

Patientsäkerheten i den kirurgiska vården

Checklistans effekt på komplikationer och dödsfall
vid operation

Olga Persson

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	
Författare:	Olga Persson
Arbetets namn:	Patientsäkerheten i den kirurgiska vården. Checklistans effekt på komplikationer och dödsfall vid operation
Handledare (Arcada):	Anna Holmström-Toivola
Uppdragsgivare:	
<p>Sammandrag: Detta är ett examensarbete som handlar om WHO:s checklista för säker kirurgi. Syftet är att genom en kvalitativ litteraturoversikt undersöka vad det framgår i studier som gjorts om checklistans användning och dess effekter. Studien granskar 8st vetenskapliga artiklar från år 2008 framåt. Resultatet visar att listan har effekt på minskning av komplikationer och dödsfall. Det kommer också tydligt fram att mera forskning av bättre kvalitet behövs.</p>	
Nyckelord:	patientsäkerhet, checklista, kirurgisk vård, vårdlidande
Sidantal:	36
Språk:	svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	
Author:	Olga Persson
Title:	Patient safety in surgical care. The effect of a checklist on complications and deaths associated with surgery.
Supervisor (Arcada):	Anna Holmström-Toivola
Commissioned by:	
<p>Abstract:</p> <p>This is a qualitative literature study on the WHO Surgical Safety Checklist. The aim of this study is to gain more knowledge about the checklist's effects. The study analyses eight scientific articles and concludes that surgical safety checklists have positive effects on the reduction of complications and deaths. It is also evident that more research in this area is required.</p>	
Keywords:	patient safety, check-list, surgical care, suffering
Number of pages:	36
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

INNEHÅLL

FÖRORD	6
1 Inledning	7
2 Definitioner	8
2.1 Patientsäkerhet.....	8
2.2 World Alliance For Patient Safety.....	9
2.3 WHO Surgical Safety Check-list, checklista för säker kirurgi.....	9
2.4 Patientskador.....	11
3 Bakgrundsinformation	12
3.1 Den kirurgiska vården	12
3.2 Rapport och dokumentation i den kirurgiska vården.....	17
3.3 Faktorer som påverkar patientens säkerhet i den intraoperativa vården.....	19
4 Syfte, frågeställningar och design	20
4.1 Design	20
5 Vårdteoretiskt perspektiv	21
5.1 Lidande.....	21
5.2 Sårbarhet.....	23
5.3 Det professionella ansvaret.....	23
6 Metod	25
6.1 Studiens genomförande	27
7 Resultatredovisning	28
7.1 Checklistans effekt på komplikationer och dödsfall.....	28
7.2 Kritik av listan	29
7.3 Kritik av studier om listan	30
7.4 SURPASS-checklista	31
7.5 Finland	31
7.6 Slutsats.....	32
8 Diskussion	33
8.1 Kritisk granskning	33
8.2 Etiska reflektioner.....	34
Källor	35
Bilagor	37

Bilaga 1: Checklista

Bilaga 2: Sammanfattning av artiklar

FÖRORD

Tack alla lärare, vänner och familjemedlemmar för all hjälp och stöd. Det har varit en intensiv period när detta arbete utformats. Utan er hjälp skulle det inte ha varit möjligt att utöva denna kunskap som utvecklats under arbetets gång.

Olga Persson

Helsingfors, augusti 2012

1 INLEDNING

Nästan hälften av vårdrelaterade olycksfall sker i området kring operationssalen. Av dem skulle hälften kunna förebyggas. För vårdaren och patienten är operationssalen en krävande plats. Kommunikation och samarbete mellan det mångprofessionella teamet är viktiga faktorer där. (Kinnunen & Peltomaa 2009:95)

Exempel på olyckor som kan ske vid en operation är att patienten opereras på fel sida eller att det blir kvar något instrument eller bandage i operationssåret. Brännskador, hypotermi och sedation utan smärtlindring kan ske. (Kinnunen & Peltomaa 2009:95)

Enligt WHO kommer den kirurgiska vården att växa. Skadeolyckor, cancersjukdomar och hjärt- och kärlsjukdomar blir allt vanligare och fortsätter att öka. För att göra kirurgin säkrare har det tagit fram ett hjälpmedel, en checklista, som går igenom kring operationstillfället. (WHO 2012)

I kurser vårdvetenskap, etik och psykiatrisk vård har det gått igenom teorier och kunskap om människan, känslor, etik, moral och ansvar. Dessa saker har utvecklat min syn på människan, patienten. Patienten är otroligt sårbar och lätt att skada. Jag reagerar starkt när jag hör om vanvård, vårdfel och patientskador som förekommer. Sådant skall inte få förekomma. Det är väldigt viktigt att patientsäkerheten uppmärksammas. Jag vill öka min kunskap om patientsäkerheten för att kunna ge patienten en trygg vård som lindrar lidande.

Första gången jag hörde om checklistan för säker kirurgi var under en lektion i kirurgisk vårdlära våren 2010. Efter det har jag stött på artiklar om listan där det kommit fram positiva förbättringar inom den kirurgiska vården. Bl. a. i Sverige har de flesta sjukhusen infört användning av listan och det har höjt patientsäkerheten. (Lund 2010)

Jag har varit på praktik på kirurgisk avdelning och operationssal men aldrig sett att checklistan skulle användas. Denna studie är anknuten till projektet som gäller patientsäkerhet i Arcada.

2 DEFINITIONER

2.1 Patientsäkerhet

Patientsäkerhet, finsk. Potilasturvallisuus, eng. Patient safety är ett samlingsbegrepp som innehåller säkerhet i vården, säker läkemedelsbehandling och säker användning av maskiner. Patienten skall få en trygg vård och skyddas mot skador. (Snellman 2009:37)

Patientsäkerheten är en central del i vårdkvaliteten. Just nu är inte hälsovårdssystemet organiserat på ett sätt som skulle höja kvalitetsnivån till den bästa. Det har mera satsats på att göra vårdssystemet lönsammare, vilket inte har med själva kvaliteten att göra. (Snellman 2009:32-33)

Enligt THL ligger Finland efter med att främja patientsäkerheten jämfört med de andra nordiska länderna. Nu har arbetet för att främja säkerheten ändå kommit igång. (Institut för hälsa och välfärd 2011)

Institutet för hälsa och välfärd har som mål att minska skador som orsakats av vård till hälften till år 2020. År 2011 inleddes ett projekt som skall jobba för patientsäkerheten och där olika sjukhus och hälsocentraler är med. (Institut för hälsa och välfärd 2011)

Hälften av alla skador som förekommer inom patientvården kan förebyggas. Det kan man göra genom att gå igenom riskfaktorerna för skador, ändra på vårdprocedurer och lära sig av sina misstag. (Snellman 2009:33)

Finlands befolkning skall kunna få känna sig trygg i vården. Social- och hälsovårdsministeriet har satt upp höga mål för att förbättra patientsäkerheten i Finland. (Snellman 2009:33)

Finlands strategi för att höja patientsäkerheten kom ut år 2009 och har följande mål:

- Patienten skall själv vara deltagande i förbättring av patientsäkerheten

- Patientsäkerheten skall styras genom att förutse och genom att lära sig
- Farosituationer skall rapporteras och man skall lära sig av dem
- Patientsäkerheten skall främjas med tillräckliga resurser och planering
- Patientsäkerheten skall uppmärksammas i forskning och inom utbildning i social och hälsovård (Snellman 2009:35)

Oftast kan patienten vara med och påverka och bestämma vad som sker i en vårdssituation. Under en operation begränsas patientens påverkan och kontrollen och patienten och dess mående blir helt beroende av andra människor, alltså vårdpersonalen. (Iivanainen m.fl. 2006:473)

Patienten bör få känna sig trygg och uppleva vårdpersonalen som trygghetsingivande när hon skall på operation. (Iivanainen m.fl. 2006:474)

Teknologin utvecklas med olika maskiner och monitorer som följer med patientens mående. Det kan ändå aldrig ersätta att vårdaren kommunicerar med patienten, tittar på patienten och känner efter. (Kinnunen & Peltomaa 2009:95)

2.2 World Alliance For Patient Safety

World Alliance For Patient Safety är en del av världshälsoorganisationen. De har ett projekt som heter Safe Surgery Saves Lives och har som mål att göra kirurgin säkrare och minska dödsfall i samband med det. (Bruksanvisning för checklista 2009:6)

