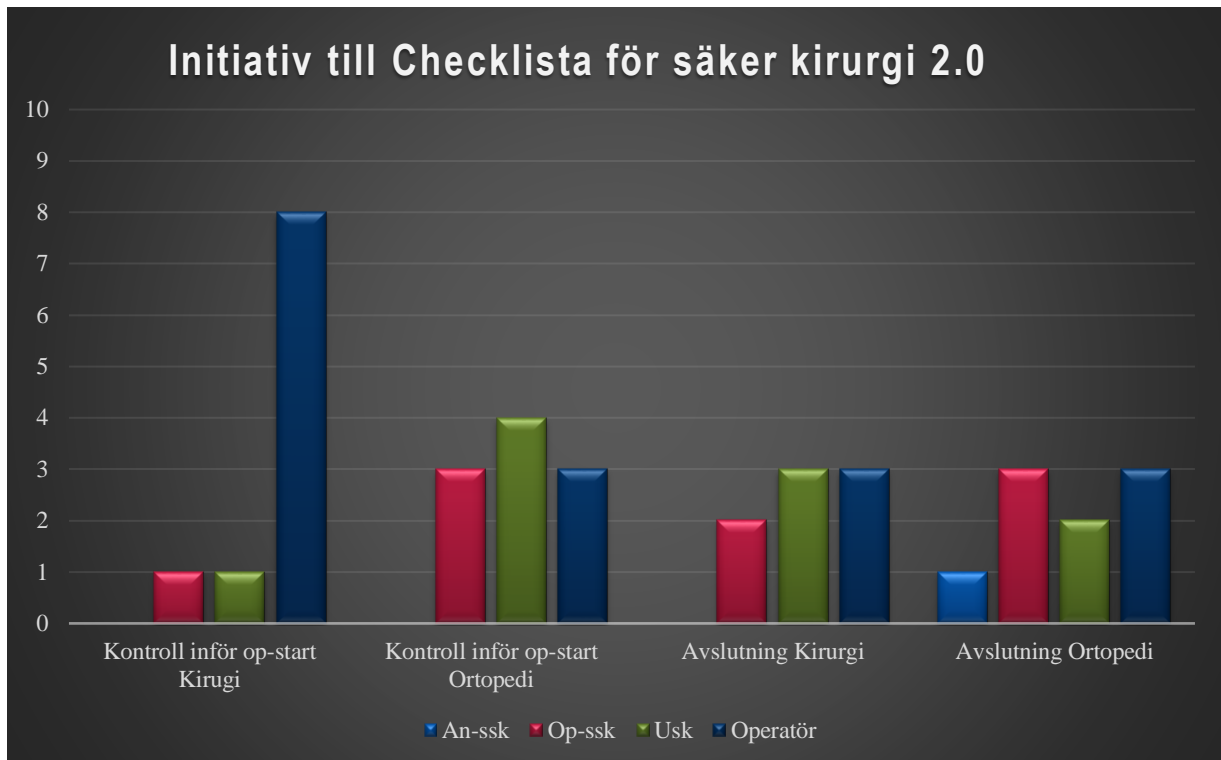
Närvarande när kontrollen genomfördes var anestesiläkare och anestesijuksköterska där den sistnämnda alltid tog initiativet att utföra kontrollen. Fem av tio patienter sederades och fem



blev sövda. ”Kontroll inför anestesistart” blev utförd korrekt vid en sedering och två sövningar, det vill säga totalt tre gånger av tio (Figur 1).

## Följsamhet till ”Kontroll inför op-start”

”Kontroll inför op-start” uttalades verbalt för att genomföras under varje operation, både kirurgisk och ortopedisk (Figur 1). Punkt 10, se bilaga 2, ”Förväntade kritiska moment” bortföll flest gånger både inom kirurgi och ortopedi. Den största orsaken till att ”Kontroll inför op-start” inte utfördes korrekt var att personalen var distraherade på olika sätt (Figur 3).



**Figur 2.** Visar vilken yrkeskategori som tagit initiativ att utföra kontrollen. Med anledning av att ”Kontroll inför anestesistart” endast innefattade an-ssk och an-läk, varav förstnämnda alltid tog initiativ, valdes detta att inte tas med i figuren.

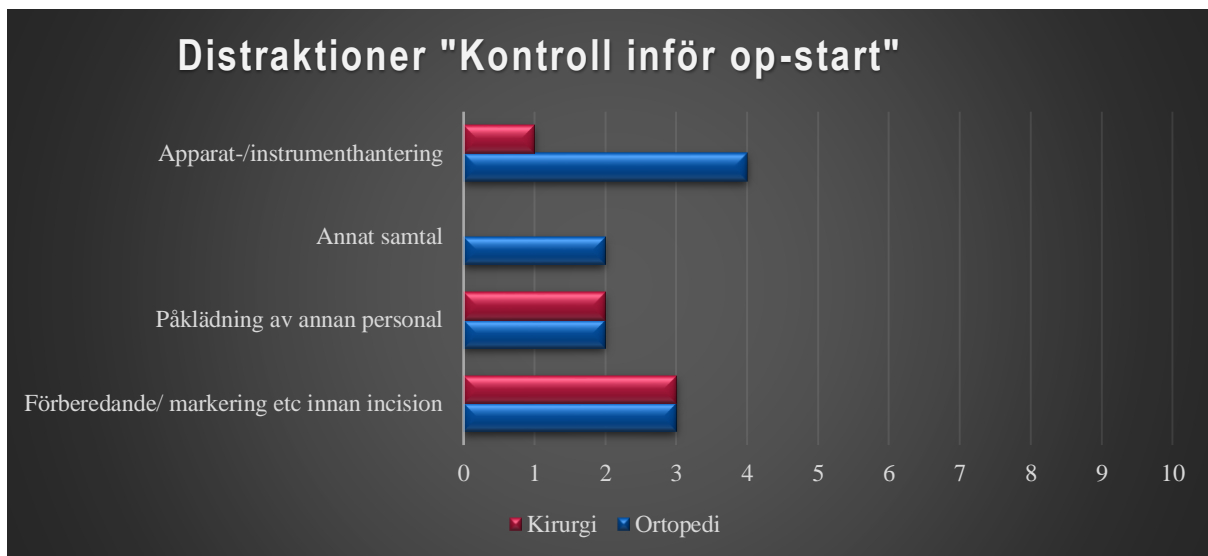
## Kirurgi

De vanligaste distraktionerna inom kirurgi var att operatören påbörjade att förbereda operationsområdet med att känna eller markera patienten innan checklistans genomgång var slut (Figur 3). Vanligt var också att operatören blev sterilklädd av operationssjuksköterskan vilket även gör operationssjuksköterskan distraherad (Tabell 1). Resterande teammedlemmar hade annars full uppmärksamhet när checklistan genomfördes. Operatören tog initiativ att utföra kontrollen åtta av tio gånger (Figur 2). En operation pågick under längre tid än tre timmar och checklistan återupprepades då inte.

## Ortopedi

Operatören tog initiativ att utföra kontrollen tre av tio gånger (Figur 2). Inom ortopedi var operationssjuksköterskan distraherad fyra av tio gånger av att ordna med instrument/apparater

eller förbereda operationsområdet (Figur 3). Annat samtal eller att sterilklä operatören var också en orsak till icke full uppmärksamhet. Resultatet visar att undersköterskan fyra av tio gånger varit ouppmärksam.



