

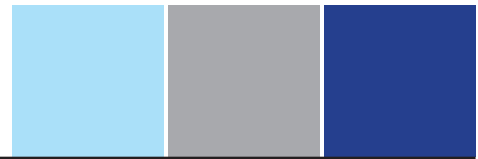


*Världsalliansen för patientsäkerhet
(World Alliance for Patient Safety)*

Bruksanvisning för checklista för säkerhet vid operationer

Säker kirurgi räddar liv





Bruksanvisning för checklista för säkerhet vid operationer
Världsalliansen för patientsäkerhet
(World alliance for patient safety)
 Säker kirurgi räddar liv (Safe surgery saves lives)

Översatt och bearbetad av, i överenskommelse med WHO,



Landstingens
 Ömsesidiga
 Försäkringsbolag i samarbete med



Svensk
 Kirurgisk
 Förening

Projektet Svensk checklista för operationsprocessen stöds av:



Vårdförbundet



Svensk Käkkirurgisk Förening
 Svensk Handkirurgisk Förening
 Svensk Thoraxkirurgisk Förening
 Svensk Transplantationsförening

Svenska Läkaresällskapet • Vårdförbundet • Kommunal • Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård • Svensk Förening för Otorhinolaryngologi, Huvud- och Halskirurgi • Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård • Svensk Plastikkirurgisk Förening • Svensk Barnkirurgisk Förening • Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi • Svensk Neurokirurgisk Förening • Sveriges Ögonläkarförening • Svensk Sjuksköterskeförening • Svensk Urologisk Förening • Riksföreningen för Operationssjukvård • Svensk Ortopedisk Förening • Svensk Käkkirurgisk Förening • Svensk Handkirurgisk Förening • Svensk Thoraxkirurgisk Förening • Svensk Transplantationsförening

WHO/IER/PSP/Maj 2008

Det här är en svensk översättning och bearbetning av WHO:s Surgical Safety Checklist genomförd i enlighet med en överenskommelse mellan World Health Organisation (WHO) och Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF). LÖF har genomfört bearbetning i samverkan med Svensk Kirurgisk Förening, Svensk Ortopedisk Förening, Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård, Riksföreningen för Operationssjukvård och Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård. Arbetet stöds av Sveriges Läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet, Vårdförbundet, Svensk Sjuksköterskeförening, Kommunal och andra organisationer med intresse i operationsprocessen.

Alla rättigheter förbehålles. Publikationer från Världshälsoorganisationen kan erhållas från WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Schweiz (tfn.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-post: bookorders@who.int). Begäran om tillåtelse för reproduktion eller översättning av WHO-publikationer – oavsett om ändamålet är försäljning eller privat distribution – ska riktas till WHO Press, till ovanstående adress (fax: +41 22 791 4806; e-post: permissions@who.int).

Innehållet och presentationen av materialet i denna publikation avser inte att uttrycka någon åsikt av något slag från Världshälsoorganisationens sida vad gäller juridisk status för något, land, region, stad eller område, eller om dess befogenheter, eller angående placering av dess gränser. Prickade linjer på eventuella kartor representerar ungefärliga gränslinjer för vilka full överenskommelse inte är nådd.

Nämmandet av specifika företag eller av specifika tillverkare innebär inte att de stöds eller rekommenderas av Världshälsoorganisationen framför andra liknande som inte nämns. Med undantag för fel och utelämnanden, kännetecknas namn på varumärkesskyddade produkter med stor begynnelsebokstav.

Alla rimliga åtgärder har vidtagits av Världshälsoorganisationen för att verifiera att informationen i denna publikation är korrekt. Det publicerade materialet distribueras dock utan någon som helst garanti av något slag, varken uttryckligen eller underförstådd. Ansvar för tolkning och användning av materialet ligger hos läsaren. Världshälsoorganisationen är under inga omständigheter ansvarig för skador som uppstått av dess användning.



Innehåll

Inledning	6
Hur du använder denna bruksanvisning	7
Checklistan	8
Så här använder du checklistan: i korthet	10
Så här använder du checklistan: i detalj	12
• Förberedelse	12
• Timeout	15
• Avslutning	18
Främja säkerhetsmedvetande	20
Introducera checklistan	21

Inledning

Initiativet Säker kirurgi räddar liv (Safe Surgery Saves Lives) startades av World Alliance for Patient Safety som en del av Världshälsoorganisationens strävan att minska antalet dödsfall i anslutning till kirurgi världen över. Målet för detta initiativ är att samla krafter inom politik och sjukvård för att rikta uppmärksamhet mot viktiga säkerhetsfrågor, som bland annat otillräckliga säkerhetsrutiner för anestesi, postoperativa infektioner samt dålig kommunikation mellan medlemmar i operationslag. Dessa problem har visat sig vara vanliga, undvikbara och bidragande orsaker till dödsfall i alla länder och sjukvårdsorganisationer.