2.3 WHO Surgical Safety Check-list, checklista för säker kirurgi

För att öka säkerheten inom kirurgin har Världshälsoorganisationen utvecklat ett hjälpmedel, en lista som personalen i operationssalen skall gå igenom vid tre tillfällen. Listan innehåller punkter som kryssas för och går igenom före anestesi, innan man börjar operera och efter operationen. (Lund 2010)

Målet med listan är att kommunikationen och samarbetet skall bli bättre. Också vårdpersonalens rutiner skall uppmärksammas. (Bruksanvisning för checklista 2009:6)

Listan är enkel och kan kompletteras. Den är gjord så att det skall gå enkelt att använda den och att den inte skall kännas som en börda som stör eller fördröjer arbetet. (Bruksanvisning för checklista 2009:22)

Först väljer man en person som ansvarar för listan, personen skall vara med under hela operationen. Den som ansvarar för listan skall se till att alla gjort färdigt sina uppgifter i varje skede (3 st) och detta skall göras muntligt. (Bruksanvisning för checklista 2009:12)

Förberedelseskedet, som är tiden innan anestesi påbörjas, hör till det första skedet. Den som är ansvarig för listan börjar med att fråga patienten om man har bekräftat hans/hennes identitet, om operationen som skall utföras och stället som skall opereras är rätt. Det skall också frågas om patienten samtycker till det som skall ske och om tillräcklig information har getts. Efter att ha pratat med patienten kollar den listansvarige om stället som skall opereras har markerats och att pulsoximeter fungerar. Risk för blodförlust och hypotermi skall muntligt gås igenom med anestesiologen och anestesiskötaren. Allergier kontrolleras och man ser till att andningsvägarna är säkrade. Till sist kollar man att anestesisäkerhetskontrollen är gjord. (Bruksanvisning för checklista 2009:12)

Det andra skedet är det så kallade "time-out"-skedet och sker efter anestesi men före operationen har börjat. Alla stannar upp, säger sitt namn och berättar vad de har för uppgift. Man går dessutom igenom att det är rätt operation på rätt person och eventuella komplikationer som kan förekomma under operationen och vad man gör då. Också antibiotikaproylaxet kontrolleras. (Bruksanvisning för checklista 2009:12)

Det sista skedet är avslutningsskedet, efter operationen då patienten ännu är i operationssalen. Personalen går igenom vilken operation som har gjorts, man kollar också att alla instrument och bandage/bindor är borttagna genom att räkna dem. Man går igenom utrustningen och om det har skett några fel eller problem. Innan patienten flyttas går man ännu igenom vad som skall ske postoperativt och vad för problem som kan ske i samband med det och uppvaknandet. En tid för en diskussion ges också så att man kan

gå igenom operationens gång och vad man kan lära sig av den. (Bruksanvisning för checklista 2009:12)

2.4 Patientskador

Sjukskötare skall se till att patienten har det bra och skyddar honom/henne mot det som är skadligt. Det minsta kravet på vård är att den inte skadar patienten. Patienten kan skadas fysiskt, psykiskt och socialt. Fysiska skador kan komma t.ex. av fysisk vanvård, de psykiska skadorna kan vara att patienten känner oro, rädsla och brist på trygghet. Sociala skador kan ske när det blir problem med patientens relationer. Sjukskötaren skall göra gott och får inte skada patienten. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008:116-117)

Att inte skada hör till de etiska principerna och innebär att vård inte får skada patienten genom former som vanvård och patientskador. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008:124)

I vissa situationer måste vårdaren göra saker som på kort sikt skadar patienten. Det kan t.ex. vara genom att man ger en injektion som för stunden får patienten att känna smärta. Med på lång sikt gynnar det patienten som får sin medicin. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008:117-120)

I vården handlar vårdarbetet mycket om etisk reflektion över att välja det som är gott och inte det som skadar (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008:117-120). Det som alltid skall undvikas och som inte har några goda följder är patientskador som uppkommer p.g.a. vårdfel och vanvård. Patientskador och risker för patientskador får inte accepteras. Den redan sårbara patienten får inte såras ytterligare. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008:120)

Sjukskötaren måste skydda den sårbara patienten och ta ansvar för att patienten har det tryggt. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008:120)

3 BAKGRUNDSINFORMATION

3.1 Den kirurgiska vården

Många patienter som har genomgått operation drabbas av sjukdomar pga. vårdfel. De flesta säkerhetsåtgärderna har fokuserats på operationssalen trots att över hälften av alla operationsrelaterade fel uppstår utanför operationssalen. Man borde fokusera på hela operationsprocessen för att förbättra situationen. (Eefje N. de Vries m.fl. 2010:1928)

Den kirurgiska vården delas in i pre-, intra- och postoperativa vården. (Iivanainen m.fl. 2006:460)

Preoperativa skedet börjar när beslut om operationen har fattats av både läkaren och patienten. I detta skede förbereder sig patienten för operation fysiskt, psykiskt och socialt. Perioden avslutas när patienten flyttas till operationssalen och vårdpersonalen där tar över ansvaret. Då börjar det intraoperativa vården och pågår tills patienten flyttas från operationssalen till övervaknings eller uppvakningsutrymmet. Det postoperativa skedet börjar där och pågår tills patienten har återhämtat sig från operationen. (Iivanainen m.fl. 2006:460)

Patienten skall få information om operationen och hur hon/han kan förbereda sig för den. Det skall ges möjlighet för patienten att fråga, berätta om sina rädslor, förväntningar och tidigare erfarenheter av operation eller sjukhusvistelse. När patienten väntar på operationen kan hon förbereda sig för att klara av operationens påfrestning. Faktorer som har betydelse och som patienten bör sträva till före operation är att höja den allmänna konditionen, stärka lungornas och hjärtats funktion, sköta om eventuella sjukdomar, undvika luftvägsinfektioner, vara noggrann med hygien och hålla huden hel, sköta om näringsbalansen och vikten. Dessutom bör patienten förbereda sig psykiskt, ta reda på information om ingreppet och sköta om praktiska detaljer hemma och på jobbet. (Iivanainen m.fl. 2006:462)

En patient som kommer till sjukhuset riskerar att utsättas för mikrober (Lukkari m.fl. 2010:79). Det rekommenderas att patienten vistas så kort tid som möjligt i sjukhusmiljön. Patienten kan, om det är möjligt, komma till sjukhuset samma morgon som operationen skall ske, det minskar risker för sjukhusets bakterier. (Lukkari m.fl. 2010:87)

En egenvårdare tar emot patienten och samtalar med patienten på en lugn plats. Det är viktigt att patienten känner sig väl bemött, enligt undersökning har det betydelse i hur vårdprocessen lyckas. (Iivanainen m.fl. 2006:462-463)

Egenvårdaren går igenom vad som kommer att ske, alla detaljer, berättar om avdelningen och rutinerna där, går igenom medicineringen och informerar om de kommande operationsförberedelserna. Tillsammans gör man upp en vårdplan, diskuterar den fortsatta vården, eventuella hjälpmedel, anhöriga och andra praktiska detaljer. Vårdaren fyller i en anestesiblankett och kollar att alla laboratorieundersökningar och andra relevanta undersökningar har gjorts och beställer det som behövs. Andra viktiga saker som går igenom är patientens identitet, kontaktuppgifter, anhöriga, sjukdomar, tidigare vård och ingrepp och eventuella ingrepp eller komplikationer. Man går igenom medicinering, näring, vila, vikt och längd, mäter blodtryck, puls och temperatur. Patienten meddelar om hon/han använder hjälpmedel, t.ex. glasögon, proteser, hur god rörelseförmågan är och vilka begränsningar det finns, om det finns främmande föremål i kroppen ex. pacemaker eller höftprotes. (Iivanainen m.fl. 2006:463)

De psykiska faktorerna skall också gås igenom, exempel på dem är rädsla och förväntningar. Jobbet och anhöriga hör till de sociala faktorerna som tas upp. (Iivanainen m.fl. 2006:463-464)

Patienten skall få information om hur hon/han skall sköta om sig efter operation, bl.a. betydelsen av tidig mobilisering. (Iivanainen m.fl. 2006:465)

Dagen innan operation går man igenom patientens mående, mäter RR och puls och tar prover som ordineras. Patientens vitala funktioner skall balanseras, t.ex. vätskebalansen. Infektioner skall skötas och förebyggas med mikrobläkemedel. Patienten övar sig rätt andningsteknik och eventuell smärta skall skötas om. Kvällen före kan patienten ta nå-

gon lugnande sömnmedicin, det minskar rädsla och ger en bra nattsömn. (Iivanainen m.fl. 2006:465-466)

Sjukskötaren ser till att alla prover är tagna och beställda. Det är viktigt att beställa blodprodukterna i god tid och reda ut patientens blodgrupp. (Iivanainen m.fl. 2006:466) Vissa operationer kräver att tarmen är tom och då ger man instruktioner och hjälper patienten att tömma den. För att undvika aspiration får patienten inte äta någonting några timmar före. (Iivanainen m.fl. 2006:465-467) Information om hygien och hårborttagning ges (Iivanainen m.fl. 2006:468-469).