Figur 3. Visar vilken typ av distraction som uppkom under kirurgiska och ortopediska operationer (n=20).

Tabell 1. Distractioner inför op-start	An-läk	An-ssk	Op-ssk	Usk	Operatör
Apparat-/instrumenthantering	—	—	4	2	—
Annat samtal	—	—	—	2	—
Påklädning av annan personal	—	—	4	—	3
Förberedande/markering etc. innan incision	—	—	1	—	5

Visar antal gånger som distractioner uppkom för varje yrkeskategori för både kirurgiska och ortopediska operationer.

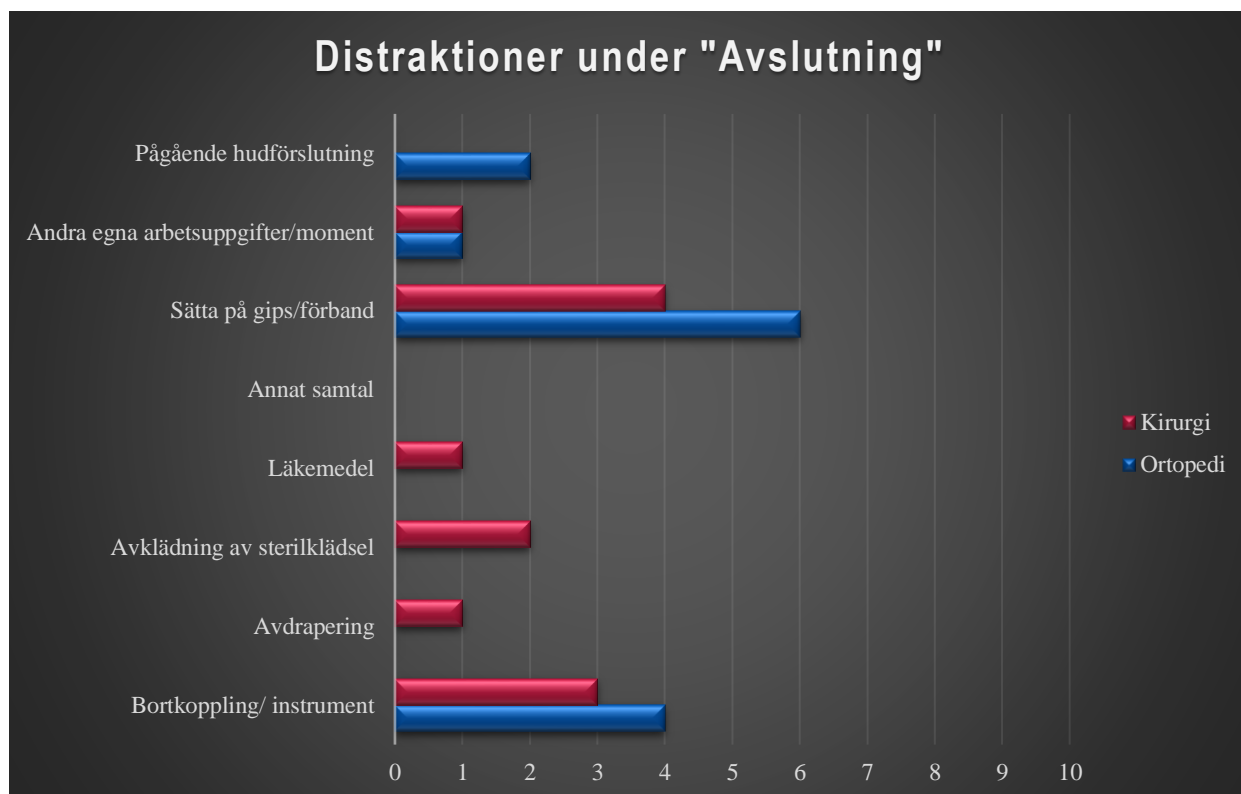
## Följsamhet till "Avslutning"

### Kirurgi

"Avslutning" utfördes åtta av tio gånger (Figur 1). Ingen av dessa hade full uppmärksamhet av olika anledningar (Figur 4). Operationssjuksköterskan var alltid distraherad (Tabell 2). Distractionerna var exempelvis avdrapering av patient eller att tvätta och lägga förband över operationssåret. Initiativet till att utföra kontrollen fördelades mellan operatören, operationssjuksköterskan och undersköterskan (Figur 2). Vid fyra tillfällen genomgicks alla punkter och vid fyra tillfällen missades vissa punkter. Den punkt som missades flest gånger var nr 4 "Antibiotika" (Bilaga 2).

### Ortopedi

Kontrollen utfördes nio av tio gånger (Figur 1) där initiativet fördelades lika tre och tre mellan operationssjuksköterskan och operatören, undersköterskan tog initiativ två gånger och anestesijüksköterskan en gång (Figur 2). Vid alla av de utförda kontrollerna var operationssjuksköterskan distraherad med instrumenthantering, gips eller förband (Tabell 2). Operatören var distraherad vid kontrollen bland annat av att hudförsluta såret samt att gipsa.



Figur 4. Visar totala antalet operationer uppdelat i kirurgi och ortopedi där typ av distraction uppkom (n=20).

Tabell 2. Distractioner under "Avslutning"	An-läk	An-ssk	Op-ssk	Usk	Operatör
Pågående hudförslutning	—	—	1	—	2
Andra egna arbetsuppgifter/moment	—	1	2	1	—
Sätta på gips/förband	—	—	9	1	3
Annat samtal	—	—	—	—	—
Läkemedel	—	1	—	—	—
Avklädning av sterilklädsel	—	—	—	—	2
Avdrapering	—	—	1	1	—
Bortkoppling/instrument	—	—	7	4	—

Visar antal gånger som distractioner uppkom för varje yrkeskategori för både kirurgiska och ortopediska operationer.

## Diskussion

### Metoddiskussion

Metoden som har används för observationen var en icke-deltagande strukturerad observationsstudie. Då det ännu inte finns tidigare forskning på Checklista för säker kirurgi 2.0 valdes denna metod för att bäst svara på uppsatsens syfte på ett sanningsenligt sätt och inom tidsramen som fanns. Det hade varit intressant att ta reda på hur operationsteamet själva upplever hur Checklista för säker kirurgi 2.0 används genom att genomföra en intervjustudie

men genom att göra en observation och sedan delge resultatet till operationsenheten kändes mer relevant då vi även kan ta del av eventuell diskussion som kan framkomma från uppsatsen.

Det konsekutiva urvalet ansågs relevant då tidsramen var begränsad och observationerna behövde anpassas efter det operationsprogram som fanns på enheten. Observationen utfördes som en icke-deltagande observation då resultatet inte skulle påverkas. Om det i stället hade utförts som en deltagande observation hade resultatet kunnat se annorlunda ut. Observationen borde heller inte utförts som deltagande då uppsatsskrivarna inte är färdigutbildade operationssjuksköterskor och en del av operationsteamet än. I ett konsekutivt urval kan teamet som observeras se likadant ut under flera operationer. Detta skulle kunna påverka följsamheten av checklistan och visa en ensidig användning men så var det inte i detta fallet då samma team använde checklistan olika under en och samma dag.

