

Kirurgiska checklistan: granskning av implementeringsprocessen på operativa enheter

Annika Bröckl

Masterarbete

Avancerad klinisk vård (HYH)

Handledare: Eivor Wallinvirta

MASTERARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Avancerad klinisk vård
Identifikationsnummer:	3815
Författare:	Annika Bröckl
Arbetets namn:	Kirurgiska checklistan: granskning av implementeringsprocessen på operativa enheter
Handledare (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Uppdragsgivare:	Institutet för hälsa och välfärd
<p>Den kirurgiska checklistan som världshälsoorganisationen WHO (World Health Organization) presenterade 2009 är världsomfattande och har som mål att minska operationsavvikelser (Ikonen et al. 2009). Den kirurgiska checklistan testades i åtta länder och visade sig reducera antalet postoperativa komplikationer och dödsfall med över en tredjedel (Haynes et al. 2009). Institutet för hälsa och välfärd (THL) har startat en kampanj vars mål är att den kirurgiska checklistan används på alla operativa enheter i Finland.</p> <p>Detta masterarbete är gjort på uppdrag av THL och granskar den kirurgiska checklistans implementeringsprocess på två operationsavdelningar i södra Finland. I bruktagandet av den kirurgiska checklistan och hur den i verkligheten påverkar patientens slutresultat beror enligt Conley och medförfattare (2011) på hur effektiv sjukhusets implementeringsprocess har varit. Syftet med detta masterarbete var att få fram riktlinjer som är betydelsefulla för en lyckad implementering av den kirurgiska checklistan. Denna studie genomfördes genom att intervjua operationspersonal och materialet bearbetades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Teorier om implementeringsprocesser och teorier om säkerhet som patientsäkerheten grundar sig på användes som teoretisk referensram. Frågeställningar i studien var: 1. Hur har implementeringsprocessen sett ut? 2. Hur upplevde personalen implementeringsprocessen av den kirurgiska checklistan? 3. Vilka positiva och negativa faktorer har framkommit i implementeringsprocessen?</p> <p>Innehållsanalysen visade på åtta kategorier som är av betydelse för en lyckad implementeringsprocess: behov; projektledare; stödjande, uppmuntrande och aktivt ledarskap; engagemang och vi-anda; gemensamma spelregler; utbildning och öppen kommunikation; anpassning samt feedback. Alla kategorier bör tas i beaktande i implementeringsprocessen. Tillsammans bildar kategorierna riktlinjer för en positiv och lyckad implementeringsprocess vilket i sin tur leder till förbättrad patientsäkerhet.</p>	
Nyckelord:	Kirurgisk checklista, säkerhet, patientsäkerhet, implementering, Institutet för hälsa och välfärd
Sidantal:	78
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	28.09.2012

MASTER'S THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Advanced Clinical Care
Identification number:	3815
Author:	Annika Bröckl
Title:	Surgical Safety Checklist : a Review of the Implementation Process in Surgical Units
Supervisor (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Commissioned by:	National Institute for Health and Welfare
<p>Abstract:</p> <p>The World Health Organizations (WHO) Surgical Safety Checklist that was presented in 2009 is global and aims to improve the safety of surgical care (Ikonen et al 2009). The surgical checklist was tested in eight countries and found to reduce the number of postoperative complications and deaths by over a third (Haynes et al. 2009). The National Institute for Health and Welfare (THL) has launched a campaign aimed at the surgical checklist to be used in all surgical units in Finland.</p> <p>This master's thesis was done on behalf of THL and reviews the surgical checklist implementation process in two surgical wards in southern Finland. The real world impact of surgical safety checklists on patient outcomes depends, according to Conley et al. (2011) on the effectiveness of the hospital's implementation processes. The purpose of this master's thesis was to produce guidelines that are valuable for a successful implementation of the surgical safety checklist. This study was carried out by interviewing operating ward staff and the material was processed by using qualitative content analysis. Theories of implementation processes and patient safety based on safety theories were used as a theoretical framework. The study's questions were: 1. How has the implementation process gone? 2. How did the staff feel about the implementation process? 3. Which positive and negative factors emerged in the implementation process?</p> <p>Content analysis shows that eight categories are important for a successful implementation process: need; project manager; supporting, encouraging and active leadership; commitment and team spirit; same game rules for all; education and open communication; adaptation; feedback. All categories should be considered in the implementation process. Together the categories support a positive and successful implementation process of the surgical safety checklist and will lead to improved patient safety.</p>	
Keywords:	Surgical checklist, safety, patient safety, implementation, National Institute for Health and Welfare
Number of pages:	78
Language:	Swedish
Date of acceptance:	28.09.2012

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Vaativa kliininen hoito
Tunnistenumero:	3815
Tekijä:	Annika Bröckl
Työn nimi:	Kirurginen tarkistuslista: kartoitus operatiivisten yksiköiden käyttöönottoprosessista
Työn ohjaaja (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Toimeksiantaja:	Terveyden ja hyvinvoinninlaitos
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Kirurginen tarkistuslista, joka maailman terveysjärjestö WHO (The World Health Organization) esitteli vuonna 2009, on maailmanlaajuinen ja sen tarkoituksena on vähentää kirurgiaan liittyviä poikkeamia (Ikonen ym. 2009). Kirurginen tarkistuslista testattiin kahdeksassa eri maassa ja sen todettiin vähentävän leikkauksesta johtuvia komplikaatioita ja kuolemia yli kolmanneksella (Haynes ym. 2009). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on käynnistänyt kampanjan, jonka tarkoituksena on kirurgisen tarkistuslistan käyttöönotto Suomessa kaikilla leikkausosastoilla.</p> <p>Tämä opinnäytetyö on tehty THL:n toimeksiannosta ja sen tarkoituksena oli tutkia kirurgisen tarkistuslistan käyttöönottoprosessia kahdella leikkausosastolla Etelä-Suomessa. Kirurgisen tarkistuslistan käyttöönotto ja miten se vaikuttaa potilaan hoitoon riippuu siitä miten tehokas sairaalan käyttöönottoprosessi on ollut. (Conley ym. 2011). Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda esille tekijöitä jotka voivat olla hyödyllisiä ottaessa kirurginen tarkistuslista käyttöön. Tämä tutkimus toteutettiin haastattelemalla leikkaussalihenkilökuntaa ja aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Teoreettisena viitekehystenä käytettiin käyttöönototeorioita ja potilasturvallisuuden perustuvia turvallisuusteorioita. Tutkimuskysymykset olivat: 1. Miten käyttöönottoprosessi on toteutunut? 2. Miten työntekijät kokivat käyttöönottoprosessin? 3. Mitä myönteisiä ja kielteisiä tekijöitä tutkittavat kokivat käyttöönottoprosessissa?</p> <p>Tuloksen mukaan kahdeksan kategorialla, jotka ovat tärkeitä onnistuneelle käyttöönottoprosessille, ovat: tarve; projektin vetäjä; tukea antava, rohkaiseva ja aktiivinen johtajuus; sitoutuminen ja me-henki; yhteisesti sovitut pelisäännöt; koulutus ja avoin kommunikatio; sovitetaan toimintaan; palaute. Kaikki kategoriat pitäisi ottaa huomioon käyttöönottoprosessissa. Yhdessä ne muodostuvat suuntaviivaksi, joka auttaa toteuttamaan onnistuneen käyttöönottoprosessin ja parantamaan potilasturvallisuutta.</p>	
Avainsanat:	Kirurginen tarkistuslista, turvallisuus, potilasturvallisuus, käyttöönotto, Terveyden ja hyvinvoinninlaitos
Sivumäärä:	78
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	28.09.2012

INNEHÅLL

1	INLEDNING	8
2	BAKGRUND	9
2.1	Den kirurgiska checklistan – en internationell överblick	9
2.2	Den kirurgiska checklistan i Finland	12
3	SYFTE OCH PROBLEMFÖRMULERING	13
4	SYSTEMATISK LITTERATURSÖKNING	14
4.1	Litteratursökning	14
4.2	Litteraturgenomgång	15
4.3	Sammanfattning av litteraturgenomgången	18
5	URVAL OCH DESIGN	19
6	TEORETISK REFERENS RAM	21
6.1	Teorier om implementeringsprocesser	21
6.2	Teorier om säkerhet	24
7	METOD	30
8	ETISKA FÖRUTSÄTTNINGAR	31
9	RESULTAT	33
9.1	Implementeringsprocessens förlopp	34
9.1.1	<i>Implementeringsprocessen på avdelning A</i>	34
9.1.2	<i>Implementeringsprocessen på avdelning B</i>	35
9.1.3	<i>Jämförelse och sammanfattning av implementeringsprocessen</i>	36
9.2	Personalens upplevelse av implementeringsprocessen	38
9.3	Positiva faktorer som implementeringsprocessen ledde till	38
9.3.1	<i>Systematisering</i>	39
9.3.2	<i>Förbättrad kommunikation och förberedelse</i>	39
9.3.3	<i>Eftertanke</i>	40
9.3.4	<i>Ökad patientsäkerhet</i>	40
9.3.5	<i>Gemenskap</i>	40
9.3.6	<i>Sammanfattning av de positiva faktorerna</i>	41
9.4	Negativa faktorer som implementeringsprocessen ledde till	42
9.4.1	<i>Tvång och motstånd</i>	42
9.4.2	<i>Upprepning</i>	43
9.4.3	<i>Tidsbrist och utdragen process</i>	43
9.4.4	<i>Brist på motivation</i>	44

9.4.5	<i>Sammanfattning av de negativa faktorerna</i>	44
9.5	De positiva och negativa faktorernas inverkan på implementeringsprocessen	45
9.6	Kategorier som är betydelsefulla för en lyckad implementering av den kirurgiska checklistan.....	46
9.6.1	<i>Behov</i>	46
9.6.2	<i>Projektledare</i>	47
9.6.3	<i>Stödjande, uppmuntrande och aktivt ledarskap</i>	48
9.6.4	<i>Engagemang och vi-anda</i>	49
9.6.5	<i>Gemensamma spelregler</i>	50
9.6.6	<i>Utbildning och öppen kommunikation</i>	51
9.6.7	<i>Anpassning</i>	52
9.6.8	<i>Feedback</i>	53
9.6.9	<i>Sammanfattning av de kategorier som är betydelsefulla för en lyckad implementering av den kirurgiska checklistan</i>	54
10	DISKUSSION	56
10.1	Resultatet i förhållande till frågeställningarna	56
10.2	Resultatet i förhållande till tidigare forskning.....	57
10.3	Resultatet i förhållande till den teoretiska referensramen	61
10.4	Syntes.....	64
10.5	Framtiden	65
11	KRITISK GRANSKNING	67
11.1	Bekräftbarhet	67
11.2	Överförbarhet	68
11.3	Trovärdighet	69
	KÄLLOR	71

BILAGOR

Bilaga 1	WHO: s 10 mål för säker kirurgi
Bilaga 2	Kirurginen tarkistuslista
Bilaga 3	Litteratursökning
Bilaga 4	Informantbrev
Bilaga 5	Saatekirje
Bilaga 6	Forskningslov från Etix

Bilaga 7	Intervjufrågor
Bilaga 8	Haastattelukysymyksiä

FIGURER

Figur 1	Studiens design.....	20
Figur 2	En modifiering av Reasons schweiziska ostmodell (Reason 2000).....	24
Figur 3	En modifiering av en prototyp av ANTS- systemet enligt Flin och medförfattare (2010).....	28
Figur 4	En modifiering av Flins (2008) Icke- tekniska färdigheter och avvikelser.....	29
Figur 5	Positiva faktorer som implementeringsprocessen ledde till.....	41
Figur 6	Negativa faktorer som implementeringsprocessen ledde till.....	45
Figur 7	Batteri laddat med positiva och negativa faktorer.....	46
Figur 8	Kategorier som är av betydelse för en lyckad implementering av den kirurgiska checklistan.....	55

TABELLER

Tabell 1	Faktaruta med information om intervjuerna och de intervjuade.....	33
----------	---	----

1 INLEDNING

Varje år genomförs cirka 235 miljoner operationer runt om i världen. Av dessa skadas sju miljoner människor och cirka en miljon människor dör varje år på grund av komplikationer. Ungefär hälften av dessa dödsfall och komplikationer beror på mänskliga faktorer och kunde därmed undvikas. (Ikonen & Pauniahho 2010, s. 108) Eftersom jag arbetar som anestesijükskötare är detta någonting som berör mig varje dag och jag anser att detta är ett mycket viktigt ämne. När jag av Institutet för hälsa och välfärd /Terveysten ja hyvinvoinninlaitos (THL används som förkortning i resten av arbetet) erbjöds att arbeta med att utveckla den kirurgiska checklistan och betydelsen av en fungerande implementeringsprocess inom den operativa verksamheten, tog jag emot uppdraget.

I detta arbete, som är ett beställningsarbete från THL, granskas den kirurgiska checklistan implementeringsprocess. Ibrukttagandet av den kirurgiska checklistan och hur den i verkligheten påverkar patientens slutresultat beror på hur effektiv sjukhusets implementeringsprocess har varit (Conley et al. 2011, s. 873). För att implementeringen av någonting nytt i verksamheten skall vara lyckad, räcker det inte med att det finns kunskap om själva nyheten. Information om hur en implementering går till på bästa möjliga sätt är av stor betydelse. Jag hoppas att detta arbete som kartlägger kategorier som leder till en lyckad implementeringsprocess av den kirurgiska checklistan, kan bidra till en framgångsrik implementering av den kirurgiska checklistan på alla operationsavdelningar i Finland och i slutändan även bidra till att förbättra patientsäkerheten i Finland.

Studien börjar med att presentera den kirurgiska checklistans bakgrund och uppkomst samt användning nationellt och internationellt. Som teoretisk referensram används teorier om implementeringsprocesser samt teorier om säkerhet som patientsäkerheten grundar sig på. Studien utförs med hjälp av strukturerad forskningsintervju och resultatet analyseras genom kvalitativ innehållsanalys.

2 BAKGRUND

För att öka förståelsen för den kirurgiska checklisten följer nu en kort genomgång av hur den kirurgiska checklisten kom till, hur den är uppbyggd samt hur användningen av den har framskridit internationellt och i Finland.

2.1 Den kirurgiska checklisten – en internationell överblick

I USA rapporteras att det årligen utförs mellan 1300- 2700 ingrepp på fel kroppsdel eller fel patient (Seiden & Barach 2006, s. 931) och enligt Joint Commission (2001, s. 1) är nödsituation, flertal kirurgier involverade samt tidspress en av de vanligaste orsakerna till att ingrepp på fel kroppsdel eller fel patient sker. En undersökning av 1256 tillbud rörande generell anestesi i Australien visade att om en pulsoximeter skulle ha varit kopplad till patienten, så skulle den ha larmat i 82 % av fallen. Av dessa skulle 60 % ha blivit upptäckta innan det fanns risk för skada på organ (Webb et al. 1993, s. 529-542).

Risk för perioperativ felmedicinering är stor. Ett ”Closed Claims”- projekt i USA utfört av Anestesiologförbundet visade att läkemedelsavvikelser orsakar allvarliga problem. Av de antal läkemedelsavvikelser som undersöktes ledde 24 % till döden och 34 % till patientskada. (Bowdle 2003, s. 11-13) Det finns även risk för kvarlämnande av kirurgiska instrument i patienten. En undersökning i USA visade att risken att patienten hamnar ut för detta är en på 7000 operationer. (Egorova 2008, s 13) Dock är risken för sårinfektioner orsakade av kirurgi mycket större, nämligen 2- 20 %. Risken minskar om t.ex. antibiotikaproylax ges inom angiven tid. (Bratzler 2006, s 1010)

Om det under operationen tas prover från patienten är det viktigt att de är rätt märkta. I USA är en av 1000 prover felmärkta eller omärkta och remiss och prov matchar inte varandra. (Wagar et al. 2006, s 1662-1668) Också kommunikationsbrister mellan medlemmarna i operationsteamet ger upphov till en stor del avvikelser. I 70 % av de avvikelser som rapporterades till Joint Commission i USA mellan 1995-2005 var brister i kommunikationen orsaken. (Joint Commission 2006)

World Health Organisations (WHO) patientsäkerhetsförbund WAPS (World Alliance for Patient Safety) startade 2007 ett projekt för att minska operationsavvikelser. Projektet fick namnet: Safe Surgery Saves Lives och är världsomfattande. (Safe Surgery Saves Lives) WHO har satt 10 mål för säker kirurgi (Se bilaga 1) som innebär att operationsteamet bland annat skall operera rätt patient och på rätt kroppsdel, vara medveten om patientens eventuella allergier samt risken för svår intubation och stor blödning. Medlemmarna i operationsteamet skall även kommunicera med varandra och utbyta viktig information för att säkerställa ett tryggt och säkert genomförande av operationen. (Guidelines for Safe Surgery)

Utifrån dessa mål utvecklade WHO tillsammans med en internationell grupp av experter ledd av kirurgen Gawande (Windsor & Petrov 2009, s. 3), en kirurgisk checklista som fick namnet: WHO Surgical Safety Checklist och som presenterades internationellt första gången i London i januari 2009. (Ikonen et al. 2009, s 516)

Den kirurgiska checklistan består av tre delar: check in, timeout och check out (Safe Surgery Saves Lives). På finska används alkutarkistus, aikalisä och lopputarkistus (Se bilaga 2). Den kirurgiska checklistan är tänkt som ett arbetsredskap för de kliniker som vill förbättra säkerheten och förebygga onödiga komplikationer och dödsfall i samband med kirurgi. (Background to Safe Surgery Saves Lives)

Den kirurgiska checklistan går igenom muntligt på följande sätt: Check in innebär att operationsteamet fastställer patientens identitet och operationsområde. Sedan går teamet igenom anestesiförberedelserna och kopplar saturationsmätaren till patienten samt kontrollerar att den fungerar. Efter det utreder teamet om patienten har några allergier samt om det föreligger risk för svår intubation eller blödning över 500 ml. Denna första del leds helst av en anestesiläkare. (Guidelines for Safe Surgery, Implementation manual. WHO Surgical Safety Checklist)

Timeout börjar med att alla i operationsteamet presenterar sig för varandra med namn och berättar vilken uppgift de har i teamet. Kirurgen bekräftar patientens namn, operationsområde och ingrepp. Eventuella kritiska moment som kan uppkomma under operationen diskuteras sedan utifrån kirurgens, anestesiläkarens/anestesisjukskötarens och in-

strumentsjukskötarens perspektiv. Instrumentsjukskötaren bekräftar sedan steriliteten. Efter det meddelar anestesijukskötaren kirurgen om antibiotikaproylax har getts och i så fall vilken tid. Till sist kontrollerar uppassande sjukskötaren om röntgenbilder behövs, och att de i så fall finns framme så kirurgen kan se dem. Vanligtvis leder kirurgen denna fas. (Guidelines for Safe Surgery, Implementation manual. WHO Surgical Safety Checklist)

Checkout utförs innan patienten lämnar operationssalen. Instrument, kompresser och nålar räknas och dokumenteras, likaså dokumenteras diagnos, ingreppets namn och diagnoskod. Om det har tagits odlingar eller provbitar under operationen kontrolleras de att de är rätt märkta. Om det under operationen har uppstått problem med operationsinstrument skall detta dokumenteras, likaså om det har uppstått avvikelser i samband med operationen i övrigt. Postoperativa anvisningar dokumenteras också innan patienten lämnar operationssalen. (Guidelines for Safe Surgery, Implementation manual. WHO Surgical Safety Checklist)

Det kirurgiska checklistan går att anpassa till operationsavdelningens behov och därför går det att lägga till och ta bort punkter från checklistan. (Safe Surgery Saves Lives, Patientförsäkringen LÖF) Den kirurgiska checklistan testades i åtta storstäder (Toronto i Kanada, New Delhi i Indien, Amman i Jordanien, Auckland i Nya Zeeland, Manila i Filippinerna, Ifakara i Tanzania, London i Storbritannien och Seattle i USA) och visade reducera antalet postoperativa komplikationer och dödsfall med över en tredjedel. Dödligheten minskade från 1,5 % till 0,8 % och komplikationerna minskade från 11 % till 7 %. Antibiotika som gavs i rätt tid på operationssalen ökade från 56 % till 83 % vilket minskade de postoperativa infektionerna med 36 %. (Haynes et al. 2009, s 491-499)

Även på andra ställen runt om i världen uppvisar den kirurgiska checklistan positiva resultat. I Iran, vars studie varade i 6 månader påvisade att komplikationerna minskade med 57 % efter att den kirurgiska checklistan införts. (Askarian et al. 2011, s 293) I en forskning i USA framkom att den kirurgiska checklistan hade en positiv inverkan på teamarbetet. Det fördes tydliga diskussioner om roller och ansvar, det planerades för oförutsedda händelser, utrustningen kontrollerades och efteråt gjordes det även en utvärdering. (Calland et al. 2011, 1131-1137)

I Nederländerna minskade antalet patienter med en eller flera komplikationer från 15,4 % till 10,6 % och dödligheten minskade från 1,5 % till 0,8 % efter implementering av en checklista för hela vårdprocessen (de Vries et al. 2010, 1928-1937). En annan forskning i Nederländerna studerade dödligheten inom 30 dygn efter operation. Efter införande av den kirurgiska checklisten sjönk mortaliteten från 3,13 % till 2,85 % (van Klei et al. 2012, s 44) Nu har över 3000 sjukhus runt om i världen börjat använda den kirurgiska checklisten och antalet ökar hela tiden. (Background to Safe Surgery Saves Lives)

2.2 Den kirurgiska checklisten i Finland

Det görs uppskattningsvis 650000 operationer per år i Finland men det finns ännu inte några uppgifter om hur många människor som dör per år på grund av komplikationer efter operation, men uppskattningsvis kan det vara frågan om cirka 700-1700 personer per år. Betydande orsaker är medicinering, infektion och kirurgi. (Milen 2012)

Det finns heller inte kunskap om exakt hur många operationsavdelningar som använder den kirurgiska checklisten i Finland. Uppskattningsvis använder endast cirka en tredjedel av alla kirurgiska enheter i Finland den kirurgiska checklisten. (Milen 2012) Orsaker till låg användning kan vara brist på information, rädsla för förändringar, hierarkiskt tillvägagångssätt och yrkesstolthet (Ikonen et al. 2009, s. 517). Om den kirurgiska checklisten skulle användas optimalt i Finland skulle cirka 650 dödsfall och 21000 komplikationer kunna förhindras per år. (Milen 2012)

Helmiö och medförfattare (2011, s 242-247) visade i sin forskning i Finland att införandet av den kirurgiska checklisten ökade identitetskontrollen av patienten. Även medvetenhet om patientens sjukdomshistoria, mediciner och allergier ökade. Operationsteamets medvetenhet om deltagarnas namn och roller ökade och kommunikationen mellan medlemmarna i teamet ökade. Otolaryngologer och anestesiläkare diskuterade oftare möjliga kritiska skeden, och postoperativa ordinationer var bättre dokumenterade.