För att undvika trombbildning som kan ske p.g.a. kirurgisk ingrepp eller stas som kommer av sängliggande ges medicin, miniheparin, aspirin, varfarin eller dekstran. Före operation sätter man på antiemboliska strumpor eller lindar benen med elastisk binda. Det är viktigt att patienten mobiliseras så tidigt som möjligt efter operationen. (Iivanainen m.fl. 2006: 470)

Smycken, proteser och linser skall avlägsnas före operation. Glasögon och hörapparat tas inte bort förrän i operationssalen. Patienten får ett identitetsarmband med namn och personbeteckning. (Iivanainen m.fl. 2006:472)

En timme före operation ges premedicinering som lugnar patienten. Före premedicineringen skall patienten tömma urinblåsan eftersom den fylls under operationen pga. Iv-infusion. (Iivanainen m.fl. 2006:472)

När man kommit så långt att man överför patienten till operationsteamet är rapporten mycket viktig. Patienten skall höra rapporten och ännu kunna göra rättelser eller tillägg om något är fel. (Iivanainen m.fl. 2006:473)

Operationsteamet består oftast av den vårdande läkaren, anestesiläkaren och tre sjukskötare. Alla sjukskötare har sina egna uppgifter och ansvarsområden. En är anestesiskötare, en övervakningsskötare och en instrumentskötare. Arbetet i operationssalen är intensivt koncentrerat på samarbete mellan olika kunnande. (Iivanainen m.fl. 2006:474)

Till den intraoperativa vården hör mottagande av patienten, förberedelse och påbörjande av anestesi, förberedelse av ingreppet som skall ske, övervakning av anestesin, utförande av ingreppet och avslutning av anestesin och överföring av patienten för uppvakning. (Iivanainen m.fl. 2006:476)

Anestesi innebär att man söver ner eller bedövar patienten. Med olika mediciner kan man åstadkomma sömn, smärtlindring och muskelrelaxerande effekt. Till analgesin och anestesivården hör det premedicinering, nersövning, upprätthållning av anestesi, avslutning och väckning av patient och uppföljning av uppvaknandet. (Iivanainen m.fl. 2006:476)

Anestesiskötaren förbereder medicineringen som används och går igenom maskiners och apparaters funktion. Hon/han ansvarar för att förse de andra i teamet med rapporter som angår deras förberedelser t.ex. patientens allergier för gummi eller tvättlösning. Enligt läkarens ordination ger anestesiskötaren patienten mediciner och hjälper anestesiläkaren med olika ingrepp, t.ex. kanylering. (Iivanainen m.fl. 2006:479)

Anestesiskötaren följer med patientens vitala funktioner, sköter om vätskebalansen och sköter om blodbalansen och förlusten enligt ordination. Den postoperativa smärtlindringen hör också till anestesiskötarens uppgifter. Tillsammans med anestesiläkaren följer de med patientens mående och fyller i anestesiblanketten. (Iivanainen m.fl. 2006:481)

Övervakningsskötaren reserverar och gör, tillsammans med instrumentskötaren, i ordning de redskap som behövs för operationen. Hon/han tar emot patienten, kollar patientens hud och desinficerar den. Patienten flyttas över till operationsbordet, man ser till att det finns alla nödvändiga stöd och att ställningen är korrekt. Övervakningsskötaren hjälper kirurgen och instrumentskötaren att klä på de sterila dräkterna och hjälper instrumentskötaren att sätta ihop de sterila bord och instrumenten. Tillsammans med instrumentskötaren räknar de bindor, bandage och de olika verktygen som används, både före och efter ingreppet. Övervakningsskötaren ser till att allt går smidigt till och att allt fungerar som det skall. Hon/han dokumenterar vården på en periotiv blankett och ansva-

rar för premedicineringen av den följande patient som kommer. (Iivanainen m.fl. 2006:481-482)

Instrumentskötaren reserverar, sköter om instrumenten som används i operationen. Hon/han gör iordning de sterila borden med instrument och redskap, räknar dem både före och efter ingrepp och ansvarar över att allting hålls sterilt. Dessutom följer hon/han också med det andra teamets aseptiska arbetssätt. Under operation hjälper hon kirurgen och sköter om operationssåret efter stängning. (Iivanainen m.fl. 2006:481)

Den postoperativa vården börjar när patienten flyttas från operationssalen till uppvaknings- eller övervakningsutrymmet. Under förflyttningen följs patientens tillstånd mycket noggrant av anestesiläkaren och skötaren. Det skall närvara minst två personer när patienten flyttas men det rekommenderas att flera är med. Anestesiskötaren ger en noggrann rapport till personalen som tar över patienten. Innan vårdaren lämnar rummet är det viktigt att ännu observera patienten med en personlig hälsning. Det ger patienten en känsla av att hon/han är viktig och får individuell omvårdnad. (Lukkari m.fl. 2010:354)

I uppvakningsskedet följer man med andningen och syresättningen och ger syre via mask. EKG, puls och saturation följs via en monitor, man mäter också blodtrycket och följer upp medvetandenivån. Patientens smärta följs upp och sköts enligt ordination. Medicinering, infusioner och blodtillförsel sköts om. Operationsområdet, såret kollas upp. Det är viktigt att hålla patienten varm, följa med illamående och återhämtning av muskelstyrka. (Iivanainen m.fl. 2006:488)

När patientens mående har stabiliserats och anestesiläkaren gett lov kan man flytta patienten för vidare vård till en bäddavdelning. Anestesiläkaren ger skriftliga ordinationer för den fortsatta vården. Sjukskötaren ringer till avdelningen och meddelar att patienten kan komma, varefter två vårdare kommer och hämtar honom/henne. Efter en grundlig rapport överförs ansvaret till bäddavdelningens personal. (Iivanainen m.fl. 2006:488)

På bäddavdelningen är det mycket viktigt att följa noggrant med patientens mående efter operation. En opererad patient löper stor risk för komplikationer. Det allmänna till-

ståndet, medvetandenivån, andning, pulsen och blodtrycket skall följas med. (Iivanainen m.fl. 2006:489-491)

Man följer med att patienten klarar av att urinera 4-6 h efter operation och om det inte lyckas kan man göra en engångskatetrisering. (Iivanainen m.fl. 2006:492)

På grund av bl.a. starka mediciner och anestesi är det vanligt med illamående och uppkastning, det är viktigt att se till att patienten inte aspirerar (Iivanainen m.fl. 2006:492). Temperaturen, vätskebalansen, näringsintaget och blodbalansen mäts och balanseras (Iivanainen m.fl. 2006:490-493).