Validitet innebär att mäta det som är relevant i sammanhanget och reliabilitet avser att mäta på ett tillförlitligt sätt och att innehållet i form av variabler blir rätt framställt(45). Två pilotobservationer ansågs lämpligt att genomföra inom tidsramen som fanns för uppsatsen och för att få ett tillförlitligt resultat genom att styrka observationsformulärens användarvänlighet. Efter första pilotobservationen jämfördes observationsformulären och diskussion uppkom kring vissa delar, däribland om checklistan skulle räknas som genomförd utan att den hade lästs innantill. Vi kom fram till att räkna den som utförd om den verbalt initierades att utföras och i och med detta kunde resultatet visa att punkter i checklistan då ofta missades. Initialt stod klockslag endast på första delen ”Kontroll inför anestesistart”. Det enda på observationsformuläret som ändrades efter pilotobservationerna var att lägga till klockslag på ”Kontroll inför op-start” och ”Avslutning” då det blev lättare att förhålla sig till punkt 11, se Bilaga 2. Två pilotobservationer räckte för att kunna bedöma likvärdigt.

”Hawthorne effekten” innebär att resultatet kan påverkas, genom ändrade arbetssätt, då deltagarna vet att de blir observerade(45) och kan inte uteslutas vid denna observation. Uppsatsens resultat hade kunnat se annorlunda ut om studiepopulationen hade vetat vad som observerades. Deltagarna för uppsatsen fick inte all information om vad uppsatsens syfte var. Det som framgick var att operationsteamet skulle observeras angående samarbete och kommunikation inne i operationsrummet. Detta för att få ett sanningsenligt resultat. Det upplevdes att personalen var intresserade och nyfikna av vad som observerades och det framkom kommentarer teammedlemmarna emellan att komma ihåg att kommunicera med varandra, exempelvis genom CRM. Då vi sedan tidigare var bekanta med flera av personalen på enheten upplevdes en gemytlig stämning och de som observerades kan ha varit mer bekväma med att samtala kring observationen. Detta skulle också kunnat påverkat medvetenheten och deras vardagliga arbetssätt genom att de var övertygliga mot varandra och bekräftade att de kommunicerat på ett bra eller mindre bra sätt.

Observationen påbörjades med att observera anestesijüksköterskan när patienten skulle hämtas in för att inte riskera att missa utförandet av ”Kontroll inför anestesistart” samt att det inte skulle bli uppenbart vad som observerades. Observationen avslutades efter ”Avslutning” och efter att operatören lämnade operationsrummet då teamet inte längre var komplett. Efter pilotobservationerna uppkom diskussion om den första delen ”Kontroll inför anestesistart” skulle inkluderas i uppsatsen eller inte. Det ansågs svårt att hinna med när anestesijüksköterskan hämtade in patienten och diskussion uppkom om kontrollen var relevant att ha med då den inte inkluderar hela teamet. För att få en helhetsuppfattning om checklistans

användning i den perioperativa omvårdnaden valdes detta ändå att tas med, med patientsäkerheten i fokus. Punkten i observationsformuläret om vilken typ av distraktion personalen hade ansågs svårare att sammanställa då fältanteckningar blev antecknade på olika sätt. Genom en gemensam analysering av fältanteckningarna kom en sammanställning fram till resultatets kategorier.

## Risk och nytta med studien

Studier där människor involveras får endast utföras om nyttan med studien anses högre än risken för utgången av studien och de personer som forskningen studerar(48). Tidigare forskning har kommit fram till att antal colony-forming units per kubikcentimeter (CFU/cm<sup>3</sup>) ökar med högre trafikflöde i operationsrummet(52). Efter pilotobservationerna delades operationerna som observerades upp så att det endast var en observatör i varje operationsrum. Dock bör det ändå beaktas om det är etiskt korrekt att vara en person extra inne i operationsrummet vilket medför ytterligare risk för patienten att drabbas av postoperativ infektion. Utgången var att observatörerna tillhandahåller samma hygienkrav, med specialdräkt och huvudbonad, som ordinarie personal och att maxantalet i operationsrummet inte överskreds. Observatörerna fick också en plats tilldelad utanför den sterila zonen inne i operationsrummet för att inte vara i vägen för personalens utförande av operationen och för att minimera rörelse i rummet. Det ansågs då vara etiskt försvarbart att utföra observationen med tanke på att resultatet skulle kunna användas i förbättringsarbete på den utvalda enheten där observationen utfördes. Uppsatsen skulle kunna hjälpa till att öka medvetenheten och öppna för diskussion av säkra rutiner i operationsteamet och kring patientsäkerheten perioperativt.

De etiska principerna innebär att patienten ska skyddas mot skada. Sjukvårdspersonal generellt anses vara mottagliga för förbättring om det skulle leda till bättre vård. Ur etiska perspektiv bör inte uppsatsarbetet vara skadligt för arbetsplatsen om den framförs och observeras på ett förstående och rättvist sätt(51).

## Resultatdiskussion

På den observerade avdelningen visade sig följsamheten till Checklista för säker kirurgi 2.0 att intuitionen att följa den var hög men att utföra alla tre delar korrekt under en och samma operation var låg. Resultatet är inte speciellt förvånande eftersom tidigare forskning av WHO Checklista för säker kirurgi påvisat en låg följsamhet (5, 8, 9, 33, 34).

Enligt Checklista för säker kirurgi 2.0 ska alla teammedlemmar stå stilla under genomgången och inte arbeta med andra arbetsuppgifter. Den första delen "Kontroll inför anestesistart" ska utföras av två anestesipersonal och de andra två kontrollerna inkluderar resterande yrkeskategorier(31). Flera olika yrkeskategorier i teamet tog initiativ till att använda checklistan och det fanns skillnad mellan ortopedi och kirurgi inför "Kontroll inför op-start" och "Avslutning" som var mer jämnt fördelad. Operatören, som enligt manualen ska ha ansvar, tog initiativet till kontrollen mer än dubbelt så många gånger inom kirurgi som ortopedi. Det var dock inte alltid självklart att det var operatören som tog initiativet till att utföra checklistan. Andra yrkeskategorier kunde också uttrycka att den skulle utföras vilket kan ge upplevelse av ett gemensamt team där alla har lika stort ansvar att komma ihåg att utföra den. Dock kan det ifrågasättas om utförandet lättare glöms av om ansvaret fördelas. Enligt Wakeman och

Langham(53) behövs ett tydligt ledarskap inne i operationsrummet vilket oftast innebär att operatören tar ledarskapet. Ledarskap får dock inte förväxlas med hierarki eller hindra kommunikation och ett bra ledarskap innebär att alla i teamet är involverade i patienten. Under observationerna kunde undersköterskan som inte var sterilklädd under operationerna fysiskt hålla i checklistan och läsa innantill men gjorde inte alltid det vilket kan ha resulterat i att vissa punkter ibland glömdes av. Det hände att undersköterskan var distraherad av att hjälpa till med andra saker exempelvis koppla instrument till apparater och knäppa sterila rockar vilket kan ha med det att göra. Enligt Göras et al.(3) har personalen inne i operationsrummet många arbetsuppgifter och behöver vara flexibla och kunna utföra flera uppgifter samtidigt för att uppnå en effektivitet. Detta innebär att risken för att bli avbruten i sin uppgift är stor.