En annan studie visade att efter införandet av den kirurgiska checklisten på fyra universitets och undervisningssjukhus i Finland, rapporterade operationssjukskötare om bättre

kommunikation, men ingen förbättring skedde i att bekräfta steriliteten av instrumenten. Anestesiologerna rapporterade om bättre identitetskontroll av patienten, bättre kunskap om teammedlemmarnas namn samt bättre kommunikation mellan teammedlemmarna. Anestesiologerna var mycket mera medveten om alla blod korstestats och kontroll av utrustning. Anestesiologerna diskuterade oftare kritiska skeden med kirurgen och slutförde postoperativa ordinationer. Kirurgerna identifierade oftare patienten samt upplevde att teammedlemmarnas medvetenhet om operationen ökade markant. Kirurgerna gav oftare ordinationer för postoperativ vård, men upplevde ingen ändring i kommunikationen. Medlemmarna i teamet blev mera medveten om möjliga restriktioner i rörelse av extremiteter och om allergier, sjukdomar och medicinering. Dock förbättrade den kirurgiska checklistan inte antibiotikans administration i rätt tid. (Takala et al. 2011, s. 1206-1214)

Även ekonomiskt är den kirurgiska checklistan fördelaktig. Semel och medförfattare (2010, s. 1593-1599) har räknat ut att användning av den kirurgiska checklistan i USA skulle spara både pengar och förbättra säkerheten, men det krävs samarbete. Implementering och användning av den kirurgiska checklistan skulle spara 103,829 \$ på ett sjukhus som gör 4000 icke hjärtoperationer per år. Sjukhuset skulle spara 25,96 \$ per operation och för varje komplikation som kan undvikas skulle sjukhuset spara 8,652 \$. I Finland ersattes år 2007-2008 över 2400 patienter som fått skada av kirurgiska och anestesiologiska ingrepp, till ett värde av nästan 60 miljoner euro. (Pauniahho & Ikonen 2010, s 335), så det kan förstås att även i Finland finns samma problem.

THL med samarbetsparter har nu startat ett projekt vars mål är att genom olika kanaler ge information i form av ett informationspaket som leder till att den kirurgiska checklistan tas i bruk på varje operationsavdelning i Finland. Detta ingår i projektet Den finländska patientsäkerhetsstrategin 2009-2013. (Milen 2012)

3 SYFTE OCH PROBLEMFÖRMULERING

Syftet med studien är att undersöka implementeringsprocessen på två operationsavdelningar i södra Finland där den kirurgiska checklistan redan är implementerad för att få

kunskap om vilka kategorier som är värdefulla för en lyckad implementeringsprocess. Resultatet med denna studie är att få fram riktlinjer som de som planerar att införa den kirurgiska checklistan på sina operationsavdelningar kan ta del av och på så sätt öka möjligheten för en lyckad implementeringsprocess.

Den kirurgiska checklistans implementeringsprocess är en utmaning för personalen. Processen som involverar multiprofessionell personal, innebär att ett nytt arbetsredskap tas i bruk vilket leder till ett nytt arbetssätt för personalen. Utifrån detta utformas följande frågor:

1. Hur har implementeringsprocessen sett ut?
2. Hur upplevde personalen implementeringsprocessen av den kirurgiska checklistan?
3. Vilka positiva och negativa faktorer har framkommit i implementeringsprocessen?

4 SYSTEMATISK LITTERATURSÖKNING

Här presenteras litteratursökningens tillvägagångssätt samt en kort redogörelse om vad som framkommit ur utvalda artiklar.

4.1 Litteratursökning

Litteratursökningen är gjord i databaserna PubMed, Academic Search Elite och CINAHL. Sökorden *surgery, surgical, safety, checklist och implementation* har använts och söktes utifrån titel/abstrakt, 5 år och engelska användes som avgränsning (Bilaga 3).

En del vetenskapliga artiklar finns i flera databaser. Totalt hittades 24 vetenskapliga artiklar som kan vara av betydelse för denna studies bakgrundsinformation. Efter ytterligare granskning av dessa 24 vetenskapliga artiklar valdes 16 vetenskapliga artiklar ut och presenteras i litteraturgenomgången och 5 vetenskapliga artiklar ingår i kapitlet Bakgrund. Tre vetenskapliga artiklar som framkom i litteratursökningen används inte

alls på grund av bristande relevans för denna studie. Artiklarna är från så väl utvecklingsländer som från industrialiserade länder och täcker alla världsdelar. Utöver dessa artiklar handplockades ett antal andra vetenskapliga artiklar rörande den kirurgiska checklistan som verkade intressanta.

4.2 Litteraturgenomgång

Ordet implementering definieras som en sammansättning specifika aktiviteter som har till syfte att få en ny metod eller ett nytt program med kända aspekter att bedrivas i ordinarie verksamhet (Fixsen 2005, s 5). Implementering kan också definieras som aktiva och planerande ansträngningar för att en ny metod ska användas som ordinarie metod i en organisation (Greenhalgh et al. 2005, s 582).

Målet för implementering av den kirurgiska checklistan är enligt Carney och medförfattare (2010, s 272) att öka personalens medvetenhet om teamwork och kommunikation samt introducera ett arbetsredskap som förbättrar patientsäkerheten. Enligt Conley och medförfattare (2011, s. 873-878) är framstående ledarskap, bäst är ”handen på” ledarskap, avsätta resurser med betoning på att förklara varför och visa hur för personalen, lokal anpassning av den kirurgiska checklistan och feedback faktorer som behövs för en lyckad implementering av den kirurgiska checklistan. Effekten beror sedan på implementeringsledningens förmåga att övertygande förklara varför och visa hur checklistan skall användas.

Att förklara varför bygger upp förståelse, entusiasm och ”buy-in” känsla. En studie visade att när implementeringsledningen inte förklarade varför eller visade hur, förstod inte personalen varför eller hur den kirurgiska checklistan skulle användas vilket ledde till frustration, ointresse och uppgivelse trots uppdrag från sjukhuset. Att visa hur, innebär att beskriva och demonstrera rätt användningsteknik för den kirurgiska checklistan. Det innebär även kort och lång observation och handledning av personalen. (Conley et al. 2011, 873-878) Enligt Nilsson och medförfattare (2010, s. 180) innebär en lyckad implementering en full överenskommelse från alla inblandade om rutinerna gällande den kirurgiska checklistan.

Innan implementeringsprocessen startar bör ledningen ta reda på vad deltagandet innebär i tid, utbildning och resurser (Carney et al. 2010, s. 727) samt identifiera hinder för effektiv implementering av den kirurgiska checklisten och utveckla det bästa användningssättet (Fourcade et al. 2012, s. 191). Enligt Fourcade och medförfattare (2012, s. 191-192) är ett hinder en arbetssituation som orsakar problem och som inbegriper organisationsregler, mänskliga färdigheter, kulturegenskaper och trosföreställningar. Flera hinder beror på kulturella och organisatoriska faktorer. Vanliga hinder är kommunikationsproblem, högt personalbyte och attitydproblem från chefer. Även geografiskt läge, resursnivå, personaltillgång och nivå på utbildning kan påverka implementeringen av den kirurgiska checklisten (Ko et al. 2011, s. 2-3).

En studie i Thailand visar just på att den kirurgiska checklisten kan implementeras men vissa delar är svåra på grund av annorlunda kultur och arbetssätt. Ökad medvetenhet, tillgång till informations- och utbildningsnycklar samt stöd för att få tillgång till viktigt utrustning och material kan öka användningen av den kirurgiska checklisten i Thailand. (Kasatpibal et al. 2012, s 50)

Nilsson och medförfattare (2010, s. 180) anser att utan engagemang från ledningen skulle introduktionen av den kirurgiska checklisten vara svår. Semel och medförfattare (2010, s. 1594) betonar också betydelsen av ledningens aktiva deltagande och samarbetet mellan ledningen och personalen för en lyckad implementering av den kirurgiska checklisten. Takala och medförfattare (2011, s. 1212) anser att kulturen bland medlemmarna i operationsteamet gör det långsamt att acceptera den kirurgiska checklisten. Även brist på tid, motivation och negativ inställning är hinder för en bra implementering av den kirurgiska checklisten (Ali et al. 2011, s. 139). Enligt Askarian och medförfattare (2011, s. 293-297) är miljön på operationssalen mycket komplex men implementering av den kirurgiska checklisten kan lyckas om implementeringsmetoderna är adekvata och både sjukhusets ledning och personal uppskattar den kirurgiska checklistans värden.

På en operationsavdelning i Tyskland presenterades den kirurgiska checklisten teoretiskt och praktiskt av ledningen vilket påvisade organisatoriskt ledarskap och bildmässigt tog bort personalens initiala reservation. Den kirurgiska checklisten anpassades till lokala förhållanden av personalen vilket gjorde personalen delaktig. Avdelningen bygg-

de även upp en liten grupp personer som var positivt inställda, så kallade ” positive adopters” samt utbildade personalen. Detta ledde till en positiv inställning och snabbt accepterande av den kirurgiska checklistan. Implementeringsprocessen lyckades på grund av personaldeltagandet, den kirurgiska checklistan var anpassad till lokala förhållanden och ledningen föregick med gott exempel. (Böhmer et al. 2012, s. 337) Även Norton & Rangel (2010, s. 61, 69) anpassade den kirurgiska checklistan innan de införde den på ett barnsjukhus i Boston. Detta ledde till att teamarbetet och kommunikationen förbättrades och patienterna fick en bättre vård.

Enligt Verdaasdonk och medförfattare (2009, 715-726) innebär en lyckad implementering av den kirurgiska checklistan att det först finns ett behov och att den kirurgiska checklistan är lösningen på det behovet. Sedan bör syftet med checklistan definieras och en uppgiftsanalys av implementeringsområdet göras för att få inblick i arbetet för de potentiella användarna. Själva införande av den kirurgiska checklistan bör föregås av en försöksperiod och utvärdering. Personalen bör vara nära involverad i implementeringsprocessen eftersom implementeringsprocessens framgång enligt Verdaasdonk och medförfattare (2009, s. 724) beror på personalens motivation och villighet att använda den kirurgiska checklistan.

Enligt Thomassen och medförfattares (2011, s. 1-7) studie bör två grundantagen vara klargjorda för att den kirurgiska checklistan skall bli accepterad. För det första bör det finnas ett definierat problem där den kirurgiska checklistan är det rätta verktyget för att lösa problemet. För det andra bör den slutliga användaren inte få den uppfattningen att han eller hon blir berövad att använda sitt sunda förnuft. Det är även av stor vikt att personalen får vara delaktig i hela implementeringsprocessen och checklistan bör vara lätt att hitta och använda, lätt att förstå och kort. Även vilja, entusiasm och organiseringskompetens påverkar resultatet. Som problem framkommer operationsavdelningens starka hierarkiska kultur men simulering är en väsentlig metod för att träna och på så sätt öka användningen av den kirurgiska checklistan. Enligt Keane & Marshall (2010, s. 398) har implementeringen av den kirurgiska checklistan lyckats då alla medlemmar i operationsteamet är redo, engagerade i processen och har möjlighet att uttrycka sina farhågor gällande säkerhetsaspekter.

Styer och medförfattare (2011, s. 590-597) kom i sin studie fram till några viktiga faktorer som ledde till en lyckad implementering av den kirurgiska checklistan. Först behövdes ledningens godkännande och sedan behövdes det rekrytera frivilliga från alla olika yrkeskårer för att leda projektet. För att försäkra sig om en genomtänkt implementering valdes det ut implementeringsmetoder av god kvalitet. Implementeringen startades i liten skala och det fanns beredskap för förändring av processen för att förbättra den. Realtids feedback gavs sedan åt användarna och en ny rutin skapades genom att användningen av den kirurgiska checklistan standardiserades.

4.3 Sammanfattning av litteraturgenomgången

Sammanfattningsvis kan sägas att det framkommer information i litteraturgenomgången som är av betydelse för implementeringsprocessen. Det bör finnas ett behov där den kirurgiska checklistan kan svara på det behovet (Thomassen et al.'s 2011, Verdaasdonk et al. 2009) Ledningens engagemang är också mycket viktigt och innefattar såväl planering som ledarskap. (Carney et al. 2010, Conley et al. 2011, Nilsson et al. 2010, Semel et al. 2010, Askarian et al. 2011, Böhmer et al. 2012) Det är viktigt att fördelarna med detta nya arbetssätt förklaras för personalen och personalen får utbildning. Det bör även demonstreras hur det nya arbetsverktyget används i praktiken och personalen bör få handledning och feedback. (Carney et al. 2010, Böhmer et al. 2012, Thomassen et al.'s 2011, Styer et al. 2011).

För att öka möjligheten att lyckas med implementeringen bör personalen vara delaktig i implementeringsprocessen (Nilsson et al. 2010, Semel et al. 2010, Takala et al. 2011, Askarian et al. 2011, Böhmer et al. 2012, Verdaasdonk et al. 2009, Keane & Marshall 2010). Det är även av stor betydelse att den kirurgiska checklistan anpassas till miljön (Conley et al. 2011, Böhmer et al. 2012, Norton & Rangel 2010) och att hinder för implementeringsprocessen kartläggs och undanröjs (Fourcade et al. 2012, Ko et al. 2011, Kasatpibal et al. 2012, Takala et al. 2011, Ali et al. 2011, Askarian et al. 2011 Thomassen et al. 2011).

5 URVAL OCH DESIGN

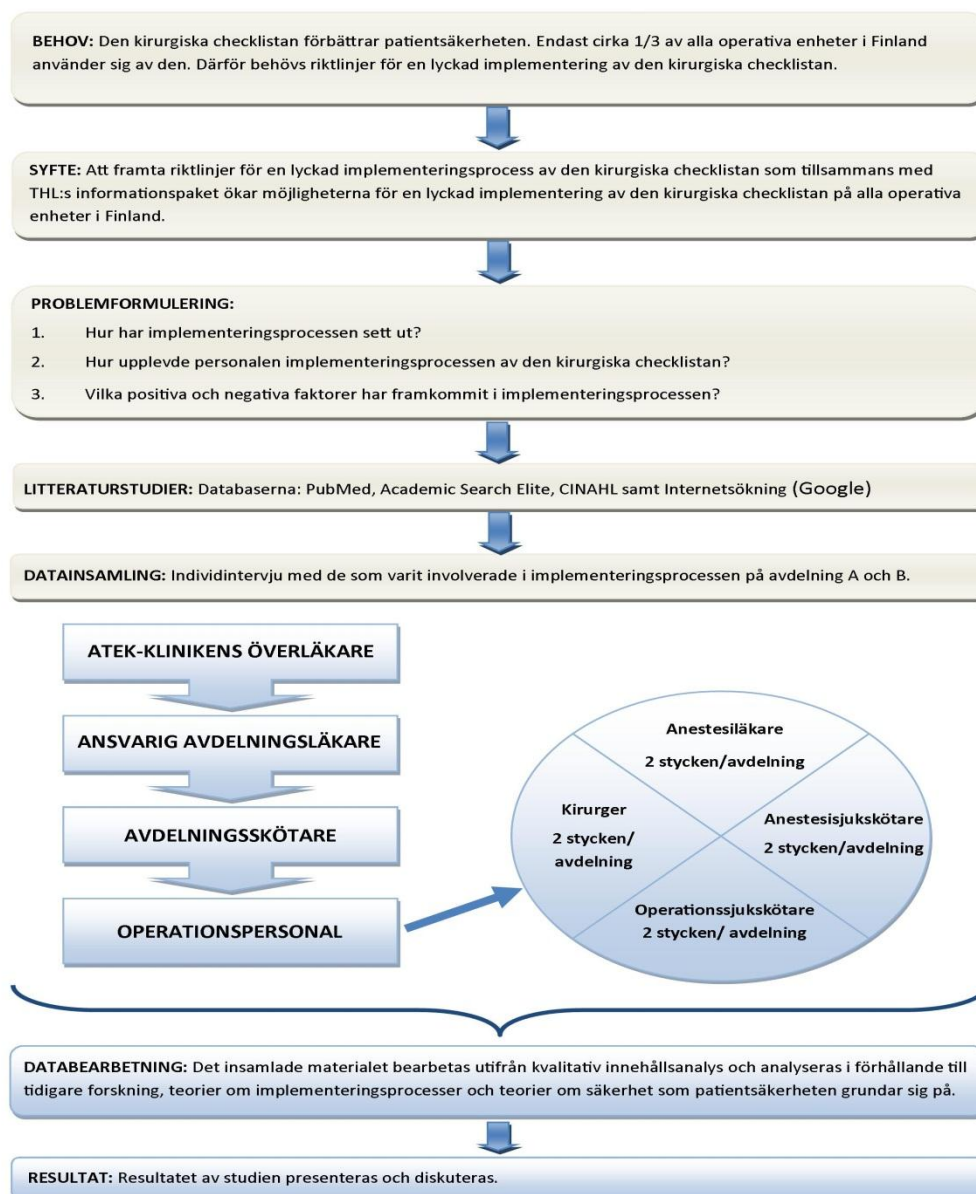
Opera är ett informationsprogram som används av vissa kirurgiska sjukhus i Finland. Via programmet kan det månatligen följas med hur flitigt den kirurgiska checklistan används på de operationsavdelningar som är anslutna till systemet. Urvalet sker genom att undersöka den operationsavdelning som har den högsta användningsfrekvensen, vilket tyder på en bra implementeringsprocess och jämföra den med en operationsavdelning som ligger bland de som har betydligt lägre användningsfrekvens, vilket tyder på en mindre lyckad implementeringsprocess. Detta innebär att den ena operationsavdelningen i södra Finland som undersöks kallas A och den andra operationsavdelningen kallas B. Båda är avdelningar med tung kirurgi. Det finns en förförståelse för att implementeringen av den kirurgiska checklistan har lyckats bättre på operationsavdelning A.

ATEK är förkortning av Anestesiologia, tehohoito, ensihoito ja kivun hoito. Båda operationsavdelningarna hör till ATEK- kliniken, vilket betyder att ATEK- kliniken överläkare är samma person för både operationsavdelning A och B. Beträffande ATEK- kliniken överläkare samt avdelningsansvarige läkare och avdelningsskötare intervjuas den person som befinner sig på respektive post vid intervjutillfället.

Urvalskriterier för operationspersonalen för att få delta i studien är att de har arbetat minst sex månader på arbetsplatsen innan implementeringen av den kirurgiska checklistan startade samt att de arbetat oavbrutet fram tills studien utförs. Detta för att de på så sätt kan ge information om hur det var före, under och efter implementeringen av den kirurgiska checklistan. På avdelning A innebär det att operationspersonalen har arbetat på avdelningen åtminstone från och med maj 2009 och för avdelning B:s del från mars 2010. På avdelning A fick jag en lista med namn på deltagare som uppfyllde urvalskriterierna medan jag på avdelning B lottade ut deltagarna från en namnlista som respektive personalgrupps chefer gett. Det kan tilläggas att ATEK- kliniken överläkare, avdelningsansvarige läkare och avdelningsskötare på respektive avdelningar har lång arbetserfarenhet och därmed uppfyller de urvalskriterierna för operationspersonalen.

Designen beskriver studiens forskningsprocess och börjar med att konstatera att det finns ett behov att göra denna studie. Efter att problemområdena har ringats in, gör jag

en litteraturgenomgång. Ytterligare datainsamling kommer jag att göra på de två operationsavdelningarna A och B genom individintervjuer med personal som varit delaktig i den kirurgiska checklistans implementeringsprocess på respektive avdelning. Varje nivå intervjuas utifrån vad som hänt med implementeringsprocessen just i detta skede med betoning på upplevelser. Efter det bearbetar jag materialet utifrån kvalitativ innehållsanalys och resultatet av innehållsanalysen presenteras. Studiens design presenteras i figur 1.



Figur 1. Studiens design

6 TEORETISK REFERENS RAM

Teorier om implementeringsprocesser samt teorier om säkerhet som patientsäkerheten grundar sig på bildar den teoretiska referensramen i studien. Först diskuteras olika teorier om implementeringsprocessen och sedan tas teorier om säkerhet som är av betydelse för patientsäkerheten upp.

6.1 Teorier om implementeringsprocesser

Guldbrantssons (2007, s. 16) har gjort en forskningssammanställning av två omfattande systematiska litteraturöversikter, där hon granskar implementeringsprocessen. Nyckelbegrepp i implementeringsprocessen är idé, behov, metod, beslut, planering, förändring, integrering, utvärdering, anpassning och institutionalisering.