För att hjälpa operationslag att minska antalet sådana händelser har alliansen i samarbete med kirurger, narkosläkare, sjuksköterskor, patientsäkerhetsexperter och patienter över hela världen tagit fram säkerhetskontroller som kan utföras i vilken operationssal som helst. Målet för denna checklista, som är en översättning och bearbetning av WHO Surgical Safety Checklist First Edition, som finns på www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/en/index.html, är att stärka redan inarbetade säkerhetsrutiner och bidra till bättre kommunikation och samarbete mellan olika yrkesgrupper inom sjukvården. Checklistan är inte en författning eller del av en officiell policy. Den är tänkt som ett verktyg för kliniker som vill förbättra säkerheten i sin verksamhet och reducera onödiga dödsfall och komplikationer i anslutning till operationer.



”På samma sätt som en pilot måste förlita sig på markpersonal, besättning och trafikledningspersonal för att genomföra en säker flygning är en operatör medlem av ett lag, en grupp av människor som tillsammans är ansvariga för patientens vård.”

Hur du använder denna bruksanvisning

I denna bruksanvisning omfattar beteckningen ”operationslag” operatörer, anestesiläkare, anestesisköterskor, operationssköterskor, undersköterskor, tekniker och annan personal i operationssalen som är involverade i operationen. På samma sätt som en pilot måste förlita sig på markpersonal, besättning och trafikledningspersonal för att genomföra en säker flygning är en operatör medlem av ett lag, en grupp människor som tillsammans är ansvariga för patientens vård. Med operationslaget menas i denna bruksanvisning därför alla som är involverade och spelar en roll för att operationen ska utföras säkert och med lyckat resultat.

Bruksanvisningen ger förslag på införande och användande av checklisten eftersom den måste anpassas till olika miljöer med olika rutiner. Samtliga säkerhetskontroller har tagits med efter expertråd och klinisk erfarenhet av att de kommer att minska sannolikheten för undvikbar, allvarlig skada. Det är osannolikt att kontrollerna i sig skulle förorsaka skador eller orimliga kostnader. Checklisten har också utformats så enkelt och kortfattat som möjligt. Många av de enskilda stegen är redan inarbetade som rutiner på många kliniker världen över, men checklisten följs sällan i sin helhet. Den enskilda operationsavdelningen måste genom träning och användning av checklisten utvärdera hur dessa viktiga säkerhetsåtgärder kan integreras på bästa sätt i det normala arbetsflödet.

Det viktigaste målet för WHO:s checklista för säkerhet vid operationer – och med denna bruksanvisning – är att hjälpa operationslaget att konsekvent tillämpa några viktiga säkerhetsåtgärder och därmed minimera de vanligaste undvikbara riskerna som hotar liv och hälsa för patienter som opereras.

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



Landstingens
Ömsesidiga
Försäkringsbolag

Före inledning av anestesi >>>>>

Förberedelse

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

- Operationsområde markerat/ej tillämpligt

- Säkerhetskontroll för anestesi genomförd

- Fungerande pulsoximeter kopplad

Har patienten något av följande:

Känd allergi?

- nej
 ja

Risk för aspiration/svår intubation?

- nej
 ja och utrustning/assistans är tillgänglig

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

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

Risk för hypotermi?

- nej
 ja, och åtgärder är planerade/vidtagna



Checklista för säkerhet vid operationer

Före incision >>>>>

Timeout

- Bekräfta att alla medlemmar i laget presenterat sig med namn och roll
- Anestesiolog/anestesisjuksköterska och operationssjuksköterska, operatör bekräftar muntligt
 - patient ID
 - plats för incision
 - planerad operation
- Väntade kritiska moment under operationen
 - Anestesipersonalens** bedömning: finns några patientspecifika eller anesthesiologiska problem?
 - Operationssjuksköterskans** bedömning: har sterilitet bekräftats?
Finns några problem med utrustning eller annat?
Är patienten korrekt upplagd?
 - Operatörens** bedömning: vilka kritiska eller oväntade moment finns, operationens längd, förväntad blodförlust?
- Har antibiotikaproylax givits inom de senaste 60 minuterna?
 - ja
 - ej tillämpligt
- Har trombosproylax givits enligt ordination?
 - ja
 - ej tillämpligt
- Visas nödvändig bildinformation?
 - ja
 - ej tillämpligt

Innan patienten lämnar operationssalen

Avslutning

- Checklistansvarig får muntlig bekräftelse av laget:
- Vilket ingrepp har utförts
- Att antal instrument, torkar och nålar stämmer (eller ej tillämpligt)
- Hur preparat är märkta (inklusive patientens namn och personnummer)
- Finns problem med utrustningen som behöver uppmärksammas?
- Operatör, anestesiläkare/sjuksköterska och operationssjuksköterska går igenom huvudpunkterna för det initiala postoperativa omhändertagandet
- Vad kan vi lära? Vad kan vi göra bättre nästa gång?