Att rotera emellan olika inriktningar och team gör att teamsamverkan kan bli begränsad och att delar av personalen kan känna sig osäkra på sin arbetsuppgift eller med varandra(4, 5). Det kan också innebära att följsamheten till en rutin såsom checklistan kan minska om personen fokuserar mer på att bli socialt accepterad i det nya teamet(5). Enligt Etherington et al.(4) påverkas teamarbetet positivt av att teammedlemmarna känner varandra och kan därmed arbeta mer effektivt. Kolvered et al.(13) menar att en bekväm atmosfär teammedlemmarna emellan kräver ansträngning från samtliga i teamet. Enheten som har observerats är en stor arbetsplats med många olika team vilket kan vara en stor utmaning i att bibehålla en god atmosfär i operationsrummet. Att byta team skulle kunna påverka följsamheten till Checklista för säker kirurgi 2.0 och säkra rutiner behövs för att skydda patienten. Att inte byta team skulle också kunna medföra att man blir ”blind” i teamet angående följsamheten till checklistan och antar att alla har koll på arbetsuppgiften och är situationsmedvetna vilket skulle kunna inge en falsk trygghet. Det upplevdes att personalen på den observerade operationsavdelningen kände varandra väl och hade ett gott samarbete med varandra vilket ses som en fördel enligt tidigare studier(4, 22).

I den komplexa högteknologiska operationsmiljön(2) behöver de tekniska färdigheterna kompletteras av de icke tekniska färdigheterna som är av stor vikt i operationsteamet för att samarbetet ska flyta på(21). Enligt Mitchell et al.(54) behöver hela teamet få ta del av och förstå information kring patienten för att kunna arbeta med framförhållning i sin yrkesspecifika arbetsuppgift. Att få ta del av rapport från andra yrkeskategorier förutom sin egen bidrar till situationsmedvetenhet och tydliggör oklarheter kring patientarbetet. Under observationens gång pågick en operation längre än tre timmar och ingen ny kontroll eller genomgång av checklistan genomfördes. Det genomfördes inte heller någon ny gemensam genomgång av väsentliga delar för hela teamet när hela det ordinarie teamet, förutom operatören, byttes av för lunch utan varje yrkeskategori fick en egen rapport av sin avbytare och upprättade ingen verbal situationsmedvetenhet mellan varandra. Enligt manualen för Checklista för säker kirurgi 2.0 ska genomgången återupprepas när väsentlig personal i teamet byts ut för att på ett säkert sätt kunna återupprätta situationsmedvetenheten kring patienten för teamet(31). Enligt tidigare studier kan bristfällig kommunikation i operationsrummet leda till att misstag förekommer vilket skulle kunna resultera i allvarliga konsekvenser för patienten(23, 25).

Enligt riktlinjer ska ”Kontroll inför anestesistart” utföras av anestesijuksköterska tillsammans med anestesiläkare eller annan anestesijuksköterska(31). Punkterna i ”Kontroll inför anestesistart” är viktiga att ta upp inför alla teammedlemmar för att varje yrkeskategori ska kunna utföra sina specifika arbetsuppgifter på ett säkert sätt. Patientidentitet, operationstyp, antibiotikabehandling och allergi är några av de punkter som anses viktigast. För

anestesi-personalen är det viktigt att få information från operatören var i proceduren man befinner sig och förväntad operationstid för att kunna planera anestesi(30). Det förekom att checklistans punkter genomfördes av anestesisyterskan själv och påbörjades redan när patienten hämtades på den preoperativa avdelningen och att dessa punkter dokumenterades men sedan inte genomgicks verbalt till andra teammedlemmar vilket skulle kunna leda till minskad situationsmedvetenhet. Det fanns skillnad i att "Kontroll inför anestesi-start" genomfördes korrekt vid sövning och vid sedering, då det endast var en sedering som utfördes enligt checklistans genomgång. Det uppmärksammades att anestesiläkaren inte närvarade vid övriga sederingar men fanns tillgänglig i närheten utanför operationsrummet om anestesisyterskan behövde hjälp. Inget tillfälle uppkom där en sederad patients tillstånd förändrades och behövde sövas snabbt. Hur hade situationen i förhållande till checklistan sett ut om en sådan situation hade uppstått? Bör då checklistan ha gått igenom med anestesiläkaren innan? I flera fall uttryckte anestesisyterskan ensamhet i sitt arbete och att operatören, operationssyterskan och undersyterskan arbetade närmare varandra.

WHO checklista för säker kirurgi har visats vara svår att utföra korrekt av flera anledningar, bland annat på grund av distraktioner och kommunikationssvårigheter(33). Inom både kirurgi och ortopedi utfördes "Kontroll inför op-start" korrekt endast en av tio gånger. Denna del uttalades verbalt för att genomföras under varje operation, både kirurgisk och ortopedisk men den utfördes inte alltid med checklistan i handen vilket kan ha medfört att vissa punkter föll bort ur genomgången. En gemensam punkt som bortföll flest gånger både inom kirurgi (tre gånger) och ortopedi (fyra gånger) var punkt 10 "Förväntade kritiska moment". Vid punkt 6, 7 och 8, se bilaga 2, där operationssyterskan ska svara sades ofta "okej" eller "jag har allt" och inkluderade alla tre punkter som skulle besvaras för operationssyterskans del. Att generalisera på det sättet skulle kunna innebära en risk att missa något. Enligt Mitchell et al. är en noga genomgång innan och under operationen viktig och kan medföra att korrigeringar, exempelvis missade instrument inne i operationsrummet, undviks att behöva göras i efterhand(54). Kanske skulle Checklista för säker kirurgi 2.0 behöva modifieras ytterligare och kan det tänkas att punkter hoppas över eller generaliseras för att de anses onödiga eller självklara såsom vid operationssyterskans tre punkter som ofta sammanställdes till en mening.

Det uppdagades en skillnad i distraktioner mellan kirurgiska och ortopediska operationer under "Kontroll inför op-start". En tydlig skillnad var att operationssyterskan var mer distraherad av instrumenthantering inom ortopedi än kirurgi. Anledningarna kan vara många till detta men möjligtvis kan skillnaden bero på andelen instrument som oftast är högre inom ortopedi. Innan "Kontroll inför op-start" var slut började operatören ofta att förbereda sig genom att känna vid operationsområdet, markera eller påbörja operationen. Det sågs ingen skillnad mellan de olika inriktningarna. Kan detta ha att göra med att operatören känner sig tidspressad i den produktivitet som finns på enheten? Hur påverkar det teamkänslan om någon annan personal påpekar att operatören får vänta tills checklistan är genomförd? Wæhle et al.(5) beskriver att det kan vara svårt att stå upp för en rutin om en eller flera andra teammedlemmar inte visar intresse att utföra den och att det är viktigt att få en positiv stämning inne på operationsrummet för att arbetet ska flyta på bra. Men att inte utföra checklistan som rutin bidrar till minskad patientsäkerhet.

"Avslutning" genomfördes inte korrekt på grund av att personalen var distraherad. Anledningar till att prioritera bort att inte stå stilla vid genomgången skulle kunna bero på känsla av att

behöva vara effektiv på grund av produktionsnivån på enheten. På grund av hög produktionsnivå och personalbrist på enheten skulle det kunna tänkas att även stressnivån hos personalen kan vara påtaglig. Enligt Alfredsdottir & Björnsdottir kan ökat produktionskrav på grund av operationsköer innebära att personalen upplever ökad press i sitt arbete vilket kan medföra mental trötthet trots viljan att vara effektiv(15). Operationspersonalen behöver ha gemensamt säkerhetstänk och ha rätt förutsättningar, som tid och bemanning, för att kunna utföra ett säkert arbete(39). Vid det fallet där ”Avslutning” inte utfördes berodde detta på att operatören behövde skynda sig till en annan patient eller enhet. Tidspressen och produktiviteten som enheten ska följa kan göra att checklistan väljs bort. Vi anser att Checklista för säker kirurgi 2.0 är desto viktigare att använda vid ökad stress hos personalen för att undvika misstag.