Det kommer en idé om en ny metod som kan användas för att möta ett behov eller lösa ett problem inom organisationen. Idén presenteras, det görs en bedömning av om metoden i fråga kan möta de behov organisationen har och ett beslut fattas. För att beslutet skall leda till faktisk förändring bör det vara fattat på rätt nivå i organisationen. (Guldbrantssons 2007, s. 16)

Det som behövs för att idén skall kunna förverkligas planeras och ordnas. Här liksom i nästa fas krävs resurser. Detta steg handlar om faktisk förändring, som att höja kunskapsnivån, förbättra den organisatoriska kapaciteten eller förändra en rådande kultur. För att detta ska ske behövs t.ex. utbildning, fortbildning och praktisk träning samt att låta metoden ” mogna”. Så småningom har den nya metoden integrerats i verksamheten, såväl praktiskt som organisatoriskt och kan betraktas som självklar. Metoden utvärderas och eventuella lokala anpassningar genomförs. Till sist tas metoden för given, oavsett omorganisationer, personalomsättningar eller politiska förändringar. (Guldbrantssons 2007, s. 16)

Det slutliga resultatet av ett implementeringsarbete bestäms av interaktionen mellan de som vill introducera en ny metod, de tänkta användarna av metoden, den nya metoden i sig och de omständigheter som råder under tiden för implementeringen. För att implementeringen skall lyckas behövs en bra metod. Några grunddrag är att metoden bör vara relevant, ha relativa och synliga fördelar. Den bör stämma med mottagarens värdering-

ar, vara enkel att använda, kunna testas i liten skala och kunna anpassas till mottagarens behov. (Guldbrantssons 2007, s. 17)

En kombination av insatser, tidig involvering av användarna, resurser och feedback är ytterligare faktorer som kan påverka implementeringsprocessen positivt. Om flera insatser för implementering kombineras leder det till ett bättre resultat. Om de som skall sköta den faktiska implementeringen av en ny metod involveras redan i planeringsfasen kan potentiella problem och farhågor identifieras i ett tidigt skede och hanteras på ett konstruktivt sätt. Sannolikheten för att en ny metod skall accepteras och implementeras beror också delvis på vilket organisatoriskt och ekonomiskt stöd den får. Även att ge information i rätt tid om hur implementeringsprocessen framskrider samt insamling och sammanställning av relevant information, ökar chanserna för en lyckad implementering. (Guldbrantssons 2007, s. 18)

Kotter (1995, s. 61) delar in implementeringsprocessen i åtta faser eller steg. Först bör det fastställas ett behov som är brådskande, sedan bör det bildas en grupp som har tillräckligt med makt att leda förändringsprocessen. Gruppen bör vara bra på att samarbeta. Efter att en vision är skapad och strategier för att uppnå den dragna, bör alla delges visionen och utbildning ordnas. Sedan är det viktigt att uppmuntra andra att delta i visionen och att eliminera hinder. Planläggning av märkbara positiva resultat som är kortsiktiga och att uppnå dem är viktig, likaså uppmärksamma och belöna personer som varit involverad i implementeringsprocessen. Sedan gäller det att stadga förbättringarna och göra nya förändringar. Till sist är det nya sättet institutionaliserat.

Kinnunen (2008, s. 94) grundar sig på Kotter men delar in implementeringsprocessen i tre faser: planeringsfas, förändringsfas och etableringsfas. Planeringsfasen börjar med att rätt tidpunkt för implementeringsprocessen väljs genom kartläggning av möjliga kriser samt möjligheter för att lyckas. Sedan bör det bildas en grupp med en stark teamkänsla som leder implementeringsprocessen. Dessa personer bör ha tid och en vilja att engagera sig även efter att implementeringsprocessen är avklarad. Det bör också göras en kortfattad vision och strategi för att säkerställa att målen nås. Personalen bör också informeras om fördelarna med det nya arbetssättet.

I förändringsfasen är det viktigt att förmedla visionen effektivt och på många olika sätt. Information bör ges till alla olika nivåer i organisationen och till alla personalgrupper.

Var dock noggrann med informationens innehåll. Personalen bör tillåtas arbeta efter visionen. Speciellt bör gräsrotsnivåns förmån beaktas genom att de får tillräckligt med material för att de skall kunna föra saken vidare. Alla bör erbjudas möjlighet att delta i utbildning och utbildningens betydelse för att lyckas bör betonas. (Kinnunen 2008, s. 94)

För att säkerställa en lyckad implementeringsprocess bör det i etableringsfasen, med korta intervaller, påvisas fördelarna med det nya arbetssättet. Fördelarna bör även effektivt förmedlas till alla nivåer i organisationen. Alla delparter bör motiveras, stödjas och uppmuntras. Förbättringarna bör stabiliseras och nya förändringar bör genomföras för att nya arbetssätt ska få mera positiv uppmärksamhet och de bra sakerna inte ska glömmas bort. Slutligen rotas det nya arbetssättet i organisationskulturen, men fördelarna bör vara fortlöpande för att det nya arbetssättet skall bestå. (Kinnunen 2008, s.94)

Enligt Greenhalgh och medförfattare (2004, s. 594) är innovationer som har en klar och tydlig fördel i antingen effektivitet eller kostnadsmässighet lättare att adoptera och implementera. Om den potentiella användaren inte ser några fördelar med innovationen vill de sannolikt inte överväga att använda den i framtiden. Men relativa fördelar garanterar ändå inte en lyckad implementering. Enligt Greenhalgh och medförfattare (2004, s. 600) är det viktigt med ett aktivt ledarskap, samt stöd och feedback från projektledaren. Ledningen bör själv vara fortlöpande motiverade och även motivera sin personal. Kommunikation och information bör vara användarorienterad och det skall finnas möjlighet till teknisk hjälp och tillräckligt med resurser. Enligt Greenhalgh och medförfattare (2004, s. 611-612) har implementeringen en större chans att lyckas om användaren känner till innovationen och har kontinuerlig tillgång till information om innovationen och vad den gör. Adekvat feedback åt användaren ökar även chanserna för att lyckas.

Kotter (1995, s. 60-67) har också listat åtta olika fel som kan uppstå i implementeringsprocessen. Det första är att förändringsbehovet inte upplevs vara tillräckligt akut. Det andra är arbetsgruppens brist på makt och bra ledarskap. Det tredje är brist på en vision och det fjärde är brist på kommunikation för att få ut sin vision åt alla berörda. Det femte felet enligt Kotter är att inte röja hindrena för den nya visionen. Fel sex till åtta är att inte systematiskt planera för och skapa kortsiktliga vinster, ta ut äran i förväg och att inte förankra förändringen i organisationens kultur.

6.2 Teorier om säkerhet

Patientsäkerhet innebär att patienten får nödvändig och rätt vård med minsta möjliga risk för skada. Patientsäkerhet innebär också att hälso- och sjukvårdspersonal, verksamhetsenheter och organisationer har principer och praxis som säkrar en trygg hälso- och sjukvård för patienten. (Potilasturvallisuussanasto 2007) Patientsäkerheten grundar sig på olika säkerhetsteorier och omfattar begrepp som tekniska och icke- tekniska färdigheter. I denna studie blir icke- tekniska färdigheter med betoning på mänskliga faktorer centralt eftersom orsaken till att den kirurgiska checklistan utvecklades var att förebygga mänskliga misstag. Att göra misstag är mänskligt (Reason 2008 s.34). Däremot är termen ”mänskliga misstag” mycket komplex men kan dock ofta uppfattas som en riskfaktorkategori som kan orsaka otillfredsställande aktiviteter eller resultat (Woods et al. 2010 s.1). Mänskliga misstag förekommer i många olika former och beror på en mängd olika orsaker (Reason 1990 s. 234).

”Fel” är planerade åtgärder som misslyckas med att uppnå önskat resultat (Reason 1990 s.17). Fel uppstår när den mentala processen som är nödvändig för korrekt utförande, är ofullständigt specificerad som till exempel ouppmärksamhet, glömska, ofullständig kunskap och tvetydig sensorisk data (Reason 2008 s. 46). Enligt Reason (1990 s. 17) finns det två grundtyper av fel: slinta och felsteg (slips and lapses) där handlingen inte förlöper enligt plan, och misstag (mistake) där själva planen är inadekvat för att uppnå målet. Slinta och felsteg kan delas in i olika former av fel. Felaktighet i att känna igen innebär att det sker en missidentifiering, att det brister i uppfattningen eller att det uppfattas fel. Till exempel olika larmsignaler tolkas fel eller inte alls på grund av bland annat oerfarenhet, brist på skolning eller felaktig vana. En annan form är minnesfel och handlar om hur hjärnan lagrar information. Om otillräcklig uppmärksamhet ges det material som skall kommas ihåg, försvinner materialet från korttidsminnet. Likaså försvinner material om det vid lagringen i långtidsminnet förekommer sönderfall eller störningar. Även fel i uppmärksamheten klassas under grundtypen slinta och felsteg. (Reason 2008 s. 38-45) Misstag delar Reason (2008 s. 45-46) in i två kategorier: regelbaserad och kunskapsbaserad. Regelbaserade misstag innebär att en normalt bra regel tillämpas fel, en dålig regel tillämpas eller att tillämpning av en bra regel misslyckas. Kunskapsbaserade misstag handlar om brist på kunskap eftersom färdiga problemlösningsregler tar slut och individen själv måste hitta på nya problemlösningsregler. Under

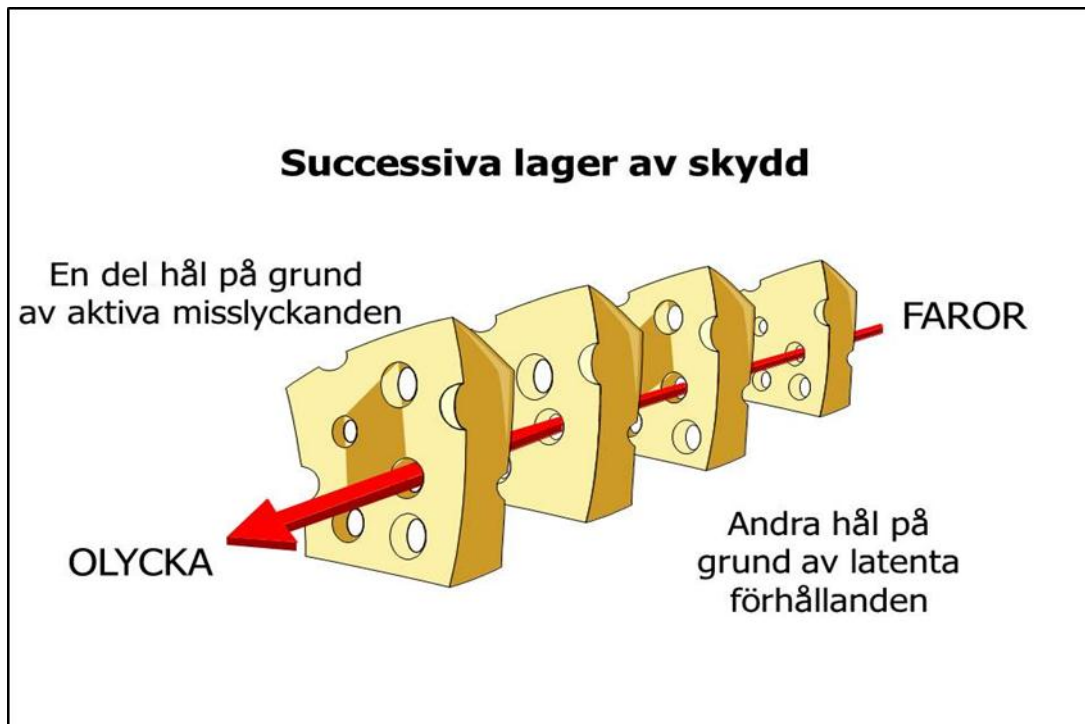
dessa förhållanden är det hög risk att fel provoceras fram. Även distrahering, stress och att bli avbruten är exempel på situationer som kan provocera fram fel (Reason 2008 s. 33). Istället för ordet ”fel” används numera ordet avvikelse. En avvikelse är en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra att patienten skadats (Omsorgens handböcker).

Enligt Dekker (2007, s 131-133) kan mänskliga misstag delas in i två nivåer; individuell och organisatorisk. Den individuella nivån ser mänskliga misstag som orsak till incidenter, och för att åtgärda incidenter bör den människa som var involverad åtgärdas genom att avstänga personen från arbetet, tillrättvisa eller åtala personen. Den organisatoriska nivån ser mänskliga misstag som ett symptom, inte som en orsak. Mänskliga misstag är en effekt av problem som är djupare i organisationen. För att göra någonting åt mänskliga misstag måste blicken läggas på systemet som människorna arbetar i och förbättra det.

Istället för att sätta individ mot organisation, borde förståelsen för individens förhållanden och roller i organisationen öka. Människans frihet inom organisationen är viktig, eftersom det är den frihet som gör personens arbete mänskligt, meningsfullt och ger en känsla av stolthet. Den friheten får inte organisationen ta bort. Organisationerna kan vara tydliga med var det överlåtande utrymmet börjar och slutar genom att inte ge individen rätt att ta beslut, men nog kräva att individen tar ansvar för sina konsekvenser. Å andra sidan kan organisationen besluta hur individen skall motiveras att göra sitt jobb ordentligt inom det överlåtande utrymmet. (Dekker 2007, s 132-133)

Även Reason (2000, s. 768) anser att problem med mänsklig otillförlitlighet har två synsätt, person och system. Personsynsättet fokuserar på individfel som glömska, ouppmärksamhet eller moralisk svaghet medan systemsynsättet koncentrerar sig på de arbetsomständigheter som personen har och försöker bygga upp förvar för att kunna förhindra eller mildra avvikelsernas effekt. Skydd, barriärer och säkerhetsföreskrifter anser Reason (2000, s. 769) att är nyckeln i systemtänkandet. Högteknologiska organisationer har många skyddslager, en del är konstruerade som till exempel alarm, medan andra förlitar sig på människor eller procedurer och administrativ kontroll. Alla skyddslager har dock sina svagheter. För att visa på detta presenterade Reason (2000, s. 768-769) sin ”Swiss cheese” eller schweiziska ostmodell teori (Se figur 2) som visar hur

mänskliga misstag kan uppstå. Bilden av en emmentalost med hål i representerar hur avvikelser undviks att nå patienten genom skyddet från ett antal barriärer eller ostskivor. Varje barriär har en svaghet eller ett hål vilket gör det möjligt för avvikelserna att gå igenom barriären eller ostskivan. Hålen öppnas och stängs slumpmässigt. Om barriären inte stoppar upp avvikelserna går den ett steg närmare patienten. Om det inte finns några barriärer som stoppar avvikelserna från att hända så går den ända fram och leder till en olycka. I en ideal värld vore alla hål slutna. När en avvikelse uppstår är det enligt Reason (2000, s. 769) viktigt att inte blunda utan att ta reda på hur och varför skyddet inte fungerade. Reason (2000, s. 769, 2008 s. 32-33) anser också att vi inte kan ändra de mänskliga förhållandena men vi kan ändra de förhållanden under vilka människorna arbetar genom att minska sannolikheten för avvikelser och, när de uppstår, öka möjligheten för upptäckt och korrigerande.



Figur 2. En modifiering av Reasons schweiziska ostmodell (Reason 2000)

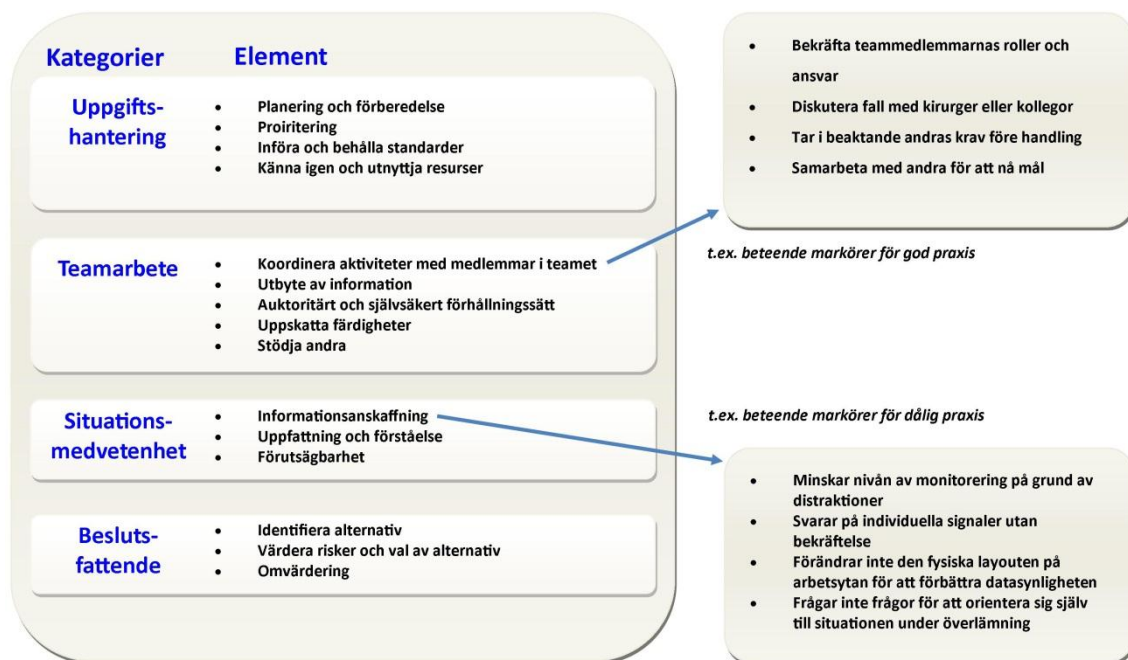
Framsteg inom patientsäkerheten börjar enligt Cook (1998, s. 64) med att lära sig hur inläring om säkerhet sker och att människor gör säkerhet. Människor skapar konstant säkerhet på alla nivåer och är en adaptiv del av systemet. Cook (2000, s. 791- 794) anser att komplexa system involverar många så kallade gap mellan människor, steg och pro-

cesser. När olyckor analyseras framkommer oftast närvaro av många olika gap. Dock orsakar gapen sällan olyckor. Gap kan uppstå oavsiktligt som en bieffekt av organisatoriska eller tekniska förändringar. Dessa gap kan antingen vara helt nya eller gamla gap som var överbyggda innan förändringen underminerade dem. Cook (2000, s. 791- 794) menar att säkerheten höjs genom att förstå och förstärka utövarnas normala förmåga att överbygga gapen men att vi vet väldigt lite om vad som gör att användarna identifierar och överbygger nya gap som uppstår när systemet förändras. Olyckor förekommer för att förhållandena överväldigar eller ogiltigförklarar de mekanismer som utövarna normalt använder sig av för att upptäcka och överbygga gapen. Det är avgörande hur nya gap identifieras. En kritisk säkerhetsaspekt är hur användarna känner igen att de nya gapen är närvarande i deras arbete eller att det som är karakteristisk för kända gap har ändrats. Enligt Cook (2000, s. 791- 794) kan framtida arbete med gapen delas in i tre sätt. Det första är att katalogisera gapen och det andra är att utreda hur användarna förutser, upptäcker och överbygger gapen. Det tredje är att upptäcka hur gapen skapas av organisationsförändringar. Tillsammans kan det ge en sammanhängande användbar insikt om patientsäkerhet och kan användas för att identifiera säkerhetsproblem i framtiden.

Enligt Flin och medförfattare (2010, 38-44) kan brister i anesthesiologernas icke-tekniska färdigheter bidra till medicinska fel och skadliga händelser. Flin och medförfattare (2010, s 38-44) har därför utvecklat ett arbetsredskap för att träna anesthesiologernas icke- tekniska färdigheter, Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS). Icke- tekniska färdigheter kan definieras som kognitiv, social och personlig förmåga som kompletterar de tekniska färdigheterna och bidrar till att säkert och effektivt utföra sina uppgifter. ANTS inkluderar situationer av medvetenhet, beslutstagning, teamarbete, ledarskap och hur personalen klarar av stress och trötthet. Brister i icke- tekniska färdigheter kan, enligt Flin och medförfattare (2010, s. 38-44), öka risken för avvikelser medan goda icke-tekniska färdigheter, som till exempel vaksamhet, förväntan, klar kommunikation och teamkordination, kan minska risken för avvikelser och olyckor. Träna och bedöma personalens icke- tekniska färdigheter i kritiska säkerhetssituationer har länge varit vanligt inom högriskindustrin men nu har det även börjat användas inom vårdbranschen.

Enligt Flin och medförfattare (2010, s. 38-44) har ANTS en ram (Figur 3) som består av fyra kategorier: uppgiftshantering, teamarbete, situationsmedvetenhet och beslutsfattande. Dessa fyra kategorier består av olika element och det ges exempel på bra och då-

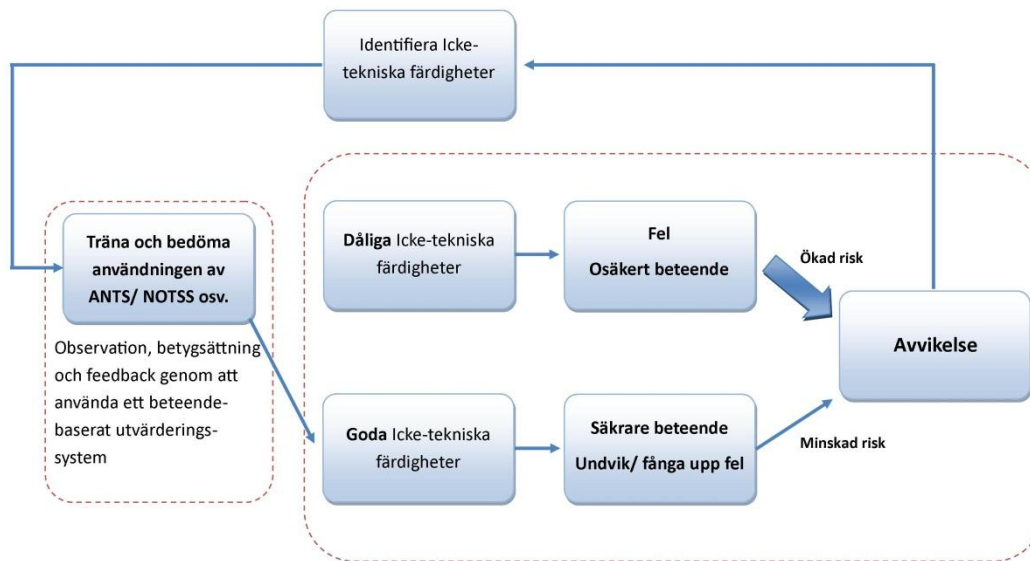
ligt utförande. Uppgiftshantering innehåller elementen: planering och förberedelse, prioritering, införa och behålla standarder samt känna igen och utnyttja resurser. Kategorin teamarbete innebär att kordinera aktiviteter med medlemmar i teamet, utbyte av information, auktoritärt och självsäkert förhållningssätt samt uppskatta färdigheter och stödja andra. Situationsmedvetenhet innehåller elementen informationsanskaffning, uppfattning och förståelse samt förutsägbarhet. Identifiera alternativ, värdera risker och val av alternativ samt omvärdering är element som hör till den beslutsfattande kategorin. Att klara av stress och trötthet är inga klara kategorier eftersom det kan vara svårt att upptäcka dem. Snarare influerar de andra beteenden som kan betygsättas. Ledarskapet hör under kategorin teamarbete eftersom anesthesiologen ibland leder operationsteamet. För att kunna utvärdera personalens icke tekniska färdigheter utvecklades även ett beteendebaserat klassificeringssystem.