Smärtan skall mätas och skötas enligt ordination. Patientens psykiska mående skall också tas i beaktande. När en vårdare är närvarande kan det skapa en känsla av trygghet för patienten. (Iivanainen m.fl. 2006:494-497)

Patienten får oftast redan under första postoperativa dagen hjälp med att stiga upp och mobiliseringen påbörjas i ett så tidigt skede som möjligt. Magfunktionen följs med, katetrar och drener sköts om och andra praktiska vårdåtgärder utförs. (Iivanainen m.fl. 2006:497-498)

En egenvårdare sköter om förberedelser för patientens fortsatta vård utanför sjukhuset och ser till att patienten får tillräckligt med information och känner sig trygg. (Iivanainen m.fl. 2006:499-500)

3.2 Rapport och dokumentation i den kirurgiska vården

När patienten överlämnas till operationsteamet ges en grundlig rapport där vårdarna lyssnar noggrant och där patienten är med och kan ännu påverka det som sägs. Följande skall komma fram i rapporten: patientens identitet, diagnos och det planerade ingreppet (området visas). Patientens grundsjukdomar t.ex. diabetes, räknas upp och även det som hör till t.ex. blodsockervärdet och medicinering. Man går igenom läkarens ordinationer och hur förberedelserna för den kommande operationen har gått. Vätskebalans, utsöndring, allergier, blodbeställningar, hudens kondition, patientens rörelseförmåga och hin-

der uppmärksammas. Premedicineringen nämns. Innan personalen från bäddavdelningen går, kollar de att allt som behövs är med och lämnar patienten med en personlig hälsning. (Iivanainen m.fl. 2006:473)

Anestesiblanketten som fylls i av anestesiläkaren och skötaren under operationen är ett juridiskt dokument. Den preoperativa delen är färdigt ifyllt av personalen från bäddavdelningen. I anestesiblanketten fylls det i detaljer av patientens anestesi och mående under det intraoperativa skedet. Blanketten skall innehålla diagnosen och ingreppet, operationens brådskande och renlighetsgrad. Operationsteamets namn skall finnas på blanketten. (Iivanainen m.fl. 2006:488)

Anestesins och ingreppet som utförs, början, fortlöpande och slut dokumenteras. Typen av anestesi och mediciner som används skall framgå. Man antecknar alla infusioner, vätskebalansen, blodförlusten och tillförseln, katetrisering, kanylisering och intubation. Alla ingrepp som utförs på patienten. Det skall framgå respiratorns inställningar och bl.a. värden av blodtryck, puls, saturation, temperatur, gasutbytet i andningen och andningsfrekvensen. Vid komplikationer skall allting skrivas ner. (Iivanainen m.fl. 2006:488)

Andra saker som skall dokumenteras är patientens ställning, hur elektroderna är placerade på patienten, hudens kondition, alla material och plastskydd som används och vilken sort av desinfektionsmedel som använts. Alla drener, tamponger, sårmaterial och instrument som är fastsatta på patienten skall finnas med på blanketten. Det skall också framgå vem det är som haft ansvaret för granskning och uppräknig av instrument och bandage. (Iivanainen m.fl. 2006:483) Resultat av röntgen och prover skall finnas med, och även ordinationer för den postoperativa vården. (Iivanainen m.fl. 2006:483)

När patienten flyttas till uppvakningen rapporterar anestesiskötaren noggrant och går igenom anestesiblanketten. Rapporteringen skall ske bredvid patienten. (Iivanainen m.fl. 2006:488)

Rapporten till skötaren som hämtar patienten för fortsatt vård på avdelningen ger den relevanta informationen som också nämnts tidigare och poängterar speciellt ordinationer

för den fortsatta vården. Före patienten överförs till avdelningen undertecknar båda vårdarna blanketten. (Iivanainen m.fl. 2006:489)

3.3 Faktorer som påverkar patientens säkerhet i den intraoperativa vården

Det är viktigt att patienten får känna sig trygg och lita på personalen i den periotiva vården. (Iivanainen m.fl. 2006:474)

En trygg vårdmiljö påverkas av vårdpersonalens erfarenhet och kunskap. Patienten får inte lämnas ensam och skall ha det varmt och bekvämt på operationsbordet. Många patienter är rädda för att falla eftersom bordet är så smalt, rädslan och oron måste förstås av personalen. Apparaturen och maskiner som används i salen måste fungera och vara i skick. Vårdpersonalen skall ha tillräckligt med preoperativ information om patienten. Det lyckas genom att rapporten är noggrant genomförd både muntligt och skriftligt. En noggrant ifylld anestesiblankett skall finnas. (Iivanainen m.fl. 2006:474)

Att en vårdare från operationssalen besöker patienten före operationen, på ett så kallat preoperativt besök, ökar känslan av trygghet för patienten. (Iivanainen m.fl. 2006: 474)

Vården skall grunda sig på samarbete och god interaktion mellan patienten och vårdteamet. Kommunikation, äkta närvaro, professionellt beteende och respekt för patienten är saker som inverkar på patientens upplevelse av trygghet. (Iivanainen m.fl. 2006:475)

4 SYFTE, FRÅGESTÄLLNINGAR OCH DESIGN

Det grundläggande syftet med denna undersökning är att få kunskap om vad det finns för medel som kan ha betydelse för patientsäkerheten. Speciellt är respondenten intresserad av checklistans effekt på komplikationer och dödsfall i samband vid operation. Genom att få kunskap och en fördjupning i ämnen som patientsäkerhet hoppas respondenten kunna lindra onödigt lidande som uppkommer i vården.

Den centrala frågeställningen är:

Vad framgår det i studier som gjorts om checklistans användning och dess effekter?

Denna studie görs genom en litteraturoversikt av vetenskapliga artiklar från år 2008 framåt. Studien begränsas till stora undersökningar som gjorts under de senaste åren. Respondenten vill ha med artiklar av god kvalitet och fördjupa sig i dem.

Checklistan är en ganska ny uppfinning och efter en snabb överblick av erfarenheterna i Finland konstateras att det inte finns så mycket information om dess användning. Därför kommer det inte att läggas så mycket tonvikt på listans användning här.

4.1 Design

Intresset för studien är kirurgi, patientsäkerhet och checklista. Information sökes om ämnena och en fråga formuleras. Val av metod väljs för att få svar på frågan. Insamling av data och genomgång av det valda materialet utförs. Sedan väljs analysmetoden och genomförs. Resultatet presenteras.

5 VÅRDTEORETISKT PERSPEKTIV

Till teoribildningen för denna studie valdes det om människans lidande, gjord av Katie Eriksson. Hon anser att det är viktigt att vårdare känner till och förstår vad lidande är. Kunskap och reflektion över lidande kan förebygga vårdlidande som orsakas medvetet och omedvetet av vårdpersonal. Inom vård har man alltid haft som grund och mål att lindra lidande hos patienten. Det som ofta ändå händer är att vården skapar lidande. (Eriksson 1994:82)

I boken *Omvårdnadens etik. Sjuksköterskan och det moraliska rummet* tar Sarvimäki och Stenbock-Hult upp viktiga begrepp: sårbarhet, vanvård, patientskador, vårdfel och sjukskötarens professionella ansvar. De är i denna studie aktuella begrepp som är direkt anknutna till patientsäkerheten.

5.1 Lidande

Eriksson delar in lidande i olika dimensioner. Lidande består av prövning, ett döende. Lidande kan komma p.g.a. någonting som drabbar människan. Det kan vara en sjukdom eller smärta. I lidandet kan finnas någonting som för människan framåt, något positivt som ger lust och njutning. (Eriksson 1994:20)

Smärta och lidande är inte samma sak. Smärta kan finnas utan lidande och lidande kan finnas utan smärta. Lidandets motsatt är lust. (Eriksson 1994:20)

När människan lider så pinas hon. Det är något negativt och det finns något som har orsakat att människan lider. Människan måste kunna leva med det. Att lida är en kamp. Men trots det negativa kan lidande ge mening och leda till försoning. (Eriksson 1994:21)

Att lida kan också innebära att ha ett begär eller en brist. Medlidande betyder att man lider med någon annan eller för någon. (Eriksson 1994:21-22)

Florence Nightingales syn på lidande är att det inte är sjukdomen som förorsakar lidande. Det är vården som inte räcker till och det leder till att patienten lider. Enligt henne är faktorer som påverkar lidande hos patienten bl.a. ensamhet, bekymmer, känsla av osäkerhet och rädsla för överraskning. (Eriksson 1994:86)

Katie Eriksson delar in vårdlidande i fyra grupper. Till dem hör att patientens värdighet kränks, fördömelse och straff, utövning av makt och vård som blir utebliven. (Eriksson 1994:87)

Människans värdighet kan kränkas genom att vårdaren t.ex. slarvar när hon utför någon vårdhandling. (Eriksson 1994:87)