Att arbeta personcentrerat och låta patienten vara delaktig och beskriva sina styrkor och svagheter inför operationen underlättar omvårdnadsarbetet för operationsteamet för att kunna arbeta fram en god omvårdnadsplan och skapa en starkare relation till patienten(22). Varje operation ska utföras med patienten i fokus(2, 18) och att arbeta efter rutin så som Checklista för säker kirurgi 2.0 bidrar till säkrare vård för patienten(31). Att kommunicera är ett av de viktigaste verktygen i teamarbetet men har visat sig vara svårt att utföra. Om vårdpersonalen inte kommunicerar kring patienten på ett tydligt sätt kan det innebära att patienten blir lidande av misstag från vårdens sida, exempelvis postoperativa infektioner, känsla av otrygghet och andra operativa misstag. Även om misstagen är relativt små för en individ kan de ha förödande konsekvenser för en annan. Enligt Haynes et al.(25) kan patientsäkerheten ökas med hjälp av ett gott teamarbete och kommunikation och WHO Checklista för säker kirurgi har visat sig vara ett effektivt hjälpmedel för att bidra till minskade vårdskador.

Kommunikationen är viktig i hela det perioperativa förloppet och säkerställer rätt information om patienten, pre-, intra- och postoperativt. Standardiserade kommunikationsverktyg används för att motverka misstag i kommunikationen mellan instanser(2). SBAR är ett av verktygen som kan användas för att säkerställa att väsentlig information om patienten når fram(26). Trots att observationsstudien endast fokuserade på Checklista för säker kirurgi 2.0 upplevdes ändå att operationsenheten hade en god säkerhetskultur där intentionen fanns att utföra säkerhetsrutiner kring patienten vilket i sig medför förutsättning för ett gott säkerhetsklimat.

I en högriskorganisation finns många barriärer som kan blockera att riskerna för vårdskada sker och bidra till säker vård. I patientens vård innefattas många olika vårdinstanser och yrkeskategorier samt patienten själv och där varje vårdmoment innehåller risker för patienten som kan upptäckas och förebyggas, därför krävs samarbete och kommunikation för att upptäcka riskerna i tid(19). Säker vård präglas av säkerhetskulturen som finns på vårdenheten och medarbetarna behöver få rätt förutsättningar och resurser från ledningen för att bedriva evidensbaserad vård(39). Att arbeta i team skulle kunna ses som både för och nackdel gällande risken att föranleda en vårdskada. Teamarbete borde kunna ses som fördel till att medarbetarna upptäcker varandras misstag och på så sätt är barriärer för vårdskada. Men i fall där bristande kommunikation och samarbete förekommer skulle teamarbetet i sig kunna bli en risk för vårdskada om information missas eller om det förekommer antaganden att annan personal utfört en annan kollegas arbetsuppgift.

Vårdrelaterade komplikationer är vanligt förekommande inom operationssjukvård och är en stor kostnad för samhället genom bland annat reoperationer och förlängd sjukhusvistelse. Att använda sig av säkra rutiner som en checklista minskar kostnaden för vården om den utförs



Cecilia Lundahl  
Lisa Cederqvist

korrekt(29, 55). Vid minskade postoperativa infektioner kan det också tänkas att användningen av antibiotika minskar. Antibiotikaresistensen ökar i de länder som har hög antibiotikakonsumtion vilket är ett problem i den hållbara utvecklingen(56). Misstag inom operationssjukvården kan alltså leda till ökade konsekvenser för samhället. Det innebär både tid och kostnader för vård som hade kunnat undvikas vid säkerställda rutiner. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor(17) beskriver vikten av arbete för en global hälsa, för att bidra till hållbar utveckling och för patientens säkerhet. För att möjliggöra för personalen att utföra en säker vård, även som nyanställd, anser vi att Checklista för säker kirurgi 2.0 är ett bra hjälpmedel i den högriskmiljö som operationsteamet arbetar i.

## Slutsats

På operationsenheten där observationerna utfördes bekräftas tidigare forskning av WHO checklista för säker kirurgi att följsamheten för korrekt användande är svår att upprätthålla. Checklista för säker kirurgi 2.0 utfördes aldrig som helhet korrekt på grund av distraktioner och att enskilda delar eller punkter missades. Implementeringen av checklistan visade sig vara enhetlig för verksamheten där observationen utfördes, i och med den minimala skillnaden i resultatet mellan kirurgi och ortopedi.

## Implementering och förslag på vidare forskning

Uppsatsens resultat skulle kunna bidra till intresse för att diskutera frågan vidare på den berörda enheten. Det hade varit intressant att undersöka vidare hur kunskapen på enheten ser ut kring det korrekta utförandet av checklistan. Att genomföra övningar i att utföra checklistan på ett korrekt sätt i samband med exempelvis CRM-övningar och simulationer, skulle kunna bidra till bättre följsamhet. En kvalitativ intervjustudie skulle kunna ta reda på personalens åsikter och hur checklistan skulle kunna modifieras ytterligare.

Då resultatet är för litet går det inte att generalisera till övriga operativa enheter. Önskvärt vore att mer omfattande forskning utfördes inom ämnet för att ha möjlighet att påverka patientsäkerheten under den perioperativa omvårdnaden.

## Referenslista

1. Statistikdatabas för operationer [Internet] Socialstyrelsen [uppdaterad 2022-06-20; hämtad 2023-04-23]. Tillgänglig från: <https://sdb.socialstyrelsen.se/ifo/ope/resultat.aspx>.
2. Kompetensbeskrivning, avancerad nivå, specialistsjuksköterska inom operationssjukvård [Internet]: Svensk sjuksköterskeförening; 2020 [uppdaterad 2020; hämtad 2022-09-20]. Tillgänglig från: <http://www.rfop.se/media/32blh0zu/komp-operationskoeterska-ny-2021-foer-korr.pdf>.
3. Göras C, Olin K, Unbeck M, Pukk-Härenstam K, Ehrenberg A, Tessma MK, et al. Tasks, multitasking and interruptions among the surgical team in an operating room: a prospective observational study. *BMJ open*. 2019;9(5):e026410-e.
4. Etherington C, Burns JK, Kitto S, Brehaut JC, Britton M, Singh S, et al. Barriers and enablers to effective interprofessional teamwork in the operating room: A qualitative study using the Theoretical Domains Framework. *PLoS One*. 2021;16(4):e0249576.
5. Waehle HV, Haugen AS, Söfteland E, Hjälmhult E. Adjusting team involvement: a grounded theory study of challenges in utilizing a surgical safety checklist as experienced by nurses in the operating room. *BMC Nursing*. 2012;11(1):16-25.
6. World Alliance for Patient Safety. WHO guidelines for safe surgery. [Internet] Geneva: World Health Organization; 2008 [2023-04-05]. Tillgänglig från: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241598552>.
7. Om operationssjuksköterskans specialistkompetens för patientsäker vård i operationsrummet [Internet] Riksföreningen anser och rekommenderar: Riksföreningen för operationssjukvård; 2016 [uppdaterad 2016; hämtad 2022-12-22]. Tillgänglig från: <http://www.rfop.se/media/fsybdtem/om-bemanning.pdf>.
8. Gong J, Sheng B, Bian C, Yang L. A survey of surgical team members' awareness and perceptions toward the implementation of the surgical safety checklist in gynecological and obstetrical operations. *Medicine (Baltimore)*. 2021 Jul 30;100(30):e26731.
9. Conley DM, Singer SJ, Edmondson L, Berry WR, Gawande AA. Effective Surgical Safety Checklist Implementation. *Journal of the American College of Surgeons*. 2011;212(5):873-9.
10. Arbetsmiljöverket. Säkerhetskultur - ett samspel mellan människor och riskstyrning Arbetsmiljöverket [Internet] [uppdaterad 2022-12-06; hämtad 2023-04-12]. Tillgänglig från: <https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/arbete-med-arbetsmiljon/sakerhetskultur---ett-samspel-mellan-manniskor-och-riskstyrning/#1>.
11. Erestam S, Haglind E, Bock D, Andersson AE, Angenete E. 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*. 2017;11(1):4-.
12. Ylikangas C. Miljö-ett vårdvetenskapligt begrepp. I: Wiklund Gustin L, Bergbom I, redaktörer. *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Andra upplagan uppl: Lund : Studentlitteratur AB; 2017. s. 269-80.
13. Kolvered M, Öhlén J, Gustafsson BÅ. Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2012;26(3):449-57.