Figur 3. En modifiering av en prototyp av ANTS- systemet enligt Flin och medförfattare (2010)

Figur 4 visar hur användningen av ANTS leder till förbättrade icke - tekniska färdigheter som i sin tur minskar risken för avvikelser men även hur dåliga icke -tekniska färdigheter ökar risken för avvikelser och skadliga händelser.

Icke-tekniska färdigheter, fel och avvikelser



Figur 4. En modifiering av Flins (2008) Icke- tekniska färdigheter och avvikelser

Sammanfattningsvis kan konstateras att Reason, Cook, Flin och Dekker alla har olika sätt att se på säkerhet och hur säkerhet förebyggs. Reason försöker operationalisera människans fel och svagheter och när en avvikelse har uppstått betonar Reason betydelsen av efterklokhet. Cook däremot anser att människan skapar säkerhet och när en avvikelse uppstår har människan redan gjort allt hon kan för att förebygga avvikelsen. Enligt Flin beror säkerhet på människans kapacitet och hur kapaciteten tränas medan Dekker i sin tur anser att det behöver föras en diskussion angående individens roll i organisationen.

7 METOD

För att kunna svara på studiens frågor, behövs information från de personer som har varit involverad i implementeringsprocessen. I studien används en kvalitativ intervju metod, vilket innebär att data samlas in genom en öppen metod, alltså att undersökaren så lite som möjligt försöker styra den information som samlas in. Den som blir intervjuad skall få uttrycka sig med egna ord och på sitt eget sätt. (Jacobsen 2007, s 48)

Det finns dock olika former av kvalitativa intervju metoder. I denna studie kommer kvalitativ forskningsintervju att användas, vilket innebär att intervjuaren är fokuserad på bestämda teman. Intervjuaren leder den intervjuade till vissa teman men inte till bestämda uppfattningar om dessa teman. I en kvalitativ forskningsintervju produceras kunskap i ett samspel mellan intervjuaren och intervjupersonen och intervjuaren försöker förstå världen från undersökningens synvinkel samt utveckla mening ur deras erfarenheter. Forskningsintervju är dock inte ett samtal mellan likställda parter eftersom det är forskaren som definierar och kontrollerar situationen. (Kvale & Brinkmann 2009, s. 46, 98, 19)

Intervjuaren vill i denna studie kartlägga implementeringsprocessen av den kirurgiska checklistan för att se hur processen har gått till. Därför kommer ett deduktivt förhållningssätt att användas. Deduktivt förhållningssätt innebär att det går från teori till empiri (Jacobsen 2007, s 53). Intervjuaren har på förhand utformat olika teman som har visat sig relevanta i tidigare forskning och de intervjuade får diskutera sina upplevelser av dessa teman. De som deltar i studien kommer att intervjuas individuellt. Individuell intervju lägger vikt på individens åsikter (Jacobsen 2007, s 95).

Kvale & Brinkmann (2009, s. 118) har strukturerat upp sju stadier i en intervjuundersökning. Det första är tematisering där syfte och föreställningar om ämnet formuleras. Undersökningens varför och vad bör klarna innan frågan om hur ställs. Nästa stadie är planering. Här planeras hur undersökningen skall läggas upp. Planeringen bör göras utifrån vilken kunskap som eftersträvas, men moraliska konsekvenser bör också beaktas. Efter det följer själva intervjun. Intervjuerna bör genomföras enligt en intervjuguide och med ett reflekterande förhållningssätt till den eftersökta kunskapen samt relationen till

de intervjuade. Analysstadiet innebär att data med hjälp av en lämplig metod, analyseras och bearbetas utifrån studiens syfte. Nästsista stadiet är verifiering, då resultatets validitet, reliabilitet och generaliserbarhet fastställs. Sista stadiet är rapportering.

För att analysera materialet kommer kvalitativ innehållsanalys att användas. I en innehållsanalys tolkas materialet som upplysningar om faktiska förhållanden. En innehållsanalys genomgår vissa bestämda faser. Först sker en kategorisering av materialet. Det intervjuade materialet som är utskrivet till text delas upp i ett antal teman eller problemställningar. Kategorierna är det instrument som behövs för att kunna säga att några typer av data liknar varandra eller skiljer sig från varandra. Kategorisering har flera syften, dels att förenkla komplicerade, detaljerade och omfattande data men också en förutsättning för att kunna jämföra texter som härrör sig från olika intervjuer. Sedan fylls kategorierna med innehåll och kan illustreras med hjälp av citat. Citaten belyser vad en person säger om den definierade kategorin. Efter det räknas det ut hur ofta ett tema eller en problemställning nämns. Sedan jämförs intervjuerna med varandra för att söka efter skillnader och likheter och till sist söks förklaringar till skillnader. (Jacobsen 2007, s 139- 144) Eftersom detta är en kvalitativ studie kommer det inte att räknas ut hur ofta ett tema eller en problemställning nämns.

Efter att denna studies syfte och frågeställningar är formulerade, planeras och genomförs individintervjuerna med hjälp av en intervjuguide (Bilaga 7 & 8). I resultatet redovisas svaret på frågeställning ett och två i beskrivande form. I den tredje frågeställningen framkommer det faktorer som påverkar implementeringsprocessen positivt respektive negativt och även dessa faktorer redovisas i beskrivande form. För att besvara studiens syfte kategoriseras sedan hela materialet med hjälp av kvalitativ innehållsanalys och resultatet presenteras.

8 ETISKA FÖRUTSÄTTNINGAR

Denna studie kommer att följa god etisk praxis och nationella riktlinjer (ETENE).

Studiens utförare förbinder sig till ärlighet, allmän omsorgsfullhet och noggrannhet i undersökningen, dokumenteringen och presentationen av resultaten. Etiskt hållbara da-

taanskaffnings- undersöknings- och bedömningsmetoder som är förenliga med kriterier för forsknings och utvecklingsarbete kommer att användas. (Arcada 2007, Hyvä tieteellinen käytäntö)

Forskningspersonerna kommer att informeras om studiens syfte (Hyvä tieteellinen käytäntö, Eettiset periaatteet), vad deltagandet konkret innebär och hur mycket tid det kommer att ta i anspråk. Deltagarna informeras även om att deltagandet är frivilligt och garanterar anonymitet och integritet. Deltagarna i studien får muntligen ge sitt samtycke till att delta i studien. Deltagarna informeras om sin rätt att när som helst avbryta sitt deltagande i studien, om det händer bör deltagaren ge sitt samtycke till att det material som deltagaren tidigare gett, får användas i studien. Deltagarna kommer även att informeras om hur de är utvalda till att delta i studien och varifrån information om dem har tagits. (Eettiset periaatteet)

Undersökningsmaterialet förvaras på ett tryggt ställe där inga utomstående har tillgång till materialet. Deltagarna skyddas från psykisk, ekonomisk och social skada. Deltagarna upplyses om hur de kan ta kontakt för ytterligare information om studien. Deltagarna kommer även att få information om var och när det preliminära resultatet av studien presenteras. Innan studien startar, ansöks det om forskningslov från Arcada (Se bilaga 6) och från den instans där studien utförs. (Arcada 2007, Hyvä tieteellinen käytäntö, Eettiset periaatteet)

Studiens utförare har den ena operationsavdelningen som arbetsplats. Jag strävar till att anta en neutral roll samt kunna skilja på forskningsuppgifter och det dagliga arbetet på arbetsplatsen. Dock kan de intervjuade på den här avdelningen ha ett annat förhållnings-sätt än de på den andra avdelningen som inte känner mig. Detta kan påverka studien, men eftersom jag är medveten om detta kan detta eventuellt delvis förebyggas genom att jag antar en neutral roll. Det återstår dock att se hur det utfaller.

9 RESULTAT

Resultatet baserar sig på material från 21 enskilda individintervjuer. 10 från avdelning A och 10 från avdelning B samt en person som representerar båda avdelningarna. Det material som kom från personen som representerar både avdelning A och B har behandlats på samma sätt som övrigt material eftersom avdelning A och B i intervjun gicks igenom var för sig. En intervju gjordes på svenska och resten på finska. Alla intervjuer bandades förutom en. Intervjuerna genomfördes den 6.6 - 21.6 2012. Intervjuerna har den kirurgiska checklistans implementeringsprocess och patientsäkerhet som referens och bygger på ett färdigt frågeformulär (Se bilaga 7 och 8). Frågorna besvaras utifrån de intervjuades synvinkel och upplevelser. Eftersom de intervjuade befinner sig på olika nivåer i implementeringsprocessen har de även olika synsätt på hur implementeringsprocessen har sett ut. Intervjuerna varade mellan 6,64 och 22,58 minuter och transkriberades till 97 sidor med material (Se tabell 1). Efter att materialet transkriberats gicks det igenom, kategoriserades samt belyses med citat.

Antalet intervjuade totalt	21
Antal kvinnor	16
Antal män	5
Antalet bandade intervjuer	20
Intervjuernas längd i minuter	6,64- 22,58
Medeltal minuter/intervju	11,5
Antalet transkriberade sidor totalt	97
Antalet transkriberade sidor/ intervju	3,0- 8,0
Medeltal transkriberade sidor/intervju	4,6
Ålder	39-62
Medelålder:	51,9
Yrkesverksamma år totalt	15-36
Medeltal yrkesverksamma år	25,5
År på nuvarande arbetsplatsen	3,5- 35
Medeltal år på nuvarande arbetsplats	10,7

Tabell 1. Faktaruta med information om intervjuerna och de intervjuade

Först presenteras resultatet som framkom av studiens tre frågeställningar och sedan presenteras resultatet från kvalitativ innehållsanalys av hela materialet som visar på åtta

kategorier som är betydelsefulla för en lyckad implementering av den kirurgiska check-listan.

9.1 Implementeringsprocessens förlopp

Hur implementeringsprocessen har sett ut är den första frågeställningen. Den första huvudfrågan i intervjuerna granskar den kirurgiska checklistans implementeringsprocess och den fjärde huvudfrågan i intervjuerna granskar nuläget på avdelning A och B (Bilaga 7 och 8). Först presenteras resultatet av hur implementeringsprocessen i grova drag har gått till på respektive operationsavdelning och sedan beskrivs hur nuläget var vid intervjutillfället. Efter det följer en jämförelse och sammanfattning av de båda avdelningarnas insamlade material.

9.1.1 Implementeringsprocessen på avdelning A

Avdelning A hörde till en av de första operationsavdelningarna i landet som började använda den kirurgiska checklistan. En del av personalen på avdelning A kom första gången i kontakt med den kirurgiska checklistan på Operativa dagarna som ordnas av finska kirurgföreningen och anestesioförelningen. Den kirurgiska checklistan presenterades där av personal från ett annat sjukvårdsdistrikt vilket ledde till att ledningen på avdelning A och speciellt biträdande avdelningssköterskan blev intresserad av den kirurgiska checklistan. På hösten 2009, efter att material om den kirurgiska checklistan hade inhämtats och bearbetats i ledningen, hölls informationstillfällen för personalen där bland annat säkerhetsexpert Helovuuo från Finnair berättade om den kirurgiska checklistans betydelse. Personalen fick även information via email och möjlighet att se en engelskspråkig video om den kirurgiska checklistan samt att i både små och stora grupper diskutera den. I december 2009 bestämde ledningen sig för att pröva den kirurgiska checklistan i några operationssalar och inom några kirurgiska specialiteter. Efter en tid utvidgades det till att gälla alla operationer på avdelningen. Implementeringsprocessen på avdelning A genomsyrades av att allting gjordes gemensamt. Tanken var att genom diskussion komma framåt och att alla yrkesgrupper skulle vara involverade. Implementeringen av den kirurgiska checklistan upplevdes som deras gemensamma sak vilket detta citat styrker.

”Naturligtvis började vi sakta och försiktigt med några få salar men sen utvidgades det och när jag efteråt tänker på det så gick det mycket smärtfritt och som jag sa så tror jag att det beror på att vi gemensamt började diskutera saken”

Trots att användningsprocenten i informationssystemet Operan direkt registrerades som ganska högt var det dock lite motsträvigt i början. Det fanns ett motstånd bland personalen mot förändringar men det lättade ganska snart. Det visade sig också vara svårt att få kirurgerna med i processen. Det blev dock bättre när det från ledningen kom order om att operationen inte får påbörjas om inte den kirurgiska checklistan har gått igenom. Det var också svårt för personalen att i början komma ihåg den.

”I början var det kämpigt för det kanske var svårt att få en del kirurger med i processen och ibland var det så bråttom att den glömdes bort”

”Ganska snart slutade motståndarna med sin verksamhet”

”... när det kom meddelande åt kirurgerna att operationen inte får börja om inte checklistan är gjord så ändrades kirurgernas inställning så att de kunde komma till salen och automatiskt börja gå igenom den”

”I början kom jag ihåg den kanske var tredje gång och sedan sakta men säkert började jag komma ihåg den två gånger av tre och nu minns jag den nästan alltid”

Nuförtiden är den kirurgiska checklistan en del av operationsavdelningens rutiner. Användarprocenten ligger på 90 %. Dock när det är riktigt bråttom som vid nöckejsarsnitt eller vid omhändertagandet av jourpatienter finns det risk att den kirurgiska checklistan glöms bort. En del ansåg att det kunde behövas en ”vitaminspruta” för att påminna om vad som är väsentligt med den kirurgiska checklistan. Nu när den kirurgiska checklistan för det mesta går igenom automatiskt finns risk att personalen, utan eftertanke, kryssar i att den har gått igenom.

”Nu förhåller sig alla mycket positivt till den. Ingen ifrågasätter längre om den måste göras utan den är en väsentlig del av vårt arbete”

”Vi är inte helt nöjda och alltid kan det sjunka men vi behöver i alla fall inte skämmas inför andra”

9.1.2 Implementeringsprocessen på avdelning B

Avdelning B började med sin implementeringsprocess senare än avdelning A. Däremot ordnade också avdelning B utbildning för sin personal och hade bland annat två gemensamma informationstillfällen, varav den ena gästades av säkerhetsexpert Helovuo. Per-

sonalen fick också information via email och via olika föreläsningar och möten. Dock framgick det av intervjuerna att information om den kirurgiska checklistan inte nådde alla användare. En del ansåg också att det inte fanns några speciella förberedelser innan den kirurgiska checklistan togs i bruk.

”Vi hade två sådana här informationstillfällen...”

”Det blev oklart för mig. Den bara plötsligt dök upp och så började man säga att den här skall göras”

”Nej, eller jag upplevde åtminstone inte att det skulle ha varit några speciella förberedelser”

När den kirurgiska checklistan började användas gick det långsamt och det var arbetsdrygt vilket gjorde att användningen var ganska låg. Motståndet var stort och personalen ansåg att flera kirurger satte sig emot. Användningen ökade dock igen efter att det kommit meddelande från ledningen att användningen av den kirurgiska checklistan är obligatorisk. Senare kom också förhållningsregler om att operationen inte får börja om inte den kirurgiska checklistan är utförd. Dock glömde personalen ibland bort att använda den kirurgiska checklistan eller att registrera att den använts.

”... när statistik började komma och vi hade ganska låg procent så berättade vi om detta på våra fredagsmeetings att det verkligen är meningen att den görs och den görs alltid”

”Dålig början. Nu tycker jag att det på anestesisisidan fungerar bra”

”Nu fick vi ju mycket varierande svar från salarna. En del, det var närmast kirurgfronten som satt emot, men inte alla kirurger”

Nuförtiden fungerar användningen av den första delen av den kirurgiska checklistan bra, medan del två och tre inte går lika bra. Sämst går del två som kirurgen ansvarar för.

”Nå i början var det lite motstånd om hur den skulle tas i bruk men jag tycker att det sakta men säkert har börjat gå bättre och bättre”

”Det varierar från dag till dag beroende på. Ibland känns det som om den går bra igenom och ibland bara halvvägs... det är ändå en viktig del av vårt jobb att sakerna blir bra skötta”

9.1.3 Jämförelse och sammanfattning av implementeringsprocessen

Trots att båda avdelningar utbildade sin personal innan den kirurgiska checklistan togs i bruk så gick implementeringsprocessen bättre på avdelning A. I intervjuerna framgick det att avdelning A förhöll sig mera positivt till förändringar än avdelning B. På avdel-

ning A hade personalen en tydligare gemenskapskänsla och mottot var att alla skulle vara involverade och delta i implementeringen. Båda avdelningarna stötte på motstånd i början men avdelning A lyckades snabbare arbeta med motståndet, medan motståndet på avdelning B var starkt och är det fortfarande, speciellt bland en del kirurger. Resultatet är dock inte tillräckligt för att kunna förklara varför motståndet hos en del kirurger kommer så starkt fram i intervjuerna.

Att det gick bättre för avdelning A kan även delvis bero på biträdande avdelningsskötarens stora intresse för den kirurgiska checklisten samt andra starka personer i ledarpositioner som förhöll sig positivt till den kirurgiska checklisten. På avdelning B var avdelningschefen mycket positivt inställd till den kirurgiska checklisten och jobbade hårt för implementeringen. Avdelningschefen kunde dock kanske ha behövt mera uppbackning för att skapa ett positivt klimat i förhållande till den kirurgiska checklisten.

Avdelning A startade försiktigt sin implementering med att först använda den kirurgiska checklisten i några operationssalar. Det framkom inte i intervjuerna att avdelning B skulle ha gjort likadant utan avdelning B:s implementering gällde direkt hela operationsavdelningen. Detta kan vara en orsak till att implementeringen gick smidigare för avdelning A eftersom de testade sig fram kunde därmed även korrigera de problem som uppstod innan den kirurgiska checklisten togs i bruk på alla operationssalar. På så sätt hade avdelning A möjlighet att i ett tidigt skede anpassa den kirurgiska checklisten och få ett bättre resultat.

Sammanfattningsvis kan säga att beroende på hur implementeringsprocessen går till och vilka förutsättningar och resurser som finns blir också resultatet därefter. Bättre förutsättningar gör att implementeringen går snabbare och smidigare. Mera motstånd gör att implementeringsprocessen går lite långsammare och kan kännas lite tuffare för personalen. Avdelning B har nu börjat komma ifatt avdelning A gällande användning av den kirurgiska checklisten.

9.2 Personalens upplevelse av implementeringsprocessen

Den andra frågeställningen handlar om hur personalen upplevde implementeringsprocessen av den kirurgiska checklistan. Huvudfråga två i intervjun (Se bilaga 7 och 8) tar fasta på personalens upplevelse av implementeringsprocessen. Det framkommer ut materialet att på avdelning A har största delen av personalen positiva minnen från implementeringsprocessen. De upplevde att den gick ganska smärtfritt. Den kirurgiska checklistan var lätt att ta till sig och efter hand blev användningen av den kirurgiska checklistan en naturlig och betydelsefull del av arbetet. Dock fanns det i början motstånd mot införandet av den kirurgiska checklistan. Det upplevdes som en extra arbetsbörda och som ett tvång från ledningen. Personalen på avdelning A tyckte även att det i början kändes konstigt att säga saker högt samt att det ibland var otrevligt att gå igenom den kirurgiska checklistan med kirurgen på grund av dennes negativa reaktion.

”Jag har riktigt bra minnen från det. Det var inga problem”

”Nå i början hade jag säkert sådant här motstånd mot förändringar och det här kändes också ganska konstigt...”

Avdelning B: s personal tyckte att implementeringsprocessen gick lite långsamt i början men så småningom vände personalen sig och nu har det blivit rutin. Problemen var att det var svårt att gå igenom den kirurgiska checklistan med kirurgerna. Sjukskötarna upplevde det som om de retade kirurgen med checklistan och att kirurgen trodde att den kirurgiska checklistan var sjukskötarnas påhitt. Det flesta ansåg dock att den kirurgiska checklistan var viktig och nödvändig och hörde till arbetet.

”Nå just att det blev på det sättet som att vi retade kirurgerna, att det skulle ha kommit ifrån oss, att vi ville det”

”Det gick ganska långsamt men så småningom tror jag att alla vände sig”

9.3 Positiva faktorer som implementeringsprocessen ledde till

Den tredje frågeställningen handlar om vilka positiva och negativa faktorer som framkom i implementeringsprocessen. Material om vilka positiva faktorer som framkom i

implementeringsprocessen, kommer från en underfråga i intervjun gällande personalens upplevelse av implementeringsprocessen (Se bilaga 7 och 8). Resultatet baserar sig på båda avdelningarnas material och följande positiva faktorer framkom: systematisering, förbättrad kommunikation och förberedelse, eftertanke, ökad patientsäkerhet samt gemenskap. Först presenteras de positiva faktorerna i beskrivande form var för sig och sedan sammanfattas de.

9.3.1 Systematisering

Det flesta av de intervjuade nämnde att deras arbetssätt blev mycket mera systematiskt än förut tack vare den kirurgiska checklisten. De vet vilken information de vill ha och även vårdavdelningen vet vilken information operationsteamet behöver. Personalen upplevde att de frågar rätt frågor och i rätt ordning. Den kirurgiska checklisten hjälper personalen att fästa uppmärksamheten på rätt saker. Den kirurgiska checklisten upplevs som konkret och sakerna går igenom och blir gjorda. Förut var det mera slumpmässigt vilka saker som kollades upp och gick igenom. Personalen upplevde också att användningen av den kirurgiska checklisten gav en rytm åt arbetet, speciellt när det fanns besökare på plats.

”Vi vet vad vi så att säga vill ha och så vet också avdelningen vad vi vill ha”

”Samma saker går vi igenom som förut men nu blir det bara mycket mera systematiskt”

”Den kategoriserar och hjälper till att förstå patientens helhetsvård”

9.3.2 Förbättrad kommunikation och förberedelse

Det kom fram tydligt i intervjuerna med personalen på avdelning A, att användningen av den kirurgiska checklisten ledde till att kommunikationen mellan medlemmarna i teamet förbättrades. Personalen blev bättre på att kommunicera sinsemellan eftersom den kirurgiska checklisten gick igenom högt. Detta gjorde att alla medlemmar i teamet fick information om patienten samt att sjukskötarna i ett tidigt skede fick ta del av anestesiläkarens och kirurgens planer och därför kunde de förbereda sig bättre inför operationen. Att personalen bättre kunde förbereda sig gjorde också arbetet smidigare. Personalen upplevde att den kirurgiska checklisten gjorde att kirurgen blev bättre på att ge såväl preoperativa som postoperativa vårdinstruktioner.