I "fördömelse och straff" -gruppen tas det upp bl. a. fördömelse. Exempel på situationer med fördömelse är när vårdarna har en bild av att de skall göra beslut över vad de anser är det rätta för patienten. Det är ändå alltid patienten som skall få välja. Fördömelse kan ske också när patienten, enligt vårdare, inte är som en "idealpatient" skall vara. (Eriksson 1994:91) Straff är att inte ge patienten god vård. (Eriksson 1994:91)

Exempel på maktutövning är att tvinga patienten till något hon/han inte vill eller klarar av. (Eriksson 1994:91-92)

När vårdaren inte ser hurudan slags vård patienten är i behov av kan det leda till att vården uteblir. Vanvård, brist på god vård och slarv är former av utebliven vård. (Eriksson 1994:92)

Vårdandets viktigaste grund är att lindra lidande hos patienten. Vårdlidande är ett onödigt lidande som överhuvudtaget inte skall få förekomma. (Eriksson 1994:95)

För att kunna lindra patientens lidande är det viktigt att patienten får känna sig inbjuden, respekterad och få vård. Det handlar om en hel vårdkultur som bygger på dessa principer. (Eriksson 1994:95) Patientens skall få den rätta vården där hennes värdighet inte får kränkas. Vårdpersonalen får inte utöva sin makt eller missbruka den. (Eriksson 1994:95)

Lidande kan lindras genom att vårdkulturen och miljön på sjukhuset utvecklas till en plats där patienten får uppmärksamhet, tillräckligt med information och får vara med och bestämma. Patienten skall i denna miljö få trygghet. (Eriksson 1994:97) Patienten skall bemötas med värdighet, få känna sig älskad, få bekräftelse och förståelse (Eriksson 1994:97). Alla människor är olika. Vården och behandling av sjukdom skall ges så att den är individuellt anpassad för varje patient. (Eriksson 1994:97)

Vi måste jobba för att vårdlidande inte skall få förekomma. Reflektion och kunskap om lidande är viktigt för att inte orsaka vårdlidande. Detta gäller också när vårdlidandet orsakas patienten på en omedveten nivå. (Eriksson 1994:98)

Vårdetiken är en grund i god vård (Eriksson 1994:98). Vårdlidande kan undvikas genom att vårdaren ger patienten en god vård. Den goda vården består av kärlek och ansvar för patienten. (Eriksson 1994:98)

5.2 Sårbarhet

Alla människor är sårbara. En sårbar människa skadas lätt både fysiskt och psykiskt. Fysiskt genom att kroppen skadas och psykiskt genom att hon blir kränkt. När man är sårbar är man känslig mot angrepp. Det är lätt att skada en sårbar människa som är känslig och utsatt. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008:14)

När man är sjuk är man extra sårbar och har större risk för att bli skadad. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008:21)

5.3 Det professionella ansvaret

Vårdaren har ett professionellt ansvar över vad hon/han gör. När det sker fel och skador mot patienten kan hon/han ställas till svars. Även om patienten skadas oavsiktligt av vårdaren, t.ex. genom okunskap, så måste ansvaret tas. Det hör till det professionella ansvaret att utveckla sin kunskap. Vissa saker måste sjukskötaren behärska. Är det så att

det uppkommer en situation som inte hör till sjukskötarens kunskaper eller som inte behärskas måste hon/han meddela detta. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008:127)

Om det sker patientskador, vårdfel och vanvård, och även risker för dessa, måste sjukskötarens alltid rapportera det vidare. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008:128)

6 METOD

En litteraturöversikt har valts över åtta vetenskapliga artiklar från år 2008 framåt. Metoden som valdes är kvalitativ.

Forskning av detta ämne är ett tämligen nytt fenomen och därför finns det inte så många artiklar och de som finns är relativt färska.

Alla artiklar som valdes var för att de alla var av hög kvalitet, de var alla vetenskapliga, de var alla nya och de var alla relativt omfattande, dvs. de hade många deltagare och gjorda på stora sjukhus.

Databaser	Sökord	Träffar	Begränsning
9.3.2012 Searchelite	world health organization checklist or checklist	6625	2
9.3.2012 Searchelite	checklist and medical	26	3
1.2.2012 Google Scholar	world health organization surgical checklist	18500	4

Data som samlats med den kvalitativa metoden kallas för ett induktivt datasamlings sätt. Den som samlar data enligt den induktiva metoden skall vara öppen och inte styra det material man har hittat. Genom att på förhand inte ha några antaganden undviker man att märka det man vill se. (Jakobsen 2007:49)

Har man en problemställning som man vill reda ut kan den kvalitativa metoden vara bra p.g.a. att den är flexibel. När man lär sig mera om det som hör till problemställningen kan den ändras under forskningsprocessen. (Jakobsen 2007:50)

När temat man förklarar är oklart kan man med den kvalitativa metoden göra den tydligare och beskriva temat så att man får mera information om den. Det leder till lättare förståelse. (Jakobsen 2007:56)

En kvalitativ metod valdes för att den passar bra när forskaren inte har så mycket tidigare kunskap om det hon/han vill studera. I den kvalitativa forskningen kan designen ändras under forskningsprocessen. I en kvalitativ studie försöker forskaren få förståelse av helheten i det hon/han undersöker. Resultatet redogörs i form av beskrivningar och citat och tar i beaktande olika begrepp och kategorier. Forskaren tolkar resultatet på ett relevant sätt. Validiteten i en kvalitativ studie är inte säker. (Eriksson. 1991:109-111)

Till analysmetoden har det valts den hermeneutiska-metoden. Med denna metod tolkar forskaren, förstår och bildar mening till en större kunskap. Hermeneutik är att tolka och förstå. För att nå större förståelse kan forskaren använda frågorna vad, var, hur och varför. (Eriksson. 1991:240)

Förståelse är beroende av forskarens tidigare kunskap och livserfarenhet. Med den hermeneutiska metoden kan forskaren använda sina värderingar under forskningsprocessen. (Patel & Tebelius. 1987:34)

Hermeneutiska metodiken kan delas in i fyra faser. I första fasen reagerar forskaren över någonting som hon/han vill ta mera i beaktande. I den andra fasen söker forskaren om mera bakgrundsinformation om det som hon/han har reagerat på. Då börjar forskaren bilda förståelse och när det inte räcker går forskaren vidare till nästa fas som är artikuleringsfasen. I artikuleringsfasen försöker forskaren hitta saker som ger mera information och kunskap för att få mera förståelse över den kunskap man fått från de första faserna. Den sista fasen är kritikfasen och i den bildar forskaren frågor om det kunskapsbildande skedet. (Eriksson. 1991:239)

6.1 Studiens genomförande

Först togs det reda på bakgrundsinformation om ämnen som har att göra med patientsäkerhet, den kirurgiska vården, olyckor i samband med kirurgi, checklista, vårdteorier m.m.

Informationen söktes om ämnena på internet, via litteratur och olika broschyrer. Sedan började det bildas tankar kring frågeställningar som respondenten ville ha svar på. När det uppkom idéer om hur svar på dem skulle fås bestämdes ett ämne.

Sökande efter artiklar påbörjades. Samtidigt jobbades det på att studera och presentera bakgrundsinformation och förklara de olika aktuella begreppen. Den kunskap som fanns redan från tidigare var till nytta.

När artiklarna som skulle undersökas valts ut börjades det med att läsa igenom dem. Texten i artiklarna kändes väldigt krävande eftersom det används mycket metodikbegrepp, medicinska och vetenskapliga uttryck som inte är bekanta. Dessutom är artiklarna som valts på engelska. Med vissa begrepp fick respondenten hjälp av en person som är mera insatt i vetenskapligt språk.

Det gick att översätta, skriva och samtidigt analysera innehållet efter hand. Först översattes artiklarnas innehåll till svenska. Respondenten gjorde anteckningar i punktform och skrev ner varje artikels syfte, metod, resultat och diskussion. Sedan organiserades artiklarna och det kom fram att fyra av de åtta artiklarna är originalstudier och att resten är analyser av sekundärdata. Respondenten märkte också att en av artiklarna inte handlade om WHO:s checklista för säker kirurgi, utan var en "Surgical Patient Safety System"-lista.

Artiklarnas resultat, diskussion och kritisk granskning jämfördes med varandra och det märktes ganska tydligt att det var några saker som var centrala och lika i varje artikel. Artiklarna grupperades och analyserades med det som tydligast kom fram i dem.