”Checklistan delar in operationsprocessen i tre faser som motsvarar tre tidsperioder i den normala arbetsgången vid en operation.”

Så här använder du checklistan: i korthet

En specifik person bör göras ansvarig för att kryssa i rutorna på listan. Den checklistenansvarige kan vara vilken kliniker eller sjukvårdspersonal som helst som deltar i operationen men det är viktigt att det är en person, eller dennes avbytare, som är med på salen under hela operationen. Det är viktigt att den checklistenansvarige respekteras i sin roll av samtliga i operationslaget.

Checklistan delar in operationsprocessen i tre faser som motsvarar tre tidsperioder i den normala arbetsgången vid en operation – perioden före inledning av anestesi (förberedelse), perioden efter anesthesiinledning men före operationsstart (timeout) och perioden under eller omedelbart efter avslutande av operationen men innan patienten flyttas från operationssalen (avslutning). I varje fas måste den ansvariga för checklistan ges tid att bekräfta att laget har slutfört sina uppgifter innan arbetet går vidare. När personalen har lärt sig stegen i checklistan kan de bygga in kontrollerna i sina vanliga arbetsmönster och muntligen bekräfta genomförandet av varje steg utan att den ansvariga för checklistan behöver avbryta.

Varje steg kontrolleras muntligen med respektive personal för att se till att åtgärderna har utförts. Under Förberedelsen före inledning av anestesi kommer den checklistenansvarige att muntligen gå igenom med patienten (om möjligt) att hans/hennes identitet har bekräftats, och att typen av operation och platsen för incision är korrekta samt att patienten är informerad om och samtycker till ingreppet. Den checklistenansvarige kontrollerar att operationsområdet har markerats (om tillämpligt) och att en pulsoximeter är kopplad och fungerar. Den checklistenansvarige går också muntligen igenom med anesthesiologen/anestesisjuksköterskan om risk för blodförlust eller hypotermi föreligger vid den planerade operationen. Eventuella allergier och säkring av andningsvägar genomgås. Slutligen kontrolleras att en fullständig säkerhetskontroll för anestesi har genomförts. Operatören kan vara närvarande under förberedelsedelen, eftersom han/hon kan ha en tydligare bild av förväntad blodförlust, allergier eller andra försvårande faktorer. Operatörens närvaro är inte avgörande för att genomföra denna del av checklistan.

Under timeouten presenterar sig alla lagmedlemmar med namn och roll. Om laget redan har arbetat tillsammans en del av arbetsdagen kan de enkelt bekräfta att alla i rummet känner varandra. Arbetet avstannar precis innan operationsstart och laget bekräftar muntligen att rätt operation utförs på rätt patient och rätt plats. Därefter går var och en igenom de kritiska momenten under operationen och planer för att hantera dem med frågorna i checklistan som stöd. De bekräftar även att antibiotikaproylax har administrerats inom de senaste 60 minuterna om så är ordinerat, att ordinerad trombosproylax genomförs och att relevant bildinformation är tillgänglig.



Under avslutningen går laget tillsammans igenom vilken operation som utförts, räknar torkar/dukar och instrument och att antalet stämmer samt bekräftar rätt märkning av eventuella preparat som tagits. Eventuella fel på utrustning eller andra problem som behöver uppmärksammas tas också upp. Laget går igenom viktiga steg och problem för postoperativt omhändertagande och uppvaknande innan patienten flyttas från operationsalen. Slutligen ges tillfälle för alla att delta i ett kort samtal om vad laget kan lära av den genomförda operationen och vad som kan göras bättre nästa gång.

Det viktigaste för att checklistan ska fungera är att en person är ansvarig för att checklistan tillämpas. I operationssalens komplexa miljö är det lätt att något steg missas i den snabba arbetstakten. Om en utsedd person är ansvarig för att bekräfta att varje steg i checklistan har genomförts behöver inga av dessa viktiga säkerhetsåtgärder glömmas bort i stressen att fortsätta med nästa fas i operationen. Tills personalen har lärt sig de steg som ingår måste den checklisteansvarige hjälpa till att leda kontrollprocessen.