”Den öppnade på något sätt kommunikationen i salen och det kändes som om det inte fanns några sådana hemligheter som att kirurgen vet någonting utan nu berättade de sina egna hemligheter och tankar även åt vårdpersonalen”

”Det här underlättar ändå vårt jobb när sakerna går igenom före”

9.3.3 Eftertanke

Att medlemmarna i teamet stannar upp och går igenom den kirurgiska checklistan tillsammans ger även möjlighet till eftertanke. Teamet samlas och tänker efter vad de tillsammans skall göra. En del av de intervjuade på respektive avdelningar tyckte att det var bra att stanna upp och tillsammans, en kort stund, ge tid åt teamet eftersom personalen var van att hela tiden vara i farten. Därför ansåg personalen att var det bra att teamets medlemmar kunde ta en kort paus för att stanna upp och samla sina tankar. Dock upplevde personalen att det var lite ovant i början.

”Teamet stannar upp så att säga 10 sekunder och funderar på vad de tillsammans skall göra”

9.3.4 Ökad patientsäkerhet

Att den kirurgiska checklistan förbättrar patientsäkerheten kom starkt fram i intervjuerna på bägge avdelningar. Personalen upplevde att den kirurgiska checklistan gjorde att patienten blev tryggare vårdad än förut. Även eftervården förbättrades genom att till exempel de postoperativa vårdinstruktionerna var i skick. Den kirurgiska checklistan upplevdes också som en trygghet för nya och oerfarna läkare. Användning av den kirurgiska checklistan gjorde dessutom att personalen observerade saker som inte var i ordning innan patienten opererades, eller saker som var viktiga för en lyckad operation och därmed förbättrades patientsäkerheten.

”Ju mera utbyte av personal, anestesiläkare, kirurger desto viktigare är det att det finns sådana här rutiner som håller tåget på rätt spår”

”Det positiva är naturligtvis att det konkret faktiskt går igenom sakerna, därför görs den, att den på riktigt förbättrar patientsäkerheten och inte för att vår statistik skall se bra ut...”

9.3.5 Gemenskap

Främst personalen på avdelning A upplevde att de också lärde känna varandra bättre efter att den kirurgiska checklistan infördes, eftersom de presenterade sig för varandra

samt pratade mera med varandra. Att de gick igenom den kirurgiska checklistan tillsammans gjorde att känslan av gemenskap ökade. Medlemmarna i teamet blev bättre sammansvetsade eftersom många upplevde känslan av att vi gör det här tillsammans. Införandet av den kirurgiska checklistan ledde alltså till att vi-känslan förbättrades. Alla kunde delta i genomgången och allas åsikter var viktiga. Flera uttryckte det som att alla ”blåste åt samma håll”.

”Alla kan delta och ge sina synpunkter på saken så patienten får rätt vård”

”... tidigare kände vi inte riktigt varandra, speciellt när det kom nya kirurger”

9.3.6 Sammanfattning av de positiva faktorerna

Den framkom ganska många positiva faktorer som implementeringen av den kirurgiska checklistan ledde till. Det blev ett systematiskt arbetssätt för personalen som dessutom bidrog till bättre kommunikation och förbättrad patientsäkerhet. Personalen upplevde att arbetet blev lättare att utföra eftersom de, tack vare bättre förhandsinformation från anestesiläkare och kirurg, bättre kunde förbereda sig inför anestesi och operationen. Det var först ovant för personalen att stanna upp mitt i arbetet och samlas en stund men det upplevdes som positivt och som en möjlighet till eftertanke. Att den kirurgiska checklistan gick igenom tillsammans förbättrade även personalens gemenskap och de lärde känna varandra bättre. De positiva faktorerna sammanfattas i figur 5.



Figur 5. Positiva faktorer som implementeringsprocessen ledde till

9.4 Negativa faktorer som implementeringsprocessen ledde till

Den tredje frågeställningens andra del, alltså vilka negativa faktorer som framkom i implementeringsprocessen presenteras här. Materialet kommer från en underfråga i intervjuerna gällande personalens upplevelse av implementeringsprocessen (Bilaga 7 och 8). Resultatet baserar sig även här på båda avdelningarnas resultat visade på följande faktorer: tvång och motstånd, upprepning, tidsbrist och utdragen process samt brist på motivation. Först redovisas de negativa faktorerna i beskrivande form och sedan sammanfattas de.

9.4.1 Tvång och motstånd

Det som de intervjuade på bägge avdelningar upplevde som mest negativt med implementeringsprocessen var att den kändes påtvingad uppifrån, alltså från ledningen. Att bli tvingad väckte en hel del motstånd och minskade även motivationen. Den kirurgiska checklistans implementering upplevdes som någonting negativt som var tvunget att utföras.

”Om man säger att den är obligatorisk så uppstår motstånd”

”... kravet kom uppifrån, det var nog därför det väckte sådant motstånd. Det kom inte från den här avdelningen utan det kom annanstans ifrån”

Det fanns också andra former av motstånd. En del ansåg att den kirurgiska checklistan delvis var onödig för så här har vi alltid gjort och alla vet ju det där. Det upplevdes också som ett sätt för cheferna att skydda sig från vårdfel.

”Den är delvis onödig”

”Implementeringsprocessen var sådan att det kom ett krav kategoriskt att efter detta skall den användas. Det betyder att cheferna tvättar sina händer om man opererar fel sida eftersom de har gett order om att den skall användas och underlåtarna gör sig skyldig till misslyckande om det uppstår ett fel. Det är som om de med denna order kan tvätta händerna, fast jag anser att denna lista inte alls utesluter risken för att operera fel sida”

Motståndet ledde också till att en del personer på såväl avdelning A som på avdelning B, började bete sig oprofessionellt mot sina arbetskamrater vilket ledde till ett negativt arbetsklimat. Flera sjukskötare berättade att de blev utsatta för oprofessionellt bemö-

tande när de försökte få den kirurgiska checklistan gjord. Det upplevdes som svårt att använda den kirurgiska checklistan när anestesiläkaren eller kirurgen vägrade. Denna negativa respons minskade därför användningen av den kirurgiska checklistan.

”... när jag som passare försökte få den gjord när kirurgen kom till salen så skrattades det åt mig och så vägrade kirurgen göra den.”

”Det var inte så trevligt att gå igenom listan med en del kirurger då de började skrika åt dig eller det kom fula svar tillbaka”

”Negativt var kanske just de här att attityderna var liksom ganska negativa...”

9.4.2 Upprepning

Det kändes frustrerande att flera gånger gå igenom samma sak och upprepa. Flera gånger gicks den kirurgiska checklistan igenom fast inte alla var på plats vilket ledde till att samma frågor sedan upprepades. En del av de intervjuade på bägge avdelningar tyckte att det kändes skrattretande att upprepa samma saker. Det kändes även barnsligt att varje gång presentera sig för varandra och att någon gick runt och kollade allas namn. På avdelning A fick teamet först en rapport om patienten från vårdavdelningspersonalen och när patienten kom in på operationssalen gicks delvis samma saker igenom på nytt. Detta upplevdes av en del som lite onödig upprepning. På avdelning B fanns inte samma problematik för de har tyst rapport istället. En annan form av upprepning som uppfattades som negativ var att det måste tjas en hel del på personalen för att de skulle inse checklistans betydelse och börja använda den.

”Det känns onödigt att så många gånger upprepa samma sak eller delvis samma sak”

”... det kändes skrattretande att upprepa samma saker om och om igen”

”Man måste tjata innan det går fram”

9.4.3 Tidsbrist och utdragen process

Det tar en stund att gå igenom den kirurgiska checklistan och det framkom att detta var ett problem eftersom det alltid var bråttom på avdelning A så väl som på avdelning B. Genomgången upplevdes som långsam. Det blev också en extra belastning för personalen att hinna gå igenom den kirurgiska checklistan och komma ihåg att dokumentera att den var gjord. Speciellt vid omhändertagandet av jourpatienter blev det lätt hänt att den

kirurgiska checklistan lämnades bort på grund av tidsbrist. En del, speciellt i ledande ställningar, upplevde också att själva implementeringsprocessen tog för lång tid.

”Processens tid kunde förkortas”

”Nå den är ännu på hälften. Den är långsam, det har dragit ut för mycket på tiden...”

”Problemet är att det alltid är bråttom på operationssalen”

9.4.4 Brist på motivation

Ett problem som förutom motståndet avsevärt försvårade implementeringsprocessen var en del av personalens brist på motivation. Den grupp som tyckte att den kirurgiska checklistan var någonting positivt och bra, blev mycket frustrerade på de personer som inte var motiverade. De som var positivt inställda hade svårt att förstå varför alla inte tog detta på allvar och ville vara med och genomföra den kirurgiska checklistans implementeringsprocess. Den största yrkesgruppen som den intervjuade upplevde som omotiverade var kirurger.

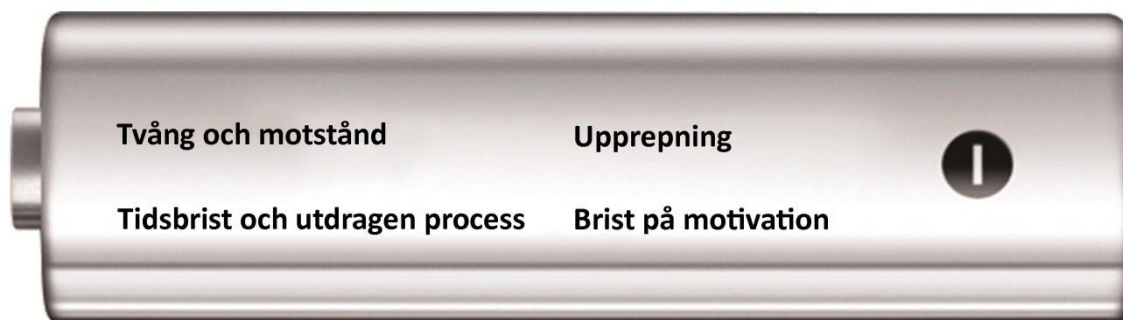
”... enligt mig har vi en del kirurger som inte ännu heller tar det här på allvar, en del är motiverade men inte alla”

”Jag anser att det är en nödvändig sak men alla ser det inte som lika nödvändigt...”

”... jag har åtminstone inte personligen lyckats övertyga kirurgkåren om behovet av den”

9.4.5 Sammanfattning av de negativa faktorerna

De största negativa faktorerna som implementeringsprocessen väckte var motståndet mot den. Framst kändes den påtvingad men upplevdes också som delvis onödig. Motståndet tog sig bland annat uttryck i oprofessionellt beteende och vägran att använda den kirurgiska checklistan, vilket sedan i sin tur ledde till frustration hos dem som ville använda den. Brist på motivation hos en del i personalen skapade också irritation hos de övriga. Införandet av den kirurgiska checklistan förde med sig upprepning av en del information vilket uppfattades av personalen som irriterande. Användningen av den kirurgiska checklistan blev även ett tilläggsmoment i arbetet vilket skapade tidspress hos personalen och ledde till oro för hur de skulle hinna med den samt hur de skulle komma ihåg att dokumentera att den använts. Själva implementeringsprocessen upplevdes också som onödigt lång och uttragen. Se figur 6 för sammanfattning av de negativa faktorerna.



Figur 6. Negativa faktorer som implementeringsprocessen leder till

9.5 De positiva och negativa faktorernas inverkan på implementeringsprocessen

Det framkom i resultatet positiva såväl som negativa faktorer som implementeringsprocessen leder till och dessa faktorer är redovisade var för sig. Dock påverkar dessa positiva och negativa faktorer varandra och kan liknas vid ett laddat batteri som illustreras i figur 7. Det blir en dragningskraft mellan plus och minus. De positiva faktorerna hjälper till att ladda implementeringsprocessen med positiv energi. Ju starkare de positiva faktorerna är laddade, det vill säga hur stark förekomsten av de positiva faktorerna är, desto positivare blir personalens inställning till den kirurgiska checklistans implementeringsprocess eftersom den har positiva följder. Om tyngdpunkten däremot hamnar på de negativa faktorerna blir implementeringsprocessen negativt laddad vilket avsevärt förvärrar implementeringsprocessen eftersom personalen upplever följderna av implementeringsprocessen som negativ. Utopistiskt sett skulle det bara finnas positiva faktorer men tyvärr fungerar det inte så i verkligheten. Alltid när någonting nytt införs leder det till såväl positiva som negativa konsekvenser. De negativa konsekvenserna går delvis att undvika med rätta åtgärder men helt försvinner de inte. Det är därför viktigt att implementeringsprocessens laddning har en positiv tyngdpunkt och att fördelarna med den betonas. Tyngdpunkten av laddningen är dock beroende av hur implementeringsprocessen av den kirurgiska checklisten går.



Figur 7. Batteri laddat med positiva och negativa faktorer

9.6 Kategorier som är betydelsefulla för en lyckad implementering av den kirurgiska checklisten

I detta stycke beskrivs de åtta kategorier som, enligt kvalitativ innehållsanalys av hela materialet, kategoriserades till att vara betydelsefulla för en lyckad implementeringsprocess. Dessa kategorier är: behov; projektledare; stödjande, uppmuntrande och aktivt ledarskap; engagemang och vi anda; gemensamma spelregler; utbildning och öppen kommunikation; anpassning samt feedback. Detta stycke avslutas med en sammanfattning och översikt av de åtta kategorierna.

9.6.1 Behov

För att implementering av den kirurgiska checklisten skall lyckas bör det finnas ett behov. Innan implementeringen startar bör det utredas vilka problem och behov det finns på avdelningen och om det finns ett behov av den kirurgiska checklisten samt vad den kirurgiska checklisten innebär. Att det finns ett behov av den kirurgiska checklisten inger också en känsla av mening hos användarna. Om den kirurgiska checklisten införs utan att det finns ett behov leder det till motsatsen, känsla av meningslöshet, vilket är en negativ känsla och försvårar implementeringsprocessen avsevärt.

”Naturligtvis sedan fråga de sjukhus och avdelningar som använder den, hur det har gått där och speciellt fråga personalen hur den har tagits i bruk”

”Nå jag anser att det är en nödvändig sak...”

Bäst är det om behovet kommer från personalen men oftast kommer behovet uppifrån ledningen och kan då i början, av personalen, upplevas som tvång innan behovet upptäcks och personalen inser meningen med den kirurgiska checklistan. Behovet kan därför vara dolt i början. Studien visar att flera personer i början inte ansåg att det fanns ett behov av den kirurgiska checklistan men efter en tids användning upptäcktes behovet av den. Behovet kom tydligare fram på avdelning A än på avdelning B. Ledningen på avdelning A var intresserad av den kirurgiska checklistan, insåg dess potential samt var en av de första avdelningarna som började använda den inom sjukvårdsdistriktet. Till avdelning B kom den kirurgiska checklistan på grund av att sjukhusledningen ville införa den kirurgiska checklistan på alla deras operativa enheter. Därför kändes den, av personalen, också mera påtvingad eftersom implementeringen kom som en order från ledningen.

”Många gånger har man i efterhand suckat att vad bra att någon sak igen är kontrollerad”

”Jag upplevde först att det inte fanns ett behov, att nog kontrollerar vi dessa saker för vår vård är så högklassig men nu har jag märkt behovet”

9.6.2 Projektledare

Det behövs en projektledare som är nyckelpersonen och håller i trådarna. Lite som spindeln i nätet. Helst bör denna person vara fast anställd på avdelningen och ha en position som gör att han eller hon har möjlighet att påverka. Projektledaren bör även göra detta av fri vilja för att resultatet skall bli så bra som möjligt. Projektledaren bör ha ett genuint intresse och söka information om den kirurgiska checklistan samt orka påminna personalen om den. Projektledaren uppgift är inte bara att informera om den kirurgiska checklistan utan att även fungera som den person som personalen kan vända sig till med frågor och feedback. Projektledaren skall inge trygghet åt personalen. På avdelning A var biträdande avdelningsföreståndaren projektledare. På avdelning B kan avdelningschefen uppfattas som projektledare. Det framgår ur materialet att det även fanns två ansvarspersoner på avdelning B.

”En av operationsavdelningen utsedd person som skötte och skötte bra”

”N.N. var intresserad av saken och åkte iväg för att skaffa mera information som N.N. sedan hämtade till avdelningen”

”Jag tycker vi hade ganska bra introduktion. Vi hade N.N.”

”N.N. hämtade information och orkade påminna oss via email och på möten om dennes nödvändighet”

9.6.3 Stödjande, uppmuntrande och aktivt ledarskap

Om personalen framgångsrikt skall börja använda den kirurgiska checklistan bör även ledningen vara av den åsikten att den kirurgiska checklistan är viktig. Om inte ledningen inser betydelsen av den kirurgiska checklistan blir inte heller implementeringen lyckad. Då uppstår det lätt negativa känslor hos personalen som t.ex. ”Varför skall jag göra detta om inte min chef tycker att detta är viktigt eller gör detta?” Med andra ord är det viktigt att ledningen stödjer och uppmuntrar sin personal och att personalen upplever att ledningen är med på detta och hjälper till.

”N.N. talade inte så mycket om den. Kanske N.N. inte ansåg att den var så viktigt”

”Jag tycker att ledningen stödde tanken om att detta är viktigt och jag fick en känsla av att ledningen ville förbinda oss till detta, att detta är allas vår gemensamma sak”

”Vi hade avdelningsledningen starkt med i början och fortsättningsvis uppmuntrar de oss att använda den”

Det krävs även att ledningen är aktivt med och snabbt tar itu med problem som kan uppstå under en implementeringsprocess. En del problem som framkom i intervjuerna var motstånd och oprofessionellt beteende gällande användningen av den kirurgiska checklistan. Det är viktigt att ledningen snabbt tar itu med sådana problem för att undvika att negativa känslor sprids och därmed även försvårar implementeringen.

”Under resans gång när det har kommit en del problem emot har de nog tagit tag i dem och försökt få användningen av checklistan korrekt”

”De är inte närvarande överhuvudtaget. Inte ser vi cheferna i vårt dagliga arbete”

”Motståndet är nog största utmaningen”

Om ledningen ger order åt eller tvingar personalen att börja använda den kirurgiska checklistan kan det leda till att negativa känslor uppstår och att bland annat motståndet ökar, vilket även avspeglar sig på personalens inställning till den kirurgiska checklistan. Motstånd mot nya saker är normalt, men det är viktigt att det inte får ta överhanden.

Ledningen bör ta på allvar de orsaker som ger upphov till motstånd och åtgärda dem på ett bra sätt. Om inte motståndet bemöts på rätt sätt av ledningen kan det övergå till känslor av maktlöshet, frustration och uppgivenhet hos personalen. Att bli tvingad minskar personalens engagemang. Det bästa vore om ledningen kunde undvika uppifrån kommande order åt personalen och undvika tvång.

”Det får inte bli för stark uppfattning eller intryck av att sjukvårdsdistriktchefen har bestämt och ledningsgruppen har behandlat att nu tar vi det här i bruk”

”Det kom ett krav om att nu skall den börja användas och efter det började människorna gå igenom listan”

”Undvik tvångssmak i munnen”

”... i början blev det lite påtvingat, så det blev lite tvångssmak i munnen”

Det är viktigt att komma ihåg att när det gäller operationssalen förekommer det flera olika former av ledarskap och det finns även flera ledare eftersom olika personer fungerar som ledare i olika sammanhang på operationssalen. Eftersom den kirurgiska check-listan används på operationssalen är det av stor betydelse att ledarskapet fungerar även där och att ledningen stödjer och uppmuntrar detta ledarskap och inte glömmer bort det.

”... om man tänker på arbetet på operationssalen så är det teamarbete men å andra sidan skiljer sig det här teamarbetet från de flesta andra ställen eftersom här finns många ledare”

”När det gäller användningen var nackdelen att jag själv måste vara stark och samla teamet. Man måste som anestesiläkare i början ganska mycket motivera teamet... och nog kändes det som en ganska tung och överflödigt börda. Jag skulle gärna ha låtit bli att göra det men jag kunde inte eftersom det var obligatoriskt”

9.6.4 Engagemang och vi-anda

För att implementeringen av den kirurgiska checklisten skall gå lättare är det mycket viktigt att få hela personalen engagerad. Om det redan på avdelningen finns en vi-anda eller ”blåser åt samma håll” teamkänsla är mycket vunnet. Likaså om klimatet på avdelningen är öppet för förändring.

”Alla ville delta och var villiga att binda sig. Man behövde inte locka”

Det kan vara lättare att få personalen engagerad om initiativet till förändring kommer från personalen. Oftast är det dock så att initiativet kommer uppifrån, från ledningen,

vilket kan försvåra implementeringen. Det är viktigt att alla yrkesgrupper som berörs av implementeringen tillsammans arbetar med implementeringen och tillsammans förbin-der sig att göra sitt bästa. För att engagera personalen är det bra med förebilder från olika yrkesgrupper som är positivt inställda till den kirurgiska checklistan och kan de därmed påverka personalens inställning positivt genom att marknadsföra denna. På av- delning A fanns det redan en stark vi-anda, vilket underlättade implementeringen. Sjuk- skötarna har dock spelat en stor roll genom sitt positiva förhållningssätt till den kirur- giska checklistan på båda avdelningarna.

”Det var inte alls endast sjukskötarnas eller endast läkarnas utan tillsammans förde vi det framåt”

”Det skall absolut starta från alla olika yrkesgrupper och gemensamt. Inte olika meeting, olika utbild- ningsmöjligheter utan gemensamt”

”Jag skulle säga att sjukskötarna naturligtvis har varit den kritiska yrkesgruppen, andra också, men utan deras positiva förhållningssätt skulle det ha kunnat gå sämre”

”Alla kan säkert skryta om sina avdelningar men här har vi så att när vi blir motiverade av någonting så kör vi med full kraft för här är så bra samarbete”

”Den måste fås sådan att den är gemensam”

Det framkom ganska tydligt i materialet att en del yrkeskårer, speciellt kirurger, inte var lika engagerade som resten av personalen. En orsak kan vara att kirurgerna har gått igenom sin egen checklista innan de kommer till operationssalen och är därför inte så in- tresserad av en till. En annan orsak kan vara att kirurgerna upplever att den kirurgiska checklistan inte riktigt berör dem utan att den mera gäller anestesiläkarna. Det är en stor utmaning att få med alla och få alla som berörs av implementeringsprocessen engage- rade.