7 RESULTATREDOVISNING

7.1 Checklistans effekt på komplikationer och dödsfall

Resultaten av de flesta av dessa studier visar att användningen av checklistan kan anknytas till en minskning av komplikationer och dödsfall i samband med operation (Haynes. m.fl. 2009:491).

I Haynes studie, som är den största som gjorts, valde man ut totalt 8 st sjukhus, både länder med en hög, medelhög och låg BNP. Innan den longitudinella studien inleddes utvärderade man prestationerna i varje sjukhus och studerade en kontrollgrupp. Därefter började man använda checklistan. Antalet patienter var 3733 och 3955. Uppföljningen höll på så länge patienterna var kvar på sjukhuset men inte längre än 30 dagar. Variablerna man följde med var de 19 vanligaste och mest betydelsefulla negativa effekter som man anknyter med operation. Studien pågick ett år, oktober 2007-september 2008. Dödstalet var 1,5 % före användningen av checklistan och gick ned till 0,8 % efter. Komplikationer förekom hos 11,0% av patienterna innan checklistan började användas och gick ner till 7,0 % efter. (Haynes. m.fl.2009:491-495)

I en annan studie gjordes observationer på några sjukhus i Victoria samt studerades statistik från The Australian and New Zealand College of Anaesthetics. Operationsrelaterade dödsfall på The Australian and New Zealand College of Anaesthetics har sedan checklistan börjat användas minskat med 40 % och komplikationerna med över en tredjedel.(Keane.2010:397)

I Thomas G. Weisers studie samlade man in klinisk process- och resultatdata för 1750 patienter som var inne på sjukhus och genomgick akut operation före och efter användning av checklistan på 8 olika sjukhus i världen. Komplikationer var 18,4 % innan checklistan infördes och gick ner till 11,7 % efter att den används. Dödstalet gick ner från 3,7 % till 1,4 % efter att checklistan används. 6 uppmätta säkerhetssteg som fanns blev bättre från 18,6 % till 50,7 %. (Weiser.2010:976)

En retrospektiv kohortstudie som innehöll 2513 vuxna patienter som gått genom en ”non-day case surgery” gjordes i ett universitetssjukhus. Med hjälp av sjukhusets administrativa data och elektronisk patientdata studerade man dödsfallen på patienter där inom 30 dagar efter operation. Efter att checklistan togs i bruk gick dödligheten ner från 3,13 % till 2,85 %. (Van Klein.2012)

En systematisk litteraturgranskning av publikationer som handlar om checklistan i elektroniska databaser (Medline, HTA) gjordes av Satu-Liisa Pauniahho år 2009. Syftet med studien är att utvärdera hur effektiv checklistan är för att förebygga komplikationer inom operation. Resultatet visar att ändringar i vissa komplikationer inte alltid var så tydligt statistiskt på varje sjukhus, men varje sjukhus hade fått en minskning av flera komplikationer efter att listan tagits i bruk. (Pauniahho. 2009:4250)

7.2 Kritik av listan

Trots de goda resultaten från olika studier ges det en viss grad av kritik mot själva användande av checklistan (Keane & Marshall 2010:397-398). Checklistans egenskaper beror på hur den används. Checklistan kan vara både till nackdel och fördel. En operation är både social och teknisk och varje ny sak som kommer in inverkar på allting. Checklistan ger mycket bra möjlighet att göra patientsäkerheten bättre, men det beror på vilken tidpunkt man väljer att göra det extra jobbet som listan behöver i operationstillfallet.(Keane & Marshall 2010:397-398)

Checklistan har bra möjlighet att förbättra patientsäkerheten men det beror på tillfället när man går igenom den. Man måste koncentrera sig när man använder den i stället för att genomgången av den skulle bli rutin. (Keane & Marshall 2010:397-398)

Ett exempel är anestesiläkaren som vid checklistans genomgång måste koncentrera sig på den istället för anestesin och utföra en uppgift som inte hör till hans egentliga arbete och som kräver koncentration. Checklistans punkter ska genomgåas precis vid samma tidpunkt när hans uppmärksamhet borde vara på arbetet. När anestesiläkaren koncentrerar sig på annat än det han skall göra kan det leda till misstag och t.o.m. orsaka fara för

patienten. En operation är ett socialt och tekniskt samspel, varje ny sak som utförs inverkar på helheten. (Keane & Marshall 2010:397-398)

7.3 Kritik av studier om listan

Studier som gjorts av checklista är inte tillräckliga för att räcka till. (Latosinsky 2010:66)

Det finns bevis att rutiner och följder av akuta operationer blivit bättre sedan man började använda checklistan. Men exakt vad dessa förbättringar beror på är inte helt klart, de kan bero på många olika saker. En sådan sak är att, när man började använda checklistan, så började man också ändra på andra av sjukhusets rutiner och beteendemönster. T.ex. flera sjukhus blev tvungna att ändra på hur de delade ut antibiotika, de flyttades från andra rum in i operationssalen. Tidigare tog det längre tid mellan administreringen och att man skar upp patienten. Andra förändringar som skedde var t.ex. granskning av luftvägar och att användandet av pulsometer blev bättre. Många sjukhus höll tidigare inte någon paus för att identifiera patienten innan operation, ingen stannade upp för att kontrollera vad man höll på med eller för att efteråt gå igenom hur det hade gått. (Weiser 2010:976-980)

En före-efter studie som bl.a. Alex B, Haynes använde i sin studie är en sorts kohortstudie. I kohortstudier tilldelar man inte patienterna olika behandlingar slumpvis. Kohortstudier följer med en grupp som är utsatta för en sak och en grupp som inte utsätts genom tiden och jämför därefter följderna för de båda grupperna. När de inte har blivit utsatta för det man studerar slumpvis kan det bli urvalsfel. Kohortstudier undersöker båda grupperna under en och samma tidpunkt. Före-efter studier undersöker först kontrollgruppen och sedan den utsatta gruppen. Det kan bli fel. (Latosinsky 2010:65)

Ett problem är olika trender. Saker som olika årstider, att personalen ändras och olika sorts teknik kan ge ett annat resultat. (Latosinsky 2010:65)

Hawthorne-effekten betyder att själva observationen av ett system påverkar systemet. Bättre resultat efter användning av checklistan kan bero på att läkarna vet att någon iakttar dem. (Latosinsky 2010:65)

Före-efter studier är inte tillräckliga för att stödja kvalitetsförbättrande. Trots det kommer en randomiserad klinisk prövning inte att göras eftersom användning av checklistan har blivit nästan standard på många sjukhus. Det kan bero på att personalen inte tror att det är så osäkert att använda listan och tror att, ifall de slutar använda listan, så skulle det leda till onödiga sjukdomsfall och dödsfall. (Latosinsky 2010:66)

7.4 SURPASS-checklista

Vid genomgången av artiklarna märktes det att en av artiklarna inte handlade om WHO:s lista för säker kirurgi utan om SURPASS-checklistan. Det är en lista som tar i beaktande patientens säkerhet under hela sjukhusvistelsen. Motivet bakom att man skapat en sådan lista är att över hälften av alla operationsrelaterade fel uppstår utanför operationssalen. Checklistan innehåller punkter om medicinering, markering av sidan som skulle opereras och bättre postoperativa instruktioner. (Eefje N. de Vries 2010:1934)

Efter att man börjat använda listan gick komplikationer per 100 patienter ner från 27,3 % till 16,7 %. Patienter med en eller fler komplikationer gick ner från 15,4 % till 10,6 %. Dödsfall under sjukhusvistelsen gick ner från 1,5 % till 0,8 % (Eefje N. de Vries 2010:1936)

När man önskar en förbättring i patientsäkerheten räcker det inte att endast utveckla och införa en checklista. Det gäller att organisationen skapar en ”säkerhetskultur”. (Eefje N. de Vries 2010:1936)

7.5 Finland

Våren 2009 utförde fyra finska universitet och centrala sjukhus tillsammans en strukturerad undersökning bland operationsteamet som gällde användandet av checklistan. Resultaten visade att checklistan förbättrade resultaten på olika saker. Efter undersökning-

en började sjukhusen använda listan som rutin. Listans instruktioner har översatts på finska och materialet publicerades på Social- och hälsovårdsministeriets hemsida där det nu är tillgängligt för varje sjukhus.(Pauniahho 2009:4250)

7.6 Slutsats

Alla studier är överens om att checklistan har positiv effekt på minskande av komplikationer och dödsfall. De flesta är ändå överens om att mer forskning av bättre kvalitet behövs om ämnet.