14. Cuming RG. Concepts Basic to Perioperative Nursing. I: Rothrock JC, McEwen DR, Ebscohost, redaktörer. Alexander's care of the patient in surgery. 16th edition. uppl: St. Louis, Missouri : Elsevier; 2019.
15. Alfredsdottir H, Bjornsdottir K. Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of advanced nursing*. 2008;61(1):29-37.
16. Högskoleförordningen (1993:100) [Internet] Sveriges Riksdag1993 [uppdaterad 2023; hämtad 2023-05-15 ]. Tillgänglig från: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100\\_sfs-1993-100](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100).
17. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor [Internet]: Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; 2021 [uppdaterad 2022-07-01; hämtad 2023-05-15]. Tillgänglig från: <https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf>.
18. Ingvarsdottir E, Halldorsdottir S. Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2018;32(2):951-60.
19. Flin RH. Safety at the sharp end : a guide to non-technical skills. O'Connor P, Crichton M, redaktörer: Aldershot, England Burlington, VT : Ashgate; 2008.
20. Säker vård - en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner Svensk sjuksköterskeförening 2020 [uppdaterad 2020-09-11; hämtad 2023-05-16]. Tillgänglig från: [https://swenurse.se/download/18.1dbf1316170bff6748cd964/1584345995743/s%C3%A4ker%20v%C3%A5rd%202016.pdf?fbclid=IwAR21kycrJ9m-tNMGpK\\_V3uV4qEfmJbaln5DBFnZP3FQf4wVBI5MdeDXUCv0](https://swenurse.se/download/18.1dbf1316170bff6748cd964/1584345995743/s%C3%A4ker%20v%C3%A5rd%202016.pdf?fbclid=IwAR21kycrJ9m-tNMGpK_V3uV4qEfmJbaln5DBFnZP3FQf4wVBI5MdeDXUCv0).
21. Pfandler M, Stefan P, Mehren C, Lazarovici M, Weigl M. Technical and Nontechnical Skills in Surgery: A Simulated Operating Room Environment Study. *Spine (Philadelphia, Pa 1976)*. 2019;44(23):E1396-E400.
22. Sandelin A, Gustafsson BÅ. Operating theatre nurses' experiences of teamwork for safe surgery. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2015;35(3):179-85.
23. Mazzocco K, Petitti D, Fong K, Bonacum D, Brookey J, Graham S, et al. Surgical team behaviors and patient outcomes. *The American journal of surgery*. 2009;197(5):678-85.
24. Mitchell L, Flin R. Non-technical skills of the operating theatre scrub nurse: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;63(1):15-24.
25. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009 Jan 29;360(5):491-9.
26. Randmaa M, Mårtensson G, Leo Swenne C, Engström M. SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ open*. 2014;4(1):e004268.
27. SBAR - Kommunicera strukturerat i vården [Internet]: Sveriges Kommuner och Regioner; 2023 [hämtad 2023-04-14]. Tillgänglig från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientsakerhet/sbarstruktureradkommunikation.748.html>.

28. van Grevenstein WMU, van der Linde EM, Heetman JG, Lange JF, ten Cate TJ, Wauben LSG, et al. Crew Resource Management Training for Surgical Teams, A Fragmented Landscape. *Journal of surgical education*. 2021;78(6):2102-9.
29. Lepänluoma M, Takala R, Kotkansalo A, Rahi M, Ikonen TS. Surgical safety checklist is associated with improved operating room safety culture, reduced wound complications, and unplanned readmissions in a pilot study in neurosurgery. *Scandinavian Journal of Surgery*. 2013 2014/03/01;103(1):66-72.
30. Ziman R, Espin S, Grant RE, Kitto S. Looking beyond the checklist: An ethnography of interprofessional operating room safety cultures. *Journal of Interprofessional Care*. 2018;32(5):575-83.
31. Checklista för säker kirurgi 2.0 [Internet]. Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag; [hämtad 2022-12-21]. Tillgänglig från: <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/checklista-for-saker-kirurgi/>.
32. Haugen AS, Sevдалиs N, Søfteland E. Impact of the World Health Organization Surgical Safety Checklist on Patient Safety. *Anesthesiology*. 2019 Aug;131(2):420-5.
33. Fourcade A, Blache J-L, Grenier C, Bourgain J-L, Minvielle E. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ quality & safety*. 2012;21(3):191-7.
34. Gillespie BM, Harbeck E, Lavin J, Gardiner T, Withers TK, Marshall AP. Using normalisation process theory to evaluate the implementation of a complex intervention to embed the surgical safety checklist. *BMC Health Serv Res*. 2018 Mar 9;18(1):170.
35. Vårt patientsäkerhetsarbete [Internet]. Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag; [hämtad 2022-12-22]. Tillgänglig från: <https://lof.se/patientsakerhet/vart-patientsakerhetsarbete>.
36. Patientsäkerhetslagen (2010:659) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet: Riksdagen; [hämtad 2022-12-22]. Tillgänglig från: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659).
37. Vincent CA, Coulter A. Patient safety: what about the patient? *Quality and Safety in Health Care*. 2002;11(1):76.
38. Patientsäkerhetskultur [Internet] Sveriges Kommuner och Regioner [uppdaterad 2022-12-21; hämtad 2023-04-12]. Tillgänglig från: <https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/patientsakerhetskultur.5839.html>.
39. Rollenhagen C. Säkerhetsklimat och säkerhetskultur. I: Ödegård S, redaktör. *Patientsäkerhet : teori och praktik*. 1. uppl: Stockholm : Liber; 2013. s. 352-74.
40. Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, Stress, and Teamwork in Medicine and Aviation: Cross Sectional Surveys. *BMJ: British Medical Journal*. 2000;320(7237):745-9.
41. Jones C, Durbridge M. Culture, Silence and Voice: The Implications for Patient Safety in the Operating Theatre. *Journal of perioperative practice*. 2016;26(12):281-4.
42. Källberg A-S, Göras C. Säker vård i omvårdnadsarbetet. I: Edberg A-K, Ehrenberg A, Wijk H, Öhlén J, redaktörer. *Omvårdnad på avancerad nivå : kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Andra upplagan uppl: Lund : Studentlitteratur; 2021. s. 433-55.
43. Erestam S. Aspects of teamwork and intraoperative factors in the operating room [Dissertation on the internet] Göteborg: Göteborgs Universitet; 2020 [hämtad 2023-06-01]. Tillgänglig från: [https://gupea.ub.gu.se/bitstream/handle/2077/65127/gupea\\_2077\\_65127\\_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://gupea.ub.gu.se/bitstream/handle/2077/65127/gupea_2077_65127_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