”I ortopedin har det varit svårt för alla där sätter inte riktigt värde på checklistan”

”Den här har inte ändrat på någonting för när jag kommer till salen har jag ändå personligen gått igenom patientens papper, försäkrat mig om att det är rätt patient, tittat på röntgenbilder...”

”Att få kirurgerna eller operatörerna engagerade är kanske det viktigaste”

9.6.5 Gemensamma spelregler

Det är även viktigt att alla vet vilka spelregler som gäller och att reglerna är lika för alla för att undvika missuppfattningar. Innan implementeringen av den kirurgiska checklis-

tan startar bör alla gemensamt bestämma vem som är ansvarig för utförandet av de tre olika delarna i checklistan, hur checklistan skall utföras samt hur den skall dokumenteras. Även startdatumet skall helst bestämmas gemensamt. Om alla sedan använder checklistan på samma sätt så blir även resultatet av implementeringsprocessen bättre och förvirring, missuppfattningar och osäkerhet förhindras och förebyggs.

”... vi funderade i små grupper hur den här checklistan praktiskt skall användas och hur det skall lyckas”

”Sedan bestämde vi tillsammans hur den skulle tas i bruk på salen”

”... om listan inte går igenom i ordningsföljd tolkar de det som om den inte var gjord och sätter inte ett kryss”

”... det var bra att det var bestämt hur vi gör. Att alla gjorde så, det förband människorna att göra så...”

9.6.6 Utbildning och öppen kommunikation

Utbildning är A och O för att någonting skall fungera. När det gäller implementeringen av den kirurgiska checklistan behöver personalen få mycket information i olika former och fortlöpande. Det är en utmaning att få ut information till alla och att få alla berörda att komma på utbildningstillfällena. Utbildning bör ske både i stor grupp med alla tillsammans såväl som i små grupper. Det är viktigt att personalen förstår vad det handlar om, är insatt i ämnet och förstår checklistans betydelse. Motiveringen ökar om det förklaras varför.

”Det förklarades inte riktigt varifrån den kommer”

”Omfattande och bra gick det igenom”

”Vi gick igenom den på morgonmötet och så fick vi information via email. Så hölls det också ett flertal informationstillfällen. Också efter att den tagits i bruk har den gått igenom”

Inte bara personalen bör noggrant och grundligt informeras om den kirurgiska checklistan och dess syfte. Även utomstående som besöker avdelningen tillfälligt eller för en viss tid bör informeras om den och dess användning. Samma sak gäller nyanställd personal.

”Jag tror att där har det varit mera prat i korridorerna och med dem som gått förbi”

”... men jag tror att också längs med vägen när det kommer nya anestesiläkare så bör det poängteras att det här är någonting vi har här. Det är någonting som bör göras. Det är inte valbart”

Öppen kommunikation är viktig. Att personalen vågar ifrågasätta saker och ting. Personalen bör även ges möjlighet att ställa frågor och våga öppet diskutera sina funderingar med varandra och ledningen. Öppen kommunikation ökar förståelsen för den kirurgiska checklistan.

”... jag kan påverka genom att säga min åsikt högt. I alla fall ger det upphov till diskussion och om någon är av annan åsikt ger det möjlighet att diskutera varför”

”Här har det alltid kunna diskuteras konstruktivt och det kom bra fram de misstankar som fanns, att den inte skulle ha någon märkbar fördel och att så här har vi alltid gjort. De som pratade för den berättade varför den behövs”

”... de motiverade varför den behövs, några ansåg att den fördröjde, men det ledde till en riktigt bra diskussion”

För att utbildningen skall vara bra och fungerande behövs resurser. Det lönar sig att även satsa på material som underlättar för personalen att komma ihåg den kirurgiska checklistan i sitt dagliga arbete. Båda avdelning A och B laminerade den kirurgiska checklistan och såg till att den fanns på varje operationssal. Detta underlättade betydligt personalens användning av den kirurgiska checklistan.

”Vi laminerade ju dom här checklistorna till alla salar också så att dom skulle synas så att alla går igenom dom”

9.6.7 Anpassning

Innan den kirurgiska checklistan implementeras bör den anpassas efter avdelningens behov. Detta för att alla operationsavdelningar är olika med olika behov beroende på verksamhet. Det är viktigt att checklistan känns som någonting eget och inte som någonting som är massproducerat utomlands. Även kulturen i olika länder skiljer sig märkbart från varandra. Här upplevdes till exempel punkten där personalen skall presentera sig för varandra som mycket löjlig, onödigt och barnsligt då teamet redan känner varandra. Denna punkt kan däremot vara viktig om det kommer nya, utomstående personer in i operationssalen eller om det är frågan om en stor operationsavdelning.

”Kanske några punkter kunde göras annorlunda och anpassas bättre till Finland. Jag kan inte direkt ge exempel men ibland känns det som det inte är en inhemsk produkt”

”... detta var en kopierad sak som inte passar som sådan”

”Det är sådant att någonstans ifrån nappar man någon lista och så börjar man använda den hos oss när det nu en gång är på mode”

”Det kändes ganska dumt att presentera sig varje morgon”

Om den kirurgiska checklistan skräddarsys för avdelningen så minskar även att det förekommer dubbelrapportering eller upprepning. Upprepning ger ofta upphov till frustration och flera sjukskötare och anestesiläkare gav i intervjun även uttryck för sin oro för hur patienten upplever detta.

”Är det plågsamt för patienten att höra på när vi går igenom dessa saker, blir patienten rädd eller upplever patienten att vi inte kan vårt jobb när vi ännu en gång måste kontrollera sakerna”

”Jag tror att patienten blev förvirrad av att vi frågade samma saker många gånger”

Efter att den kirurgiska checklistan har tagits i bruk är det också viktigt att på nytt se om den behövs redigeras.

”Den är lite redigerad under tidens gång för användningen visar vilka frågor och vilka saker som är de nödvändigaste. Så den har under resans gång redigerats utifrån det”

”Om jag skulle göra det på nytt skulle jag ge varje enhet listan och säga att här finns 10 % anpassningsmöjlighet”

9.6.8 Feedback

Feedback är viktigt för att personalen skall orka och vilja fortsätta använda den kirurgiska checklistan. Det är viktigt att personalen får fortlöpande information om vad deras användning av den kirurgiska checklistan har lett till. Utan feedback finns det risk att personalen tröttnar på användningen om de inte får bekräftat att det leder till någonting positivt. Det bästa vore om det gick att påvisa att efter införandet av den kirurgiska checklistan har till exempel postoperativa infektioner sjunkit med så och så många procent. Dock kan det vara en stor utmaning i att kunna mäta detta och ibland kan det även vara omöjligt.

”... vi har också fått bra feedback under den här processen och hälsningar från statistiken hur det har gått. Det har motiverat oss att använda den...”

”... det är inte undersökt i Finland och de får inga helhetsrapporter om till exempel hur många sjukhusinfektioner det finns på det här sjukhuset, hur många som dör på grund av operationer, om man skulle få en sådan här feedback skulle det vara en enorm sak men då är det en större sak”

”Feedbacken borde fås som en utmaningslista, att på vårt sjukhus är sårinfektionerna så här många och till exempel hur bra har antitrombosprofylaxen lyckats och när har den getts...”

Att använda sig av så kallade ”morötter” ökar personalens motivation att fortsätta använda den kirurgiska checklisten. Hurdan ”moroten” är kan variera från avdelning till avdelning. Avdelning A och B: s enhetschef utlovade till exempel kaffe och bulla till den operationsavdelning som var månades bästa på att använda den kirurgiska checklisten.

”Enligt mig är det bra förberett och just den här motiveringen har skötts bra, vi har fått feedback och kaffe med bulla och det har faktiskt varit behov av det. Det har bidragit till den här utvecklingen”

”... om man får någon belöning så brukar det gå bättre”

”Ja det gäller att fundera på den där belöningen...”

9.6.9 Sammanfattning av de kategorier som är betydelsefulla för en lyckad implementering av den kirurgiska checklisten

Det framkom ur materialet åtta kategorier som visade sig vara betydelsefulla för en lyckad implementering av den kirurgiska checklisten. För det första bör det finnas ett behov av den kirurgiska checklisten. Helst borde behovet komma från personalen och inte från ledningen men så är inte alltid fallet. Sedan behövs det en engagerad projektledare som håller i trådarna och en ledning som stödjer och uppmuntrar sin personal. Ledarskapet bör vara aktivt och snabbt kunna ta tag i problem när de dyker upp samt lösa dem på bästa sätt. Det är viktigt att ledningen även på operationssalen stödjer och uppmuntrar det ledarskap som uppkommer i samband med genomgången av den kirurgiska checklisten. För att få personalen att delta i implementeringsprocessen krävs engagemang och en vi-anda. Detta eftersom det är mycket viktigt att alla är engagerade och deltar i implementeringsprocessen. För att alla sedan skall veta vad som gäller och hur den kirurgiska checklisten skall användas krävs att det görs upp gemensamma spelregler som alla som deltar i implementeringsprocessen kommer överens om och känner till. Det är av stor betydelse att personalen får utbildning och att det förs och en öppen kommunikation. Innan den kirurgiska checklisten tas i bruk bör den anpassas utifrån avdelningens behov och därefter fortlöpande anpassas om behov finns. För att personalen skall bli motiverade att fortsätta använda den kirurgiska checklisten behöver personalen få fortlöpande feedback i olika former.

Varje kategori är viktig och det rekommenderas att alla kategorier tas i beaktande i implementeringsprocessen. Om en kategori lämnas bort påverkas implementeringsprocessen negativt. Figur 8 visar en sammanställning av de kategorier som är betydelsefulla för en lyckad implementeringsprocess.



Figur 8. Kategorier som är av betydelse för en lyckad implementering av den kirurgiska checklisten

10 DISKUSSION

I detta avsnitt diskuteras resultatet ur olika synvinklar. Först diskuteras resultatet i förhållande till frågeställningarna. Sedan diskuteras resultatet i förhållande till tidigare forskning samt till den teoretiska referensramen. Efter det följer en syntes av resultatet och avslutas med en diskussion om framtiden.

10.1 Resultatet i förhållande till frågeställningarna

Den första frågeställningen handlar om hur implementeringsprocessen har sett ut. I intervjuerna har personalen ganska kortfattat beskrivit hur implementeringsprocessen har förlöpt på respektive avdelning och resultatet ger därför en grundförståelse för de två implementeringsprocesserna. För att få en djupare förståelse för hur implementeringsprocessen har sett ut skulle specifika intervjufrågor behövas. Dock kan det i resultatet av den första frågeställningen utläsas olika faktorer som har påverkat implementeringsprocessen. På avdelning A var arbetsklimatet öppet för förändringar och genomsyrades av att allting gjordes gemensamt. Där fanns också en aktiv projektledare och stödjande och uppmuntrande ledarskap. Avdelning B:s arbetsklimat var däremot inte lika öppet utan där fanns mera motstånd mot den kirurgiska checklisten. Tillvägagångssätt för utbildning var dock liknande på båda avdelningarna men på avdelning B framkom det att utbildningen inte hade nått hela personalen. Sammanfattningsvis visar resultatet på att implementeringsprocessen gick bättre på avdelning A än på avdelning B.

Den andra frågeställningen handlar om hur personalen upplevde implementeringsprocessen av den kirurgiska checklisten. Trots att de intervjuade även här gav ganska korta svar, ger personalens upplevelser av den kirurgiska checklistans implementeringsprocess värdefull information. Ur materialet framkommer det att de flesta i personalen på avdelning A upplevde implementeringsprocessen av den kirurgiska checklisten som positiv medan personalen på avdelning B upplevde implementeringsprocessen som ganska negativ och mödosam. Båda avdelningarna stötte i början på motstånd mot den kirurgiska checklisten vilket ledde till att en del av personalen blev utsatt för oprofessionellt bemötande från sina arbetskamrater. Avdelning A lyckades dock ganska snabbt få bukt

på detta genom ett aktivt ledarskap medan resultatet tyder på att det oprofessionella beteendet pågick längre på avdelning B. Resultatet från den andra frågeställningen belyser också att det tar tid innan personalen vänjer sig vid den kirurgiska checklistan, men när de väl vände sig ansåg de flesta att den kirurgiska checklistan är viktig och nödvändig samt en del av arbetsrutinerna.

Den tredje frågeställningen tar upp vilka positiva och negativa faktorer som har framkommit i implementeringsprocessen. I materialet framkommer det flera positiva och negativa faktorer. De positiva faktorerna som framkom är systematisering, förbättrad kommunikation och förberedelse, eftertanke, ökad patientsäkerhet samt gemenskap. De negativa faktorerna som framkom är tvång och motstånd, upprepning, tidsbrist och utdragen process samt brist på motivation. Resultatet från denna frågeställning bidrar till grunden för de kategorier som är av betydelse för en lyckad implementering av den kirurgiska checklistan. De positiva faktorerna visar på vad en lyckad implementeringsprocess leder till medan de negativa faktorerna ger information om vilka problem som kan uppstå och som behöver förebyggas för att implementeringen skall lyckas. Till exempel är det viktigt att personalen inser behovet av den kirurgiska checklistan. Brist på motivation framkom som negativ faktor och en orsak var att personalen inte insåg behovet av den kirurgiska checklistan och därmed upplevde implementeringsprocessen som onödig. Sammanfattningsvis kan sägas att den tredje frågeställningen besvarades utifrån materialet och att resultatet är betydelsefullt för de kategorier som påverkar implementeringsprocessen positivt.

10.2 Resultatet i förhållande till tidigare forskning

Verdaasdonk och medförfattare (2009, s. 715-726) och Thomassen och medförfattare (2011, 1-7) anser att för att implementering av den kirurgiska checklistan skall lyckas bör det först finnas ett behov eller problem och den kirurgiska checklistan bör vara lösningen på det behovet eller problemet. I resultatet av studien framkommer det att de flesta upptäckte att det fanns ett behov av den kirurgiska checklistan efter en tids användning. Behovet var alltså i början dolt för en del av personalen. Den här studien stöder starkt kravet på att det bör finnas ett behov som den kirurgiska checklistan kan fylla innan implementeringen startar. När personalen insåg behovet ökade deras motivation

för implementeringsprocessen betydligt och enligt Verdaasdonk och medförfattare (2009, s. 715-726) beror implementeringsprocessens framgång på personalens motivation och villighet att använda den kirurgiska checklistan.

Enligt Carney och medförfattare (2010, s. 272) var målet för implementering av den kirurgiska checklistan att öka personalens medvetenhet om teamarbete och kommunikation samt introducera ett arbetsredskap som förbättrar patientsäkerheten. Resultatet från studien visar att båda avdelningarna har uppnått önskat resultat enligt Carney och medförfattare. Det kom tydligt fram att personalen upplevde att införande av den kirurgiska checklistan förbättrade patientsäkerheten. När det gällde teamarbete och kommunikation så upplevde personalen att även det förbättrades. Dock försvårade motståndet mot den kirurgiska checklistan personalens möjlighet till teamarbete och kommunikationen.

I litteraturen betonar bland annat Semel och medförfattare (2010, s. 1594) betydelsen av ledningens aktiva deltagande samt samarbetet mellan ledningen och personalen för en lyckad implementering av den kirurgiska checklistan. Ledningen bör själv vara förtroende motiverade och även motivera sin personal. När det gäller ledarskap visade studien att det är viktigt med ett aktivt, stödjande och uppmuntrande ledarskap. Detta framgick speciellt tydligt på avdelning A. Personalen där upplevde att ledningen tyckte att implementeringen av den kirurgiska checklistan var viktig och att ledningen stöttade och uppmuntrade sin personal att använda den kirurgiska checklistan. Enligt Nilsson och medförfattare (2010, s. 180) är implementeringen av den kirurgiska checklistan svår utan engagemang från ledningen. På avdelning B upplevde en del av personalen att ledningen inte var engagerad vilket tydligt påverkade implementeringen negativt.

Conley och medförfattare (2011, s. 873-878) betonar också betydelsen av resurser som förklarar varför och visar hur för personalen. Båda avdelningarna hade resurser att utbilda personalen men på avdelning B framkom det att avdelningen inte helt lyckats med att förklara varför och visa hur för hela sin personal. Personalens brist på förståelse kan därför vara en orsak till att motståndet mot den kirurgiska checklistan var starkt eftersom personalen inte förstod syftet med den kirurgiska checklistan. Enligt Askarian och medförfattare (2011, s. 293-297) är det viktigt att både sjukhusets ledning och personal uppskattar den kirurgiska checklistans värden för att implementeringen skall lyckas.

as. På avdelning A framgick det att ledningen lyckats förmedla sin positiva inställning till den kirurgiska checklisten vidare till personalen. Däremot gjorde brist på tillräckligt information att personalen, speciellt på avdelning B, i början hade svårt att förstå den kirurgiska checklistans värde. Enligt Conley och medförfattare (2011, s. 873-878) beror implementeringsprocessens resultat på implementeringsledningens förmåga att övertygande förklara varför och visa hur checklisten skall användas. På avdelning A fanns det en projektledare som enligt personalen gjorde ett bra jobb med att informera och påminna dem om den kirurgiska checklisten. Projektledarens aktiva roll kan vara en av orsakerna till att implementeringsprocessen gick smidigare på avdelning A än på avdelning B.

Conley och medförfattare (2011, s. 873-878) såväl som Böhmer och medförfattare (2012, s. 337) och Norton & Rangel (2010, s. 61-69) tog upp hur viktigt det är att den kirurgiska checklisten bör anpassas lokalt av personalen för att göra personalen delaktig. Resultatet av studien visade att trots att det skedde en viss anpassning av den kirurgiska checklisten, speciellt på avdelning A, så framgick det i förbättringsförslagen från personalen att den borde ha anpassats ännu mera. Personalens delaktighet undersöktes i fråga nummer 3 i intervjun (Se bilaga 7, 8) och det visade sig att personalen inte upplevde delaktighet i förhållande till att anpassa den kirurgiska checklisten. Däremot upplevde personalen delaktighet i förhållande till att använda den kirurgiska checklisten och på så sätt påverka implementeringsprocessen. Enligt Verdaasdonk och medförfattare (2009, s. 715-726) och Styer och medförfattare (2011, s. 590-597) bör också själva införande av den kirurgiska checklisten föregås av en försöksperiod och utvärdering. Detta skedde på avdelning A där den kirurgiska checklisten först tog i bruk i liten skala och sedan efter att den utvärderats och finslipats, tog i bruk på hela avdelningen. Personalen upplevde detta som positivt. Det framgick inte i resultatet om även avdelning B först testade den kirurgiska checklisten i liten skala.

Enligt Fourcade och medförfattare (2012, s. 191-192) är det viktigt att ledningen först identifierar hinder för en lyckad implementering. Det framkom inte i studien om ledningen på de båda avdelningarna hade identifierat vilka hinder det fanns innan implementeringsprocessen startade. Det enda som framgick var att ledningen var medveten om att implementeringsprocessen skulle stöta på motstånd från personalens sida. Four-

cade och medförfattare (2012, s. 191-192) ger bland annat kulturella skillnader som exempel på hinder. Det framgick tydligt att personalen tyckte att det var obehagligt och onödigt att högt presentera sig för varandra varje gång den kirurgiska checklistan gick igenom. Detta kan bero på att vi har en annan kultur i Finland än utomlands och att personalomsättningen här är låg och operationsenheterna små. Ali och medförfattare (2011, 139) tog bland annat upp tidsbrist som hinder för en bra implementering av den kirurgiska checklistan. I studiens resultat framgick att tidsbrist var en negativ faktor orsakad av implementeringsprocessen. Personalen upplevde att det annars också är tillräckligt stressigt på operationssalen och nu kom det en sak till som personalen ytterligare måste hinna med innan operationen startade. Det framgick också att när det var riktigt bråttom så antingen glömdes eller lämnades den kirurgiska checklistan bort. Ali och medförfattare (2011, s. 139) tar även upp brist på motivation som hinder för en lyckad implementering och det framgick mycket tydligt i studien att personalens brist på motivation försvårade implementeringen avsevärt.

Enligt Nilsson och medförfattare (2010, s. 180) innebär en lyckad implementering en full överenskommelse från alla inblandade om rutinerna gällande den kirurgiska checklistan. Detta syntes tydligt på avdelning A där de, innan implementeringen startade, gemensamt kom överens om vilka regler som gällde. Målet var att alla skulle göra lika. Böhmer och medförfattare (2012, s. 337) och Styer och medförfattare (2011, s. 590-597) tog upp i sin studie upp hur avdelningen kan samla en liten grupp personer från olika yrkeskårer som är positivt inställda till den kirurgiska checklistan och som sedan kan påverka resten av personalens attityder i positiv riktning. På avdelning A framkom det ur intervjuerna att det fanns flera starka ledande personer ur olika yrkeskårer som hade en mycket positiv inställning till den kirurgiska checklistan och därmed skapade en positiv attityd på avdelningen. På avdelning B kunde det kanske ha behövts flera ledande personer inom olika yrkeskårer som aktivt och öppet förhöll sig positivt till den kirurgiska checklistan.

I litteraturen tog Conley och medförfattare (2011, s. 873-878) och Styer och medförfattare (2011, s. 590-597) fram betydelsen av att personalen får feedback. Det framkom även i studiens resultat att feedback är viktigt för att motivera personalen att fortsätta använda den kirurgiska checklistan. På avdelning A upplevde personalen att de hade fått

positiv feedback från ledningen, bland annat kaffe och bulla. Avdelning B:s feedback bestod mera av att öka personalen användning av den kirurgiska checklistan. Styer och medförfattare (2011, s. 590-597) tar även upp att den kirurgiska checklistan sedan standardiseras och blir en rutin på avdelningen. Både avdelning A och B uppger att den kirurgiska checklistan nu är rutin och hör till deras arbetsuppgifter. Användningen av den kirurgiska checklistan är kanske lite mera rutin på avdelning A än på avdelning B eftersom avdelning A har fortfarande lite högre användningsprocent än avdelning B. Sammanfattningsvis kan dock sägas att resultatet stöds av tidigare forskning.