8 DISKUSSION

Alla studierna som ingår i denna litteraturöversikt poängterar att det förutom checklistan kan finnas andra faktorer som lett till minskningen av komplikations- och dödsfall efter operation. Men trots det kan man konstatera att det finns enkla och kostnadseffektiva sätt att förbättra patientsäkerheten på.

Den mänskliga faktorn kommer alltid att spela den viktigaste rollen i vårdkvalitén, men det innebär inte att man ska förbise olika hjälpmedel. Och oberoende av detaljerna hos varje enskilt redskap man tar till hjälp, så är ofta avsikten till att man skapat den en som leder till en bättre organisationskultur. Och det påverkar den mänskliga faktorn positivt. Kanske checklistan eller något annat hjälpmedel kan höja vårdpersonalens tilltro till sitt kunnande och sina möjligheter att hjälpa patienter på ett bättre sätt?

Eftersom vårdlidande kan undvikas med god vård, som innebär kärlek och ansvar för patienten, måste vårdaren se till att göra allt för att det skall vara möjligt. Till vårdarens professionella ansvar hör det till att öka sin kunskap om patientsäkerhet och faktorer som förbättrar den.

Det skulle vara intressant med en studie om checklistans användning i Finland. Var den används, hur den används och vårdpersonalens kunskap och erfarenhet av listan.

8.1 Kritisk granskning

Jag valde att göra en litteratursökning och att sammanställa en litteraturöversikt för analys. Det finns olika perspektiv på saker och det ger olika sorts mening på tillvaron. Med hjälp av en kvalitativ analys kan man upptäcka de olika perspektiven. (DePoy 1999:319)

Syftet med studien var att få information som redan finns om checklistans användning och effekt. Den hermeneutiska metoden som valdes för analysen av materialet var krävande eftersom artiklarna handlade om ett ämne som var ganska nytt, som jag inte har

tidigare kunskap om. Språket var också väldigt krävande och vetenskapligt. Därför utfördes analysen som en kvalitativ innehållsanalys.

Jag har använt frågeställningen: ”Vilka stora studier har gjorts om checklistans användning och dess effekter och vilka resultat framgår av dessa studier?” för att uppnå syftet med studien. Materialet som valdes representerar de största studierna som genomförts i världen och i Finland. Min frågeställning har besvarats och jag har lärt mig mycket nytt.

Jag kommer definitivt att ha nytta av den kunskap jag fått av detta arbete. En av orsakerna till detta ämnesval är mitt intresse av att i framtiden jobba inom den kirurgiska vården.

Den här undersökningen kan vara till nytta för andra inom vård. En av svagheter med den här studien är att den gjordes ur en ganska medicinskt synvinkel. Eftersom jag studerar vård hade det varit mera givande med att studera något som har med själva människan att göra. Det kanske är en orsak till att jag under studiens gång hade svårt att upprätthålla motivationen. Det hade intresserat mig mera om jag hade valt material som var mer fokuserad på vården. Jag hade en begränsad tidtabell och gjorde arbetet väldigt intensivt på en kort period.

8.2 Etiska reflektioner

Studien gjordes som ett examensarbete för Arcada och är inte sponsorerad. Undersökning har följande begränsningar:

I studien används endast engelskspråkiga publikationer, därför finns möjligheten att studier på annat språk inte beaktats.

Det har inte funnits resurser att kontakta dem som gjort studierna och/eller skrivit någon av artiklarna för att få detaljer. Detta arbete består av den tryckta informationen om varje studie, som jag har tolkat den.

KÄLLOR

- DePoy, Elisabeth. Gitlin N Laura. 1999. *Forskning: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur; 1999. (373s)
- De Vries, Eefje, Prins, Hubert, Crolla Rogier et.al. The New England Journal of medicine. *Effects of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes*. 2010. Tillgänglig: <http://bit.ly/GEcHsa> Hämtad: 19.03.2012.
- Eriksson, Katie. 1991. *Broar- introduktion i vårdvetenskaplig metod*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo akademi.
- Eriksson, Katie. 1994. *Den lidande människan*. Liber Utbildning 1994. 1:sta upplagan. (115s)
- Haynes, Alex, Weise, Thomas, Berry, William et.al. The New England Journal of medicine. *A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population*. 2009. Tillgänglig: <http://bit.ly/GD5A5b> Hämtad 19.03.2012.
- Institutet för hälsa och välfärd. 2011. *Målet är att halvera skador som uppkommit i vården*. Pressmeddelande 145/2011. Publicerad 8.9.2011. Tillgänglig: <http://bit.ly/GEMv0X> Hämtad: 16.3.2012.
- Iivanainen Ansa, Jauhiainen Mari, Pikkarainen Pirjo. 2006. *Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen*. Kustannusosakeyhtiö Tammi 2006. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu 2007. (832s)
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2007. *Förståelse, beskrivning och förklaring - Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur; 2007. (316s)
- Keane, M. J., Marshall, S. D. Anaesthesia & Intensive Care. *Implementation of the World Health Organisation Surgical Safety Checklist: Implications for anaesthetists*. 2010. Tillgänglig: <http://bit.ly/GC2pIT> Hämtad 19.03.2012.
- Kinnunen, Marina & Peltomaa, Karolina, red., 2009. *Potilasturvallisuus ensin, hoitotyön vuosikirja*. 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki, Suomen graafiset palvelut Oy 2009. (194s)
- Ko, Henry, Turner, Tari, Finnigan, Monica. BMC Health Services Research. *Systematic review of safety checklists for use by medical care teams in acute hospital settings - limited evidence of effectiveness*. 2011. Tillgänglig: <http://bit.ly/qsYopM> Hämtad: 19.03.2012.
- Latosinsky, Steve, Thirlby, Richard, Urbach, David. Canadian Journal of Surgery. *Use of a surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality*. 2010. Tillgänglig: <http://bit.ly/GCkK4b> Hämtad 19.03.2012.

- Lukkari, Liisa. Kinnunen, Timo. Kone Ritva. 2009. *Perioperatiivinen hoitotyö*. WSOY-pro Oy 1.-2- painos 2010. Helsinki. (432s)
- Lund, Annika. 2010. Vårdfokus. *Starkt stöd för checklista men obekvämt med presentation*. Tillgänglig: <http://bit.ly/GD7bYJ> Hämtad: 20.2.2012.
- Patel, Runa. Tebelius, Ulla. 1987. *Grundbok i forskningsmetodik*. Studentlitteratur, Lund 1987.
- Sarvimäki, Anneli. Stenbock-Hult, Bettina. 2008. *Omvårdnadens etik. Sjuksköterskan och det moraliska rummet*. Liber AB 2008, Stockholm. 1:sta upplagan. (187s)
- Snellman, Erna. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. 1:Kinnunen, Marina & Peltomaa, Karolina, red., 2009. *Potilasturvallisuus ensin, hoitotyön vuosikirja*. 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki, Suomen graafiset palvelut Oy 2009. (194s)
- Pauniahho, Satu-Liisa, Lepojärvi, Matti, Saario, Ilkka, et.al. Suomen Lääkarilehti. *A surgical checklist increases patient safety*. 2009. Tillgänglig: <http://bit.ly/GDJ3Oy> Hämtad 12.3.2012.
- Världsalliansen för patientsäkerhet, säker kirurgi räddar liv. 2009. *Bruksanvisning för säkerhet vid operationer*. Tillgänglig: <http://bit.ly/GBKp39> Hämtad: 20.2.2012.
- van Klei, W. A., Hoff, R. G., van Aarnhem E. E. et al. Annals of surgery. *Effects of the Introduction of the WHO "Surgical Safety Checklist" on In-Hospital Mortality: A Cohort Study*. Tillgänglig: <http://bit.ly/GBgFPq> Hämtad: 19.03.2012.
- Weiser, Thomas, Hayens, Alex, Dzieka, Gerland et.al. Annals of surgery. *Effects of a 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient outcome*. 2010. Tillgänglig: <http://bit.ly/GDoP9x> Hämtad 19.03.2012.