44. Vogelsang AC, Swenne CL, Gustafsson BÅ, Falk Brynhildsen K. Operating theatre nurse specialist competence to ensure patient safety in the operating theatre: A discursive paper. *Nursing open*. 2020;7(2):495-502.
45. Polit DF. *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Eleventh edition uppl. Beck CT, redaktör: Philadelphia : Wolters Kluwer; 2021.
46. Lundman B, Graneheim Hällgren U. *Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär M, Höglund-Nielsen B, redaktörer. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. 2., [rev.] uppl. uppl: Lund : Studentlitteratur; 2012. s. 187-201.*
47. Sandgren A. *Grounded theory. I: Henricson M, redaktör. Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad. Andra upplagan uppl: Lund : Studentlitteratur; 2017. s. 355-74.*
48. World Medical A. *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2013;310(20):2191-4.
49. Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor [Internet] Stockholm: Socialdepartementet: Riksdagen; [2022-12-30]. Tillgänglig från: <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som-sfs-2003-460>.
50. Cöster H. *Forskningsetik och ömsesidighet : vård, social omsorg och skola. 1. uppl. uppl: Stockholm : Liber; 2014.*
51. Sandman L. *Etikboken : etik för vårdande yrken. Andra upplagan uppl. Kjellström S, redaktör: Lund : Studentlitteratur; 2018.*
52. Erichsen Andersson A, Bergh I, Karlsson J, Eriksson BI, Nilsson K. Traffic flow in the operating room: An explorative and descriptive study on air quality during orthopedic trauma implant surgery. *American Journal Of Infection Control*, 2012, Vol 40, Iss 8, pp 750-755. 2012;40(8):750-5.
53. Wakeman D, Langham MR, Jr. Creating a safer operating room: Groups, team dynamics and crew resource management principles. *Semin Pediatr Surg*. 2018 Apr;27(2):107-13.
54. Mitchell L, Flin R, Yule S, Mitchell J, Coutts K, Youngson G. Thinking ahead of the surgeon. An interview study to identify scrub nurses' non-technical skills. *International journal of nursing studies*. 2011;48(7):818-28.
55. Skador i vården – skadepanorama och kostnader för kirurgi: LÖF 2013 [uppdaterad 2014-12-09; hämtad 2023-05-04]. Tillgänglig från: <https://lof.se/filer/Skador-i-varden-skadepanorama-och-kostnader-for-kirurgi.pdf>.
56. Goossens H. Antibiotic consumption and link to resistance. *Clinical microbiology and infection*. 2009;15(s3):12-5.



## **Bilaga 1: Obligatoriskt- Skriftlig information till deltagare.**

Operationsteamets perioperativa kommunikation och samarbete i operationsrummet.

### **Information till forskningspersonerna**

Vi är två sjuksköterskor som går specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning operationssjukvård. I utbildningen ingår det att göra ett examensarbete. Vi har valt att observera personer och genom detta dokument vill vi därför fråga dig om du vill delta. Genom att läsa följande punkter i det här dokumentet får du information om examensarbetet och innebörden av att delta.

### **Vad är det för studie och varför vill ni att jag ska delta?**

Tidigare studier har visat att kommunikation i operationsteamet är av stor vikt för att gynna patientsäkerheten och minska vårdskador. Vi vill utföra en observation angående samarbete och kommunikation på din avdelning för att förhoppningsvis kunna bidra till ökad medvetenhet och diskussion kring patientsäkerhet. Då olika typer av operationer kommer att observeras får samtliga medarbetare på enheten denna information. Alla medarbetare oavsett yrkeskategori är lika viktiga för att kunna utföra uppsatsen.

Forskningshuvudman för projektet är Göteborgs Universitet. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för projektet. Ansökan är godkänd av Etikgruppen på Göteborgs Universitet.

### **Hur går studien till?**

Att delta i observationsstudien innebär ingen förändring i ditt dagliga arbete då det som observeras är den sanningsenliga verkligheten. Vi är två observatörer som med hjälp av ett strukturerat observationsformulär kommer utföra observationerna och då befinna oss på var sin operationssal utöver den ordinarie personalen. Observationsstudien kommer att genomföras 07.00-16.30 vardagar vecka 16+17 våren 2023.

### **Möjliga fördelar och risker med att delta i studien**

Om du väljer att delta kan din medverkan ge oss kunskap och förståelse gällande hur kommunikation i operationsteamet i dagsläget ser ut. Resultatet av examensarbetet kan användas för att öppna för diskussion gällande kommunikation i den perioperativa omvårdnaden genom att eventuella problem uppmärksammas. Det finns risk att personalen upplever det obekvämt och stressande att bli observerade. Om du upplever observationen som jobbig eller svår så har du hela tiden rätt att avbryta.



## GÖTEBORGS UNIVERSITET

### **Vad händer med mina uppgifter?**

För att inte utsätta dig eller andra deltagare för risk för identifiering så kommer alla personuppgifter att hanteras i enlighet med EU:s dataskyddsförordning General Data Protection Regulation (GDPR) ((EU) 2016/679). Ansvarig för dina personuppgifter är Göteborgs Universitet som har ett dataskyddsombud som kan nås via e-post: [dataskydd@gu.se](mailto:dataskydd@gu.se) eller på telefon 031-786 00 00. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i projektet, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Rätten till radering och till begränsning av behandling av personuppgifter gäller dock inte när uppgifterna är nödvändiga för den aktuella forskningen. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att lämna in klagomål till Integritetsskyddsmyndigheten, som är tillsynsmyndighet.

Endast ansvariga och deras handledare har tillgång till materialet från observationerna på lösenordsskyddade datorer. På så sätt förhindrar vi att obehöriga tar del av din information. Materialet kommer att kodas så att din identitet inte går att urskilja då examensarbetets resultat publiceras. Allt material som samlats in kommer raderas efter avslutad kurs och godkänt examensarbete.

Göteborgs Universitet är ansvarig för att dina personuppgifter hanteras på korrekt sätt enligt EU:s dataskyddsförordning GDPR

### **Hur får jag information om resultatet av studien?**

Resultatet kommer att sammanställas och redovisas i en magisteruppsats på Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs Universitet. Examensarbetet kommer att bli publicerat i universitetets databas för uppsatser ([www.gupea.ub.gu.se](http://www.gupea.ub.gu.se)) och ett skriftligt exemplar kommer att arkiveras på Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet. Om du vill ta del av examensarbetet kan du kontakta någon av de ansvariga, se kontaktuppgifter längre ner i dokumentet.