10.3 Resultatet i förhållande till den teoretiska referensramen

När det gäller själva implementeringsprocessen kom Guldbrantssons (2007, s. 16-18) fram till att nyckelbegrepp i implementeringsprocessen är idé, behov, metod, beslut, planering, förändring, integrering, utvärdering, anpassning och institutionalisering. Avdelning A fick sin idé om att införa den kirurgiska checklistan betydligt tidigare än avdelning B. Avdelning A var mera som en föregångare och sedan efter en tid ansåg sjukhusledningen att den kirurgiska checklistan bör införas på alla deras operativa enheter, vilket gjorde att idén sedan kom till avdelning B. Behovet och syftet var klart hos båda avdelningarna. Däremot ansåg en del personal på avdelning B att det inte gjorts en ordentlig utredning av vilka problem avdelningen egentligen hade innan implementeringsprocessen startade. Metoden och resurserna var lika på de båda avdelningarna eftersom de hörde till samma ATEK klinik och implementerade samma sak. Implementeringsprocessen har ändå varit lyckad eftersom den kirurgiska checklistan nu är integrerad och institutionalisering på de båda avdelningarna. Utvärdering och anpassning av den kirurgiska checklistan kunde kanske ändå ha varit lite bättre.

Om resultatet av studien tolkas utifrån Kotters (1995, s. 60-67) syn på implementeringsprocessen så fastställdes det först att det fanns ett behov av den kirurgiska checklistan eftersom den förbättrar patientsäkerheten. Ledningen på de båda avdelningarna ansvarade för implementeringsprocessen och utbildning ordnades där visionen och strategierna för implementeringsprocessen delgavs personalen. Att sedan uppmuntra personalen att delta i visionen gick bättre på avdelning A än på avdelning B. På avdelning B fanns det även svårare hinder för implementeringsprocessen som behövde röjas. På avdelning

A upplevde personalen att ledningen aktivt tog itu med de hinder som uppstod. Personalen på avdelning A fick dock mera belöning för sitt arbete än personalen på avdelning B. Det kan bero på att avdelning A uppvisade bättre resultat gällande användningen av den kirurgiska checklistan. Det framgick inte tydligt i resultatet hur den kirurgiska checklistan sedan utvärderades och förbättrades innan den institutionaliserades på båda avdelningarna.

Kinnunens (2008, s. 94) implementeringsprocess är liknande som Kotters men delar alltså in implementeringsprocessen i tre faser i stället för i 8 faser som Kotter gör. Kinnunens (2008, s. 94) planeringsfas tar just upp betydelsen av att först kartlägga möjliga problem och hurdana möjligheter det finns för att lyckas lösa dem. Det var detta som en del av personalen upplevde att avdelning B borde ha gjort först. Enligt Kinnunen (2008, s. 94) bör det sedan bildas en grupp med en stark teamkänsla som har tid och lust att engagera sig även efter att implementeringsprocessen är avklarad. Denna grupp bör sedan leda implementeringsprocessen. Det framkom dock inte helt tydligt i resultatet vem som utöver projektchefen på avdelning A och avdelningschefen på avdelning B ledde implementeringsprocessen. Projektchefen på avdelning A upplevdes av sin personal som engagerad och intresserad.

Enligt Kinnunen (2008, s. 94) bör alla erbjudas möjlighet att delta i utbildning vilket också personalen på båda avdelningarna erbjöds. Dock framgick det att alla inte kom på utbildningarna. På båda avdelningarna var det ett problem att locka hela personalen att gå på de utbildningar som erbjöds. Kinnunen (2008, s. 94) poängterar också att alla delparter bör motiveras, stödjas och uppmuntras. Motivation, stöd och uppmuntran av personalen kom starkast fram på avdelning A. För att det nya arbetssättet skall bestå bör fördelarna, enligt Kinnunen (2008, s. 94), vara fortlöpande. Resultatet visar på att fördelarna av den kirurgiska checklistan troligtvis kommer att vara fortlöpande och att den kirurgiska checklistan nu är en del av arbetssättet.

Enligt Greenhalgh och medförfattare (2004, 594- 612) är innovationer som har en klar och tydlig fördel lättare att adoptera och implementera. Det tog dock en tid innan de flesta användare insåg fördelen med den kirurgiska checklistan men när de väl gjort det, ville de inte bli av med den kirurgiska checklistan.

Studien önskar förbättra patientsäkerheten genom att ta fram riktlinjer som förbättrar implementeringen av den kirurgiska checklisten. I materialet framgår det att de intervjuade ofta nämnde patientsäkerhet och diskuterade hur patientsäkerheten har förbättras på avdelningen samt hur den fortsättningsvis kan förbättras. Resultatet av studien visar att implementering av den kirurgiska checklisten förbättrar patientsäkerheten. Syftet med den kirurgiska checklisten var att den, rätt utförd, skall täppa till ett eller flera hål i Reason's (2000, s. 768-769) schweiziska ostmodell eller överbygga ett eller flera av Cook's (2000, s. 791-794) definierade gap och på så sätt förhindra att avvikelserna når patienten. Personalen upplevde att den kirurgiska checklisten fångade upp viktig information som annars kunde ha gått obemärkt förbi och lett till skada för patienten. Dock varierade personalens användning av den kirurgiska checklisten från att inte alls användas till att delvis eller helt användas. Orsaker som framkom var tidsbrist, glömska och brist på motivation samt motstånd. Detta gjorde att den kirurgiska checklistans funktion som skyddsnet eller som barriär inte helt fungerade så som det var tänkt. Glömska hör enligt Reason (2000, s. 768-769) till individfel. Personalens glömska skapar problem eftersom den kirurgiska checklisten skapades för att underlätta för personalen att komma ihåg att fråga de frågor som är av betydelse för patientens operation. Men på grund av glömska kommer inte personalen alltid ihåg att använda den kirurgiska checklisten.

Dekker (2007, s. 131-133) tar upp att mänskliga misstag kan delas in i två nivåer; individuell och organisatorisk. Den kirurgiska checklisten är en organisatorisk produkt eftersom den är utvecklad för att förbättra systemet som människorna arbetar i. Personalen i studien upplevde att införandet av den kirurgiska checklista avsevärt förbättrade deras arbete och gjorde det säkrare. De fick ett verktyg som de kunde använda för att upptäcka potentiella risker och i tid förhindra att de blev till skada för patienten. När ledningen gav order om att användning av den kirurgiska checklisten är obligatorisk, upplevde en liten del av personalen att ledningen på så sätt frånsa sig sitt ansvar om en avvikelse skulle uppstå. Istället upplevdes det som om ledningen flyttade över ansvaret på personalen och att det är personalen fel om en avvikelse uppstår på grund av att personalen inte har använd den kirurgiska checklisten.

Den kirurgiska checklistan har mycket gemensamt med Flin och medförfattarens (2010, s. 38-44) icke-tekniska färdigheter (ANTS). Att gå igenom den kirurgiska checklistan kräver uppgiftshantering, teamarbete, situationsmedvetenhet och beslutstagning. Även personalens stresstålighet och trötthet sätts på prov. Resultatet av genomgången av den kirurgiska checklistan visar på vilka icke-tekniska färdigheter personalen besitter. Om personalen har dåliga icke-tekniska färdigheter ökar risken för avvikelser eftersom de inte fångas upp på grund av bristfällig genomgång av den kirurgiska checklistan. Genom att träna personalen i genomgång av den kirurgiska checklistan ökar även personalens icke-tekniska färdigheter. Resultatet visade på att genomgången av den kirurgiska checklistan blev bättre och bättre med tiden på de båda avdelningarna allt eftersom personalen fick träna. Även teamarbetet och kommunikationen på operationssalen, teamets medlemmar emellan, förbättrades avsevärt.

Sammanfattningsvis kan sägas att resultatet av den här studien stöder det som framkommer i teorier om implementeringsprocesser och i teorier om säkerhet.

10.4 Syntes

Syftet med studien var att få fram riktlinjer som är betydelsefulla för en lyckad implementering av den kirurgiska checklistan. Resultatet visar att det bör finnas ett behov, en projektledare, stödjande, uppmuntrande och aktivt ledarskap, engagemang och vi-anda, gemensamma spelregler, utbildning och öppen kommunikation samt anpassning av den kirurgiska checklistan och feedback åt personalen. Alla åtta kategorier är viktiga och tillsammans bildar de riktlinjer för en lyckad implementeringsprocess. Dock kan kategorierna stödjande, uppmuntrande och aktivt ledarskap samt engagemang och vi-anda ses som de viktigaste kategorierna. De kan sammanfattas som en växelverkan mellan personalen och ledningen, eftersom om personalen och ledningen samarbetar så utgör det grunden för en lyckad implementeringsprocess.

Det framkom även i resultatet att en implementering av den kirurgiska checklistan leder till följande positiva faktorer: systematisering av personalens arbete, förbättrad kommunikation mellan teamets medlemmar och förbättrad förberedelse för ingreppet, eftertanke, förbättrad patientsäkerhet och ökad gemenskap. Negativa faktorer som kan upp-

komma till följd av att den kirurgiska checklistan implementeras är tvång och motstånd, upprepning, tidsbrist och utdragen process samt personalens brist på motivation. Dessa negativa faktorer kan dock förebyggas genom att det i implementeringsprocessen läggs stor vikt på alla de åtta implementeringskategorier som framkommit i resultatet.

10.5 Framtiden

Det är bevisat att den kirurgiska checklistan förbättrar patientsäkerheten. Men ändå framkom det bland personalen ett motstånd och en vägran att använda den kirurgiska checklistan. Enligt Ödegård (2007 s. 88-94) skall patienterna kunna lita på att de får sakkunnig och trygg vård och därför skall personalen utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Kan då vägrande av att använda den kirurgiska checklistan sammankopplas med att äventyra patientsäkerheten? Personalen fullgör ju inte sina skyldigheter och äventyrar därmed patientsäkerheten. Jag tror dock att personalen inte medvetet vill äventyra patientsäkerheten. Kan det vara så att personalen antingen anser att den kirurgiska checklistans inverkan på patientsäkerheten är obetydlig, eller att de förlitar sig så mycket på sig själva och sitt kunnande att de anser att den kirurgiska checklistan är onödig? Detta är en intressant fråga som säkert kommer att diskuteras mycket i framtiden.

Det framkom ett starkt motstånd från kirurgerna mot användningen av den kirurgiska checklistan. Det går inte att dra några slutsatser om detta fenomen på basen av denna studies material. Dock framkom det att kirurgernas motstånd påverkade implementeringsprocessen negativt. Därför vore det mycket viktigt att kirurgernas inställning till den kirurgiska checklistan studeras för att få en bättre förståelse om bakomliggande orsaker. Om dessa orsaker sedan kan åtgärdas så att kirurgernas motstånd reduceras så förbättras chanserna för en lyckad implementering av den kirurgiska checklistan avsevärt.

Ett annat problem som framkom i studien var att alla inte nåddes av information om den kirurgiska checklistan. Det var svårt att få hela personalen att delta i informationstillfällena. En yrkesgrupp som utmärkte sig med lågt deltagande i informationstillfällena och andra sammankomster gällande den kirurgiska checklistan, var kirurger. Informat-

ion skickades även via email men risken finns att email meddelanden inte läses, speciellt inte hos de personer som får många email. Hur kan det då garanteras att alla berörda får den information de behöver då frivillighet leder att alla inte kommer på önskad och nödvändiga informationstillfällen? Detta är ett problem som snabbt bör lösas för att underlätta inte bara implementeringen av den kirurgiska checklisten utan all implementering.

Det framkom ur intervjuerna att den kirurgiska checklisten ofta lämnas bort vid omhändertagande av jourfall fast behovet av den kirurgiska checklisten egentligen är som störst då. Detta eftersom patientens förberedelser vid jourfall ofta är korta och kan vara bristfälliga. En framtida utmaning blir därför att skapa en förkortad variant av den kirurgiska checklisten som kan användas av personalen när det annars är mycket bråttom som vid till exempel nödkejsarsnitt.

En av de åtta kategorier som främjar en lyckad implementeringsprocess är engagemang och vi- anda. Dock kan frågan ställas hur personalen skall engageras och hur en vi- anda skall fås? Svaret på denna fråga är komplex. Många saker spelar in men det framkom i resultatet att kulturen har en nyckelposition. Så innan en implementering startar kan det löna sig att utreda vilken kultur det finns på avdelningen. Om kulturen är positiv till förändringar och vi-andan och gemenskapen är stark så finns sannolikt de förutsättningar där som behövs för att engagera personalen. Om kulturen däremot inte förhåller sig positiv till förändringar kan det behöva läggas ner mycket mera arbete på att få personalen engagerad. Det ligger en stor utmaning i att främja ett arbetsklimat där personalen är engagerade och har en vi-anda.

Avslutningsvis kan sägas att implementering alltid kommer att stöta på motstånd. Om de kategorier som är betydelsefulla för en lyckad implementering används på rätt sätt i implementeringsprocessen kan motståndet motarbetas och förebyggas samt patientsäkerheten förbättras. Det är viktigt att implementeringsprocessen sker i nära samarbete med personalen och att tvång undviks. Implementeringsprocesser är komplexa processer och alla avdelningar är olika. Därför bör även resultatet av studien användas så som det passar varje enskild avdelning bäst.

11 KRITISK GRANSKNING

Studien granskas kritiskt utifrån bekräftbarhet, överförbarhet och trovärdighet. (Jacobsen 2007, s 16, 156-166, 305)

11.1 Bekräftbarhet

Bekräftbarhet innebär att studien mätt det som var tänkt och att det finns belägg för de slutsatser som dras (Jacobsen 2007 s. 156, 305). Studien var tänkt att granska implementeringsprocessen på två operativa avdelningar utifrån individintervjuer baserat på ett deduktivt förhållningssätt för att på så sätt få fram kategorier som är betydelsefulla för en lyckad implementering av den kirurgiska checklistan. Som underlag för intervjuerna användes ett frågeformulär. I resultatet framkommer det hur implementeringsprocessen har varit på respektive avdelning samt vilka kategorier som är betydelsefulla för en framgångsrik implementering. Detta gör att det kan anses att studien mätt det som var tänkt. Om studien skulle utföras med andra datainsamlingsmetoder, till exempel gruppintervju och induktivt förhållningssätt skulle resultatet kunna se annorlunda ut. Om studien skulle göras om på samma sätt och med samma intervjufrågor skulle det troligen framkomma liknande resultat, dock med tidsaspekten i beaktande eftersom människor kanske börjar minnas mera efter att de på nytt bli påmind om implementeringsprocessen. Den här studien gjordes ett antal år efter att avdelning A och B var klar med sin implementeringsprocess och enligt Jacobsen (2007 s. 76) är största nackdelen att undersökaren måste utgå ifrån att de som svarar kommer rätt ihåg. Tyvärr gör inte människor alltid det och det kan många gånger vara svårt att komma ihåg. Alla händelser gör inte lika stort intryck och ganska mycket faller genast i glömska. Det finns även risk att det sker en omgestaltning av minnen. Det betyder att människan minns det förflutna i ett förändrat ljus, antingen mer eller mindre positivt än hur det upplevdes då det hände. Dessutom har människor, enligt Jacobsen (2007 s. 76), tendens till efterrationalisering, alltså många vill framstå som mera rationella än vad de egentligen är. På avdelning A hade det gått en längre tid än på avdelning B eftersom avdelning B startade sin implementeringsprocess senare än avdelning A. Det framgick tydligt i intervjuerna att personalen ibland hade svårt att komma ihåg hur det egentligen var. Att det hade gått så

lång tid från att den kirurgiska checklistan implementerades på avdelning A och B tills att studien gjordes påverkade sannolikt resultatet.

Hela studiens process har försökt tydliggöras för att öka förståelsen för resultatet. Resultatet av studien visar sig överensstämma med tidigare forskning, vilket tyder på att resultatet kan anses som trovärdigt.

11.2 Överförbarhet

Överförbarhet innebär i vilken utsträckning resultatet går att generalisera från några få enheter som undersöks till andra enheter som inte undersökts (Jacobsen 2007 s. 166, 305). De artiklar som användes i litteraturgenomgången behandlade alla implementeringen av den kirurgiska checklistan på operativa enheter. Artiklarna är från både utvecklingsländer så väl som från industrialiserade länder och täcker alla världsdelar. Det finns ganska många vetenskapliga artiklar gällande den kirurgiska checklistan. I litteratursökningen framkom 24 stycken vetenskapliga artiklar som kunde vara intressanta för studien och utifrån dem valdes 21 för studien relevanta artiklar ut. Litteratursökning kunde ha gjorts i ytterligare databaser men eftersom de 21 artiklarna bildade en ganska gedigen bakgrund är ytterligare artiklars påverkan på resultatet tveksamt. Studien är precis som de vetenskapliga artiklarna, gjord på operativa enheter och studerar den kirurgiska checklistans implementeringsprocess. Syftet med studien är att få fram kategorier som underlättar den kirurgiska checklistans implementeringsprocess. Målet med studien är att de som planerar att införa den kirurgiska checklistan på sina operationsavdelningar kan ta del av studiens resultat och på så sätt öka möjligheten för en lyckad implementering på respektive avdelning. För att syftet och målet skall uppnås bör resultatet, alltså vilka kategorier som ökar möjligheten för en lyckad implementeringsprocess, vara överförbart. Eftersom resultatet från studien överensstämmer med tidigare forskning anses även resultatet vara överförbart till andra operativa enheter som inte deltagit i studien.

11.3 Trovärdighet

Med trovärdighet anses i vilken utsträckning själva undersökningsupplägget och analysen kan ha påverkat resultatet (Jacobsen 2007 s. 16, 305). Resultatet kan ha påverkats av att ena avdelningen är min arbetsplats. Detta utgör det största hotet för studiens trovärdighet. Dock försökte jag anta en neutral och professionell roll och alla de intervjuade var införstådd med att denna studie var i forskningssyfte och hade inte anknytning till mitt vardagliga arbete.

Personalen på avdelning A valdes ut att delta i studien eftersom avdelningen, då studien startade, hade högsta användarprocent av den kirurgiska checklisten i informationsprogrammet Opera, vilket tyder på en lyckad implementering av den kirurgiska checklisten. Avdelning B valdes slumpmässigt ut bland de avdelningar som vid samma tidpunkt hade en betydligt lägre användarprocent. Urvalet grundar sig på att få fram två avdelningar med lyckad och mindre lyckad implementeringsprocess för att på så sätt få fram både positiva och negativa faktorer som påverkar implementeringsprocessen och dess resultat. Om en annan avdelning än avdelning B skulle ha valts ut kunde resultatet ha påverkats. För att försäkra sig om ett pålitligare resultat kunde studien ha varit större och mera omfattande.

Eftersom kriterierna för personalen på respektive avdelning, för att få delta i studien, var att de åtminstone sex månader innan implementeringsprocessen startade har arbetat på avdelningen och samt arbetat utan avbrott fram tills dess att studien utfördes. Dessa kriterier ledde till att de intervjuades medelålder var hög, 51,9 år, och att de hade lång arbetserfarenhet, i medeltal 25,5 verksamma yrkesår. På avdelningen hade de genomsnittligt arbetat i 10,7 år. Deras långa arbetserfarenhet kan avspeglats i resultatet. Det är inte säkert att resultatet skulle vara likadant med lägre medelålder och lägre arbetserfarenhet.

Alla intervjuer bandades förutom en. Hos den som inte bandades förelåg risken att viktig information gick förlorad på grund av att jag inte hann skriva i samma takt som den intervjuade pratade. Under de bandade intervjuerna förde jag samtidigt anteckningar. Intervjuerna varade mellan 6,64 -22,58 minuter med en genomsnittstid på 11,5 minuter.

Den relativt korta intervju tiden kan bero på att vårdpersonal är vana vid att sammanfatta och ge en snabb genomgång av den viktigaste informationen.

I denna studie har en innehållsanalys gjorts av hela materialet. Det är möjligt att hantera materialet från avdelning A respektive avdelning B skiljt och på så sätt göra resultatet gällande varje avdelning tydligare. Eftersom implementeringsprocessen gick betydligt bättre på avdelning A än på avdelning B så framkommer det i intervjuerna av personalen på avdelning A mycket mera information om vilka kategorier som leder till en lyckad implementering av den kirurgiska checklisten. Däremot framkom det i intervjuerna av personalen på avdelning B mera information om vad som händer om inte kategorierna beaktas i implementeringsprocessen. Därför valde jag att kategorisera hela materialet tillsammans eftersom syftet är att få fram riktlinjer som kan användas av alla operativa enheter som vill implementera den kirurgiska checklisten.

Intervjufrågan som gällde ledarskap var svår för de intervjuade att förstå eftersom den upplevdes som diffus. Detta ledde dock till att det framkom en ny dimension av ledarskap nämligen ledarskap på operationssalen. Ledarskapet har en mycket viktig roll i förhållande till de åtta kategorier som är värdefulla för en lyckad implementering av den kirurgiska checklisten. De åtta kategorierna är till stor del beroende av ledarens förmåga att känna igen de olika kategorierna samt att uppfatta kategoriernas betydelse för implementeringsprocessen. Det är därför värdefullt att en ny dimension av ledarskap framträdde i resultatet.

KÄLLOR

Ali, M, Osborne, A, Bethune, R & Pullyblank, A. 2011, Preoperative Surgical Briefings Do Not Delay Operating Room Start Times and Are Popular With Surgical Team Members. *J Patient Saf.* Vol 7, nr 3, s.139-143.

Arcada, 2007, *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada*. Helsingfors. Arcada bibliotek. Tillgänglig: www.arcada.fi. Hämtad 25.2. 2012.

Askarian, M, Kouchak, F & Palenik, CJ. 2011, Effect of Surgical Safety Checklists on Postoperative Morbidity and Mortality Rates, Shiraz, Faghihy Hospital, a 1-year study. *Qual Manag Health Care.* Vol 20, nr 4, s. 293-297.