BILAGOR

Bilaga 1: Checklista

Bilaga 2: Sammanfattning av artiklar

Sammanfattning av artiklar:

Åtta artiklar av vilka fyra är originalstudier och fyra är analyser av sekundärdata.

Författarens namn, årtal: Alex B. Haynes, 2009

Syfte och metod: Man valde ut totalt 8 st sjukhus, både länder med en hög, medelhög och låg BNP. Innan den longitudinella studien inleddes utvärderade man prestationerna i varje sjukhus och studerade en kontrollgrupp, också i varje sjukhus. Därefter började man använda checklistan. Antalet patienter var 3733 och 3955. Uppföljningen höll på så länge patienterna var kvar på sjukhuset men inte längre än 30 dagar. Variablerna man följde med var de 19 vanligaste och mest betydelsefulla negativa effekter som man anknyter med operation. Studien pågick ett år, oktober 2007-september 2008.

Resultat: Dödstalet var 1,5 % före användningen av checklistan och gick ned till 0,8 % efter. Komplikationer förekom hos 11,0% av patienterna innan checklistan började användas och gick ner till 7,0 % efter.

Författarens namn, årtal: Satu-Liisa Pauniahho, 2009

Syfte och metod: Målet med denna MUMM (Managed Uptake of Medical Methods) studie var att utvärdera hur effektiv checklistan är för att förebygga komplikationer inom operation. Man gjorde en systematisk litteraturgranskning av publikationer som fanns i elektroniska databaser (Medline, HTA). Man använde ett GRADE-system för att utvärdera kvalitet och bevis. Man tog också med Finlands operationsstatistik.

Resultat: Effekten av checklistan undersöktes i en longitudinell jämförelsestudie (gjord av Alex. B. Haynes). Denna studie ger en klar minskning av antalet komplikationer på de flesta sjukhus. Ändringar i vissa komplikationer var inte alltid så tydligt statistiskt på varje sjukhus, men varje sjukhus hade fått en minskning av flera komplikationer.

Författarens namn, årtal: Steve Latosinsky, 2010

Syfte och metod: Man refererar och diskuterar Alex B. Haynes studie och har som syfte att göra det enklare att granska medicinska studier kritiskt. Man har kommenterat studien och lyft fram vissa svagheter.

Resultat: Haynes-studien har sina svagheter och troligtvis är enkla före-efter studier överlag inte tillräckliga för att stödja ett större kvalitetsförbättrande medel.

Författarens namn, årtal: M. J. Keane, 2010

Syfte och metod: Denna artikel refererar och diskuterar checklistans för- och nackdelar. Man har gjort observationer på några sjukhus i Victoria samt studerat statistik från The Australian and New Zealand College of Anaesthetics.

Resultat: Operationsrelaterade dödsfall på The Australian and New Zealand College of Anaesthetics har sedan checklistan börjat användas minskat med 40 % och komplikationerna med över en tredjedel.

Författarens namn, årtal: Thomas G. Weiser, 2010

Syfte och metod: Man samlade in klinisk process- och resultatdata för 1750 patienter som var inne på sjukhus och genomgick akut icke-hjärtoperation, före och efter användning av checklistan på 8 olika sjukhus i världen. Man ville få fram antalet komplikationer, inklusive dödsfall, under sjukhusvistelsen upp till 30 dagar efter operationen.

Resultat: Komplikationer var 18,4 % innan checklistan infördes och gick ner till 11,7 % efter att den används. Dödstalet gick ner från 3,7 % till 1,4 % efter att checklistan används. 6 uppmätta säkerhetssteg som fanns blev bättre från 18,6 % till 50,7 %.

Författarens namn, årtal: Eefje N. de Vries, 2010

Syfte och metod: En SURPASS-checklista (Surgical Patient Safety System) har gjorts för att innehålla hela patientens sjukhusvistelse, från intagning till utskrivning.

Man valde 6 st sjukhus med hög vårdstandard och jämförde komplikationer under 3 månader innan checklistan började användas, med hur mycket komplikationer skedde under 3 månader efter checklistans börjat användas. Liknande data samlades in från en grupp som kontrollerades och gjordes av fem andra sjukhus.

Resultat: Man jämförde 3760 patienter som opererats före checklistan började användas med 3820 patienter efter att checklistan används och observerade att komplikationer per 100 patienter hade gått ner från 27,3 % till 16,7 %. Patienter med en eller fler komplikationer gick ner från 15,4 % till 10,6 %. Dödsfall under sjukhusvistelsen gick ner från 1,5 % till 0,8 %. På de 5 sjukhus de som gruppen som blev kontrollerad observerade man inga förändringar.

Författarens namn, årtal: Henry C. H. Ko, 2011

Syfte och metod: Kan användning av en checklista inom akutvård göra patientsäkerheten bättre om man jämför med akutvård där man inte följer en lista?

Man gjorde en sökning i Cochrane Library, MEDLINE, CINAHL och EMBASE randomiserade, slumpmässiga kliniska prövningar på det engelska språket före september 2009.

Resultat: 9 st kohorta studier gjorda före år 2009 blev valda, bl.a. Alex. B. Haynes studie.

Studierna hade genomförts i fyra vårdmiljöer: intensivavdelningen, akutmottagningen, operationssal och akutvårdsavdelningen. Checklistorna som man använde i de olika studierna var lite olika till formen och var tillämpade också på olika sätt, men i de flesta fall hade personalen fått skolning om hur de skulle användas. Studierna gick igenom resultat som registrerades från några veckor till 12 månader efter checklistans användning började. Studierna var av låg till medelhög kvalitet och hade låg validitet. Risk för bias var hög inom alla studier utom en.

Författarens namn, årtal: Wilton van Klei, 2012

Syfte och metod: En retrospektiv kohortstudie som innehöll 2513 vuxna patienter som gått genom en "non-day case surgery" i ett universitetssjukhus. Med hjälp av sjukhusets administrativa data och elektronisk patientdata studerade man dödsfallen på patienter där inom 30 dagar efter operation.

Resultat: Efter att checklistan togs i bruk gick dödligheten ner från 3,13 % till 2,85 %.



Checklista för säkerhet vid operationer

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

Före inledning av anestesi >>>>>

Förberedelse

- Patienten har bekräftat följande:
- identitet
 - plats för incision
 - informerad om och samtycker till operation

- Operationsområde markerat/ej tillämpligt

- Säkerhetskontroll för anestesi genomförd

- Fungerande pulsoximeter kopplad

Har patienten något av följande:

Känd allergi?

- nej
 ja

Risk för aspiration/svår intubation?

- nej
 ja och utrustning/assistans är tillgänglig

Risk för >500 ml blodförlust (7 ml/kg för barn)?

- nej
 ja, och tillfredsställande intravenösa infarter och blod/vätskor är planerade

Risk för hypotermi?

- nej
 ja, och åtgärder är planerade/vidtagna

Före incision >>>>>

Timeout

- Bekräfta att alla medlemmar i laget presenterat sig med namn och roll

- Anestesiolog/anestesisjuksköterska och operationsjuksköterska, operatör bekräftar muntligt
- patient ID
 - plats för incision
 - planerad operation

Väntade kritiska moment under operationen

- Anestesipersonalens** bedömning: finns några patientspecifika eller anestesiologiska problem?
- Operationsjuksköterskans** bedömning: har sterilitet bekräftats?
Finns några problem med utrustning eller annat?
Är patienten korrekt upplagd?
- Operatörens** bedömning: vilka kritiska eller oväntade moment finns, operationens längd, förväntad blodförlust?

Har antibiotikaproxylax givits inom de senaste 60 minuterna?

- ja
 ej tillämpligt

Har trombosprofylax givits enligt ordination?

- ja
 ej tillämpligt

Visas nödvändig bildinformation?

- ja
 ej tillämpligt

Innan patienten lämnar operationssalen

Avslutning

Checklisteansvarig får muntlig bekräftelse av laget:

- Vilket ingrepp har utförts

- Att antal instrument, torkar och nålar stämmer (eller ej tillämpligt)

- Hur preparat är märkta (inklusive patientens namn och personnummer)

- Finns problem med utrustningen som behöver uppmärksammas?

- Operatör, anestesiolog/sjuksköterska och operationssjuksköterska går igenom huvudpunkterna för det initiala postoperativa omhändertagandet

- Vad kan vi lära? Vad kan vi göra bättre nästa gång?