### **Försäkring och ersättning**

Det utgår ingen ekonomisk ersättning för deltagande.

### **Deltagandet är frivilligt**

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför. Om du inte vill delta eller vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta någon av de ansvariga för examensarbetet.





## GÖTEBORGS UNIVERSITET

### **Ansvariga:**

Cecilia Lundahl  
Leg. Sjuksköterska  
Operationssjuksköterskestudent  
Göteborgs Universitet  
[guslundace@student.gu.se](mailto:guslundace@student.gu.se)

Lisa Cederqvist  
Leg. Sjuksköterska  
Operationssjuksköterskestudent  
Göteborgs Universitet  
[guscedlii@student.gu.se](mailto:guscedlii@student.gu.se)

### **Handledare:**

Sofia Erestam  
PhD, Universitetsadjunkt  
Göteborgs Universitet  
[sofia.erestam@gu.se](mailto:sofia.erestam@gu.se)

## Bilaga 2 Observationsformulär

### Observationsformulär Operation: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ KL: \_\_\_\_\_

#### Kontroll inför anestesistart

##### 1. Kontroll utförd

Ja Nej

##### 2. Vilken yrkeskategori är närvarande:

a) An-läk                      b) An-ssk                      c) Op-ssk  
d) Usk    e) Operatör

##### 3. Vem tar initiativ till att utföra kontrollen

a) An-läk                      b) An-ssk                      c) Op-ssk  
d) Usk    e) Operatör

4. Har all personal full uppmärksamhet under kontrollen? Ja Nej

Om nej, vem är distraherad?

a) An-läk                      b) An-ssk                      c) Op-ssk  
d) Usk    e) Operatör

Vilken typ av distraktion?

\_\_\_\_\_

5. Gås alla punkter igenom? Ja Nej

Om nej, vilka punkter hoppas över? \_\_\_\_\_

#### Instruktioner - Kontroll inför anestesistart

1. **Akutläkemedel och material:** Anestesivagn kontrollerad. Innehåller läkemedel och material enligt klinikrutin/PM.
2. **Identitet och journaler:** Patientidentitet bekräftad enligt rutin. Journaler genomgångna. Vid akutfall följs klinikrutiner/PM.
3. **Patientstatus:** ASA-klass, fastetid. Eventuell(a) blodsmitta, multiresistenta bakterier, metallimplantat, pacemaker, allergier (läkemedel, nickel, latex). Relevant information delgiven operationssjuksköterska.
4. **Markering av op-område:** Säkerställ att patienten är korrekt op-märkerad. Vid svar anges markerad kroppsdel. Vid tveksamhet, kontakta operatör. Korrekt operationsbord verifierat.
5. **Ventilation, cirkulation, hypotermi:** Risk för ventilationsproblem, cirkulationsproblem och hypotermi värderade. Monitorering enligt klinikrutin/PM samt perioperativ journal/bedömning säkerställd. Blodprodukter enligt op-anmälan/operatör beställda.
6. **Urinretention/KAD:** Behov av tappning/KAD värderat.
7. **Kärlaccess:** PVK/CVK/SVP/artärnål är testad(e) och klar(a) för användning.
8. **Antibiotika:** Kontrollerat mot journal. Ges/givet enligt klinikrutin/PM. Svar anges som preparat, dos och tidpunkt.
9. **Luftvägsbedömning:** Journalanteckningar och eventuell tidigare anestesijournal kontrollerade. Aktuell luftvägsbedömning gjord.
10. **Luftvägshantering:** Tillgång till utrustning för luftvägshantering enligt klinikrutin/PM samt luftvägsbedömning verifierad. Utrustning testad och klar.
11. **Läkemedel för induktion:** Opioid, induktionsmedel och muskelrelaxantia angivna. Svar anges som preparat och dos.
12. **Läkemedel för underhåll:** Svar anges som preparat och dos.
13. **Kontroll och inställning av apparatur:** Sprutpumpar, respirator, sug och övervakningsutrustning kontrollerade enligt klinikrutin/PM. All utrustning är programmerad med för patienten korrekta värden, vilka också är dubbelkollade.
14. **Förberedelse anesthesi:** I de fall RSI ej ska utföras är "Kontroll inför anestesistart" färdig i och med denna punkt.
15. **RSI - utrustning, läkemedel, handgrepp:** Om RSI är aktuell är klinikrutiner/PM avseende ventrikelsond, syrahämmare, antidot samt cricoidtryck genomgångna.
16. **Förberedelse anesthesi och RSI:** I de fall RSI ska utföras är "Kontroll inför anestesistart" färdig i och med denna punkt.

## Fältanteckningar

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## Fältanteckningar

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Avslutning KL: \_\_\_\_\_

12. Avslutning utförd Ja Nej

13. Vilken yrkeskategori är närvarande:

a) An-läk b) An-ssk c) Op-ssk  
d) Usk e) Operatör

14. Vem tar initiativ till att utföra avslutningen?

a) An-läk b) An-ssk c) Op-ssk  
d) Usk e) Operatör

15. Har all personal full uppmärksamhet under avslutningen?

Ja Nej

Om nej, vem är distraherad?

a) An-läk b) An-ssk c) Op-ssk  
d) Usk e) Operatör

Vilken typ av distraktion? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. Gås alla punkter igenom? Ja Nej

Om nej, vilka punkter hoppas över? \_\_\_\_\_

Instruktioner - Avslutning	
<b>Operationssjuksköterska</b>	
1.	<b>Nålar, kanyler, dukar och instrument:</b> Operationssjuksköterska bekräftar att instrument-, tork- och nålkontroll är utförd. Blodförlust värderas.
<b>Anestesisjuksköterska</b>	
2.	<b>Planerad smärtbehandling:</b> Enligt ordination alternativt enligt klinikrutin/PM.
3.	<b>Planerad vätskebehandling/nutrition/fasta:</b> Blodförlust värderas. Fortsatt vätske- och nutritionstillförelse enligt ordination. Eventuell fortsatt fasta.
4.	<b>Läkemedel:</b> Instruktioner rörande operationsrelaterade såväl som ordinarie läkemedel som kan behöva justeras. Koordineras med operatör.
<b>Operatör</b>	
5.	<b>Vilket ingrepp har utförts:</b> Kort redogörelse för utfört ingrepp inkluderande ev. komplikationer samt planerad eftervård.
6.	<b>Preparat:</b> Operatör bekräftar att eventuella preparat som tagits under ingreppet är korrekt märkta och hanterade enligt anvisningar.
7.	<b>Trombosprofylax:</b> Enligt ordination av operatör.
8.	<b>Antibiotika:</b> Enligt ordination av operatör.
9.	<b>Drän:</b> Enligt ordination av operatör. Aktivt / passivt samt eventuellt behov av spolning.
10.	<b>Urinretention/KAD:</b> Scanning av urinblåsa samt tappning enligt klinikrutiner/PM.
11.	<b>Mobilisering:</b> Enligt ordination av operatör.
12.	<b>Röntgenremiss:</b> Kontrollera att remiss finns alternativt vem som skriver sådan.
<b>Alla</b>	
13.	<b>Utvärdering:</b> Eventuella problem med utrustning som behöver åtgärdas? Vad har vi lärt oss? Vad gör vi bättre nästa gång?
14.	<b>Avslutning klar:</b> Checklistans alla delar är nu genomgångna.

## Fältanteckningar

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---