Background to Safe Surgery Saves Lives. Tillgänglig: www.who.int/patientsafety/safesurgery/issue/en/index.html Hämtad 25.2.2012.

Bratzler, D. 2006, The Surgical Infection Prevention and Surgical Care Improvement Projects: Promises and Pitfalls. *Am Surg.* Vol 72, nr 11, s. 1010-1016.

Bowdle, T. 2003, Drug Administration Errors From the ASA Closed Claims Project. *ASA Newsletter* . Vol 67, nr 6, s. 11-13.

Böhmer, A, Wappler, F, Tinschmann, T, Kindermann, P, Rixen, D, Bellendir, M, Schwanke, U, Bouillon, B & Gerbershagen, M. 2012, The implementation of a perioperative checklist increases patients' perioperative safety and staff satisfaction. *Acta Anaesthesiol Scand.* Vol 56, nr 3, s. 332-338.

Calland, J, Turrentine, F, Guerlain, S, Bovbjerg, V, Poole, G, Lebeau, K, Peugh, J & Adams, R. 2011, The Surgical Safety Checklist: Lessons Learned During Implementation. *Am Surg.* Vol 77, nr 9, s. 1131-1137.

Carney, B, West, P, Neily, J, Mills, P, & Bagian, J. 2010, Differences in nurse and surgeon perceptions of teamwork: implications for use of a briefing checklist in the OR. *AORN J*. Vol 91, nr 6, s. 722-729.

Conley, D, Singer, S, Edmondson, L, Berry, W & Gawande, A. 2011, Effective Surgical Safety Checklist Implementation. *J Am Coll Surg*. Vol 212, nr 5, s. 873-879.

Cook, R. 1998. Two Years Before the Mast: Learning How to Learn about Patient Safety. Enhancing Patient Safety and Reducing Errors in Health Care. *Rancho Mirage, CA*. November 8-9, s. 61-64.

Cook, R, Render, M & Woods, D. 2000, Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *BMJ*. Vol 18, nr 320, s. 791-794.

Dekker, S. 2007, *Just Culture. Balancing Safety and Accountability*. 4 uppl, Cornwall, Ashgate. 153 s.

de Vries, E, Prins, H, Crolla, R, den Outer, A, van Andel, G, van Helden, S, Schlack, W, van Putten, M, Gouma, D, Dijkgraaf, M, Smorenburg, S & Boermeester, M. 2010, Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. *N Engl J Med*. Vol 363, nr 20, s. 1928-1937.

Eettiset periaatteet. Tillgänglig:

http://www.tenk.fi/eettinen_ennakkoarviointi/eettisetperiaatteet.pdf Hämtad 21.3.2012

Egorova, N, Moskowitz, A, Gelijns, A, Weinberg, A, Curty, J, Rabin-Fastman, B, Kaplan, H, Cooper, M, Fowler, D, Emond, J & Greco, G. 2008, Managing the Prevention of Retained Surgical Instruments: What Is the Value of Counting? *Annals of Surgery*, Vol 247, nr 1, s. 13-18.

Fixen, D, Naom, S, Blaske, K, Friedman, R & Wallance, F. 2005, *Implementationresearch. A synthesis of the literature*. Tampa Florida: University of South Florida, Louise de la PorteFlorida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network. 119 s.

Flin, R. 2008, *Factoring the Human into Patient Safety*. IV Internacional Conference on Patient Safety. Madrid, Ministry of Health and Consumer Affairs. Tillgänglig: <http://www.slideshare.net/sanidadyconsumo/factoring-the-human-into-patient-safety-presentation>. Hämtad: 12.8.2012.

Flin, R, Patey, R, Galvin, R & Maran, N. 2010, Anaesthetists' Non-Technical Skills. *Br. J. Anaesth.* Vol 105, nr 1, s. 38-44.

Fourcade, A, Blache, J, Grenier, C, Bourgain, J & Minvielle, E. 2012, Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Qual Saf.* Vol 21, nr 3, s. 191-197.

Greenhalgh, T, Robert, G, Macfarlane, F, Bate, P & Kyriakidou, O. 2004, Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly.* Vol 82, nr 4, s. 581-629.

Guidelines for Safe Surgery. World Health Organization. 2009. Tillgänglig: whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf Hämtad: 2.3.2012.

Guldbrantsson, K. 2007, *Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst*, Statens folkhälsoinstitut, 36 s.

Haynes, A, Weiser, T, Berry, W, Lipsitz, S, Breizat, A-H, Dellinger, P, Herbosa, T, Joseph, S, Kibatala, P, Lapitan, M, Merry, A, Moorthy, K, Reznick, R, Taylor, B & Gawande, A. 2009, A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population, *New England Journal of Medicine*, Vol 360, s. 491-499.

Helmiö, P, Blomgren, K, Takala, A, Pauniahho, S-L, Takala, R & Ikonen, T. 2011, Towards better patient safety: WHO Surgical Safety Checklist in otorhinolaryngology. *Clin Otolaryngol*. Vol 36, nr 3, s. 242- 247.

Helovuoto, A. 2009. *Inhimilliset tekijät, tiimityö ja turvallisuus – mitä voimme oppia ilmailusta?* Kinnunen, M. & Peltomaa, K. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja, 2 uppl, Helsingfors. Sairaanhoidajaliitto, 194 s.

Hyvä tieteellinen käytäntö. Tillgänglig:

http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html Hämtad 18.3.2012.

Ikonen, T, Aarnio, P, Kangasmäki, E, Karjalainen, K, Kontsas, T, Kujala, R, Pauniahho, S-L, Saario, I, Savunen, T & Sivula, H. 2009, Tarkistuslista vähentää virheitä leikkaussaleissa, *Suomen lääkirilehti*, Vol 6, nr 64, s. 516-517.

Ikonen, T & Pauniahho, S-L. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista, *Finnanest*, Vol 43, nr 2, s 108-111.

Implementation manual. WHO Surgical Safety Checklist. 2009. Tillgänglig:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598590_eng.pdf Hämtad: 2.3.2012.

Jacobsen, D. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och social arbete*. Lund, Studentlitteratur. 316 s.

Joint Commission. Sentinel events alert, 5 December 2001. Tillgänglig:

http://www.jointcommission.org/sentinel_event_alert_issue_24_a_follow-up_review_of_wrong_site_surgery/ Hämtad: 2.3.2012. 3 sidor.

Joint Commission. Sentinel event statistics, 31 December 2006. Tillgänglig:

<http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics> Hämtad 2.3.2012.

Kasatpibal, N, Senaratana, W, Chitreecheur, J, Chotirosniramit, N, Pakvipas, P & Junthasopeepun, P. 2012. Implementation of the World Health Organization Surgical Safety Checklist at a University Hospital in Thailand. *Surg Infect*. Vol 13, nr 1, s. 50-56.

Keane, M, & Marshall, S. 2010. Implementation of the World Health Organisation Surgical Safety Checklist: Implications for anaesthetists. *Anaesth Intensive Care*. Vol 38, nr 2, s. 397- 398.

Kinnunen, M. 2008, *Muutosprosessi ja sen hallitseminen. Case vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönottoprosessi Vaasan keskussairaalassa*, Pro gradu, Vasa, Vaasan yliopisto, Kauppatiede.

Ko, H, Turner, T & Finnigan, M. 2011, Systematic review of safety checklists for use by medical care teams in acute hospital settings- limited evidence of effectiveness, 2011, *BMC Health Services Research*, Vol 11, nr 211, s. 1-31.

Kotter, J. 1995, Leading change: Why Transformation Efforts Fail, *Harvard Business Review*, Vol Mars-April, s 58-68.

Kvale, S, & Brinkmann, S. 2009, *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 2 uppl, Lund, Studentlitteratur. 370 s.

Milen, Anneli. 2010. *Potilasturvallisuutta taidolla- kansalliset talkot*. Powerpoint.

Nilsson, L, Lindberget, O, Gupta, A & Vegfors, M. 2010, Implementing a pre-operative checklist to increase patient safety: a 1-year follow-up of personnel attitudes. *Acta Anaesthesiol Scand*. Vol 54, nr 2, s.176-182.

Norton, E, & Rangel, S. 2010, Implementing a Pediatric Surgical Safety Checklist in the OR and Beyond. *AORN J*. Vol 92, nr 1, s. 61-71.

Omsorgens handböcker. Vad är en avvikelse? Tillgänglig:
<http://www.vaxjo.se/Omsorgens-handbocker---startside/-Nar-det-inte-blev-som-det-var-tankt-/Avvikelsehantering-och-riskanalys-i-vard-och-omsorg-/Vad-ar-en-avvikelse/> Hämtad 27.9.2012.

Patientförsäkringen LÖF. Tillgänglig: www.patientforsakring.se/checklistan-material.html Hämtad 25.2.2012.

Pauniahon, S-L. & Ikonen, T. 2010, Kaikki kunnossa - valmiina viiltoon, *Duodecim*, Vol 126, s. 333- 335.

Potilasturvallisuussanasto. Lääkehoidon turvallisuussanasto. 2007, Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. Publicerad 19.12.2007.

Reason, J. 1990, *Human Error*. New York. Cambridge University Press. 302 s.

Reason, J. 2000, Human error: model and management. *West J Med*. Vol 172, nr 6, s. 393- 396.

Reason, J. 2008, *The Human Contribution. Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries*. Burlington, Ashgate. 295 s.

Safe Surgery Saves Lives, World Health Organization. Tillgänglig: www.who.int/patientsafety/safesurgery/en Hämtad 25.2.2012.

Seiden, S, & Barach, P. 2006, Wrong-Side/Wrong-Site, Wrong-Procedure, and Wrong-Patient Adverse Events. Are They Preventable? *Arch Surg*. Vol 141, nr 9, s. 931-939.

Semel, M, Resch, S, Haynes, A, Funk, L, Bader, A, Berry, W, Weiser, T & Gawande, A. 2010, Adopting A Surgical Safety Checklist Could Save Money And Improve The Quality Of Care In U.S. Hospitals. *Health Aff* . Vol 29, nr 9, s. 1593-1599.

Styer, K, Ashley, S, Schmidt, I, Zive, E & Eappen, S. 2011, Implementing the World Health Organization Surgical Safety Checklist: A Model for Future Peri-operative Initiatives. *AORN Journal*. Vol 94, nr 6, s. 590-598.

Takala, R, Pauniahho, S-L, Kotkansalo, A, Helmiö, P, Blomgren, K, Helminen, M, Kinnunen, M, Takala, A., Aaltonen, R, Katila, A, Peltomaa K & Ikonen T. 2011, A pilot study of the implementation of WHO Surgical Checklist in Finland: improvements in activities and communication. *Acta Anaesthesiol Scand*. Vol 55, nr 10, s. 1206-1214.

Thomassen, Ø, Espeland, A, Søfteland, E, Lossius, HM, Heltne, JK & Brattebø, G. 2011, Implementation of checklists in health care; learning from high-reliability organisations. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. Vol 19, nr 53, s. 1- 7.

Wagar, E, Tamashiro, L, Yasin, B, Hilborne, L & Bruckner, DA. 2006, Patient Safety in the Clinical Laboratory: A Longitudinal Analysis of Specimen Identification Errors. *Arch Pathol Lab Med*. Vol 130, nr 11, s. 1662-1668.

van Klei, W, Hoff, R, van Aarnhem, E, Simmermacher, R, Regli, L, Kappen, T, van Wolfswinkel, L, Kalkman, C, Buhre, W & Peelen, L. 2012, Effects of the Introduction of the WHO "Surgical Safety Checklist" on In-Hospital Mortality: A Cohort Study. *Ann Surg*. Vol 255, nr 1, s. 44-49.

Webb, R, Runciman, W, Williamson, J, Cockings, J, Russell, W & Helps, S. 1993, The Australian Incident Monitoring Study. Which monitor? An analysis of 2000 incident reports. *Anaesth Intensive Care*. Vol 21, s. 529-542.

Verdaasdonk, E, Stassen L, Widhiasmara, P & Dankelman, J. 2009, Requirements for the design and implementation of checklists for surgical processes. *Surg Endosc*. Vol 23, nr 4, s. 715-726.

Windsor, J, & Petrov, M. 2009, Patient safety in medicine: are surgeons ready for checklists? *ANZ Journal of Surgery*, Vol 80, s. 3-5.

Woods, D, Dekker, S, Cook, R, Johannesen, L & Sarter, N. 2010, *Behind Human Error*. 2 uppl, Burlington. Ashgate. 271 s.

Ödegård, S. 2007. *I rättvisans namn. Ansvar, skuld och säkerhet i vården*. Liber Ab, Stockholm. 343 s.

WHO:s 10 mål för säker kirurgi.

1. Operationsteamet skall operera på rätt patient och på rätt kroppsdel
2. Operationsteamet skall använda metoder som inte orsakar anestesiska-dor men samtidigt säkerställer smärtfrihet
3. Operationsteamet skall uppmärksamma och ha beredskap för att säker-ställa fri luftväg och andningsfunktion
4. Operationsteamet skall uppmärksamma och ha beredskap för risk för stor blodförlust
5. Operationsteamet skall undvika att utlösa allergisk reaktion eller annan läkemedelsreaktion som patienten har känd risk för
6. Operationsteamet skall konsekvent använda metoder för att minimera risken för sårinfektion
7. Operationsteamet skall förhindra oavsiktligt kvarlämnande av föremål i såret
8. Operationsteamet skall säkra och säkerställa att kirurgiska preparat blir korrekt märkta
9. Operationsteamet skall kommunicera och utbyta viktig information för ett säkert genomförande av operationen
10. Sjukhus och vårdgivare skall regelbundet genomföra övervakning av ki-rurgisk kapacitet, volym och resultat

(Safe Surgery Saves Lives)

Bilaga 3

Litteratursökning:

Sökning på PubMed 10.3.2012

Surgery	152447
Surgical	124514
Safety	83722
Checklist	5121
Implementation	37337
Surgery OR Surgical AND Safety	10704
Surgery OR Surgical AND Safety AND Checklist	138
Surgery OR Surgical AND Safety AND Checklist AND Implementation	38

Sökning på Academic Search Elite 10.3.2012

Surgery	16988
Surgical	10293
Safety	35606
Checklist	1808
Implementation	19822
Surgery OR Surgical AND Safety	1026
Surgery OR Surgical AND Safety AND checklist	55
Surgery OR Surgical AND Safety AND checklist AND Implementation	13

Sökning på CINAHL 10.3.2012

Surgery	15281
Surgical	13602
Safety	16137
Checklist	1362
Implementation	8081
Surgery OR Surgical AND Safety	1581
Surgery OR Surgical AND Safety AND Checklist	33
Surgery OR Surgical AND Safety AND Checklist AND Implementation	6



Bästa deltagare i undersökningen!

Institutet för hälsa och välfärd (THL) har startat ett projekt vars mål är att den kirurgiska checklistan används på alla operationssalar i Finland efter utgången av år 2012. Det har påvisats att användningen av checklistan minskar komplikationer och dödsfall i samband med kirurgi med upp till en tredje del.

De positiva resultat som användningen av den kirurgiska checklistans leder till, beror på hur lyckad implementeringsprocessen av den kirurgiska checklistan har varit. Denna studie granskar hurdan den kirurgiska checklistans implementeringsprocess på en avdelning har varit. Syftet är att få fram information som kan bidra till en lyckad implementeringsprocess för de som planerar att införa den kirurgiska checklistan på sina operationsavdelningar. Denna studie görs som uppdrag för THL och är ett mastersarbete inom högre utbildningen: Avancerad klinisk vård på Arcada.

Du har blivit slumpmässigt utvald av din chef att delta i studien. Deltagandet är frivilligt och anonymitet samt konfidentiell hantering av information garanteras. Data samlas in genom individuella intervjuer med start i maj 2012. Intervjuerna tar cirka 20-30 minuter och bandas in. Materialet förvaras otillgängligt för utomstående och förstörs efter att studien är klar.

Resultatet presenteras i slutet av 2012 på internetsidan, www.theseus.fi. För att resultatet skall vara tillförlitligt och till nytta behövs Din hjälp och expertis eftersom Du har erfarenhet av den kirurgiska checklistans implementering.

För mera information eller frågor om studien, tveka inte att kontakta studiens utförare: Annika Bröckl (anestesi- och intensivsjukskötare)

Email: annika.brockl@hus.fi

Arbetstelefon: 09- 47167239 / 09-47167240

Du kan även kontakata studiens handledare:

Eivor Wallinvirta (HVD, överlärare)

Email: eivor.wallinvirta@arcada.fi

Arbetstelefon: 0503607530

Tack för Ert deltagande!

Högaktningsfullt :

Helsingfors 22.4.2012

Annika Bröckl

**Hyvä tutkimuksen osallistuja!**

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) on käynnistänyt projektin, jonka tavoitteena on kirurgisen tarkistuslistan käyttöönotto Suomen kaikissa leikkaussaleissa vuoden 2012 jälkeen. Tarkistuslistan on osoitettu vähentävän leikkauksesta johtuvia komplikaatioita ja kuolemantapauksia jopa kolmanneksen.

Kirurgisen tarkistuslistan käytöstä johtuvat positiiviset tulokset riippuvat siitä, kuinka tarkistuslistan käyttöönottoprosessi on onnistunut. Tällä tutkimuksella tutkitaan millainen kirurgisen tarkistuslistan käyttöönottoprosessi on ollut teidän osastollanne. Tavoitteena on saada hyödyllistä tietoa niille, jotka suunnittelevat kirurgisen tarkistuslistan käyttöönottoa. Tutkimus tehdään THL:n toimeksiannosta, opinnäytetyönä osana ammattikorkeakoulututkintoa Kliinisen asiantuntijan koulutuksessa Arcadassa.

Esimiehesi on valinnut sinut satunnaisotannalla osallistumaan tutkimukseen ja osallistuminen on vapaaehtoista. Tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja anonyymisti. Aineisto tutkimukseen kerätään yksittäisten haastattelujen avulla, jotka alkavat toukokuussa 2012. Haastattelut kestävät noin 20- 30 minuuttia ja keskustelu nauhoitetaan. Materiaalia säilytetään siten että ulkopuoliset eivät pääse siihen käsiksi ja hävitetään tutkimuksen päätyttyä.

Tutkimustulokset esitellään vuoden 2012 loppupuolella internetsivuilla, www.theseus.fi.

Tarvitsemme sinun asiantuntemustasi ja kokemustasi kirurgisen tarkistuslistan käyttöönottoprosessista kehittäessämme käyttöönottoprosessia.

Jos haluat lisätietoja tai Sinulla on kysyttävää tutkimuksesta, ota mielellään yhteyttä tutkimuksen tekijään:

Annika Bröckl (anestesia- ja tehosairaanhoitaja)

Sähköposti: [annika.brockl @ hus.fi](mailto:annika.brockl@hus.fi)

Työpuhelin: 09-47167239 / 09-47167240

Voit myös olla yhteydessä opintonäytteen ohjaajaan:

Eivor Wallinvirta (TtT, yliopettaja)

Sähköposti: [eivor.wallinvirta @ arcada.fi](mailto:eivor.wallinvirta@arcada.fi)

Työpuhelin: 0503607530

Kiitos osallistumisesta!

Kunnioittavasti:

Helsinki 22.4.2012

Annika Bröckl



Eettinen toimikunta

LAUSUNTO

Arcadan eettinen toimikunta Etix on 8.5.2012 käsitellyt sairaanhoitaja (YAMK-opiskelija) Annika Bröckl'n tutkimussuunnitelman ”Införande av den kirurgiska checklistan på operativa avdelningar i södra Finland: en granskning av implementeringsprocessen” ja antaa suunnitelman eettisyydestä puoltavan lausunnon.

Helsinki 10.5.2012

Jyrki Kettunen, dosentti, ft

Puheenjohtaja, Etix

Jan-Magnus Janssons plats 1
FI-00550 Helsingfors

Tel: +358 (0)20 769 9699
Fax: +358 (0)20 769 9622

www.arcada.fi

INTERVJUFRÅGOR

Bilaga 7

- Genomgång av informantbrevet
- Genomgång med informanten om vilka teman som kommer att behandlas under intervjun
- Besvarande av eventuella frågor
- Informantens muntliga samtycke

Födelseår:

Yrke:

Antal verksamma år:

Antal år på nuvarande arbetsplats:

1. Beskriv den kirurgiska checklistans implementeringsprocess på din avdelning?

- 1.1. Vilket var behovet av den kirurgiska checklistan?
- 1.2. Hurdant var ledarskapet före och under processen?
- 1.3. Vilka var förberedelserna inför införandet av den kirurgiska checklistan?
- 1.4. Hur gick själva införandet till?

2. Hur upplevde du implementeringsprocessen?

- 2.1. Vad var positivt?
- 2.2. Vad var negativt?
- 2.3. Har du förslag till förbättringar?

3. Upplevde du att du var delaktig i implementeringsprocessen?

- 3.1. När blev du delaktig?
- 3.2. På vilket sätt?

4. Vad anser du om dagens användning av den kirurgiska checklistan på din arbetsplats

- 4.1. Varför anser du detta?

5. Vad vill du ännu tillägga innan vi avslutar intervjun?

- Saatekirjeen läpikäynti
- Käyn läpi haastateltavan kanssa haastattelun teemat
- Vastaan mahdollisiin kysymyksiin
- Haastateltava antaa suullinen suostumus

Syntymävuosi:

Ammatti:

Palveluvuodet:

Palveluvuodet nykyisessä työpaikassa:

1. Kuvaile kirurgisen tarkistuslistan käyttöönottoprosessi osastollasi?

- 1.1 Mikä oli kirurgisen tarkistuslistan tarve?
- 1.2 Miten johtaminen toteutui ennen prosessia ja sen aikana?
- 1.3 Mitkä olivat valmistelut?
- 1.4 Miten käyttöönotto sujui?

2. Miten koit käyttöönottoprosessin?

- 2.1 Mikä oli positiivista?
- 2.2 Mikä oli negatiivista?
- 2.3 Onko sinulla parannusehdotuksia?

3. Pystyitkö mielestäsi vaikuttamaan käyttöönottoprosessiin?

- 3.1 Millä tavalla?

4. Millainen tilanne tarkistuslistan käytön suhteen on tällä hetkellä työpaikallasi?

5. Haluaisitko vielä lisätä jotain?