En möjlig nackdel med att ha en person som leder arbetet med checklistan är att konflikter kan uppstå med övriga medlemmar i operationslaget. Den checklisteansvarige kan, och bör, hindra laget från att fortsätta med nästa fas i operationen tills varje steg har behandlats tillfredsställande, men detta kan uppfattas störande eller irriterande. Det måste därför nogt övervägas vem som är mest lämpad för denna roll. Som nämnts kan det vara vilken kliniker eller sjukvårdspersonal som helst som deltar i operationen och inte är sterilklädd, men det är viktigt att den checklisteansvarige respekteras i sin roll av samtliga i operationslaget.

”Förberedelsen ska slutföras före inledning av anestesi, för att bekräfta att det är säkert att fortsätta”

Så här använder du checklistan: i detalj – förberedelse

Förberedelsen kräver att åtminstone anesthesiolog eller anestesisjuksköterska och, om möjligt, operationssjuksköterska är närvarande. Den checklisteansvarige kan fylla i hela denna del på en gång, eller några steg i taget, beroende på hur förberedelserna för anesthesin är upplagda. Detaljerna för varje ruta under förberedelse är följande:

Patienten har bekräftat identitet, plats för incision, typ av operation och information om och samtycke till ingreppet

Den checklisteansvarige får bekräftelse från patienten att dennes identitet, typ av operation och platsen för incision är korrekta samt att denne är informerad om och samtycker till ingreppet. Detta kan verka som mycket upprepande, men det är mycket viktigt för att säkerställa att laget inte opererar fel patient, på fel plats på kroppen eller utför fel ingrepp. Om patienten inte själv kan ge bekräftelse, t.ex. om patienten är ett barn eller oförmögen att tala, kan en förmyndare eller familjemedlem anta denna roll. Om detta steg hoppas över, t.ex. i en nödsituation, ska rutan lämnas tom.

Operationsområdet markerat/ej tillämpligt

Den checklisteansvarige skall bekräfta att operatören har markerat var incisionen ska ske i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter för detta. Markering för mittstrukturer kan följa lokala rutiner. Konsekvent markering ger en säkerhetskontroll som bekräftar rätt plats och ingrepp.

Säkerhetskontroll för anestesi genomförd

Den checklisteansvarige genomför detta steg genom att fråga anesthesiologen/anestesisjuksköterskan om säkerhetskontroll för anestesi har genomförts. Detta ska innebära en formell inspektion av anesthesiutrustning, läkemedel samt patientens riskbild för anestesi före varje operation, vilket innebär att:

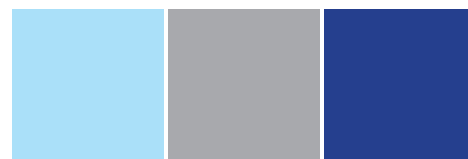
Kontrollerad och fungerande luftvägsutrustning finns tillgängligt.

Syrgas/andningssystem för kontrollerad ventilation finns och systemet är kontrollerat.

Fungerande sug finns tillgänglig.

Läkemedel och utrustning för planerad anestesi finns tillgängliga.

Akutläkemedel, utrustning och assistans för nödsituationer finns tillgängliga.



Pulsoximeter kopplad och fungerande

Checklistansvarig bekräftar att en pulsoximeter har kopplats på patienten och fungerar på rätt sätt före inledning av anestesi. Helst ska pulsoximetervärdet vara synligt för hela operationslaget. Ett ljudlarmssystem ska om möjligt användas för att uppmärksamma personalen på onormala värden av patientens puls och syrenivå. Pulsoximetri rekommenderas starkt av WHO som en nödvändig komponent för säker anestesi. Om ingen fungerande pulsoximeter finns tillgänglig måste operatören och anestesiologen utvärdera hur akut patientens tillstånd är och överväga att senarelägga operationen tills en fungerande mätare finns att tillgå. I akuta fall, för att rädda liv eller kroppsdelar, kan detta krav förbises, men i sådana fall ska kryssrutan lämnas tom.

Har patienten någon känd allergi?

Denna och de följande tre frågorna ska den checklistansvarige rikta till anestesiologen/ anestesisjuksköterskan. Först ska den checklistansvarige fråga om denne känner till om patienten har någon känd allergi och i så fall mot vad. Detta ska göras även om han eller hon vet svaret. Syftet är att bekräfta att anestesiologen/anestesisjuksköterskan är medveten om eventuella allergier som kan utgöra en risk för patienten. Därefter fylls motsvarande ruta i. Om den checklistansvarige känner till en allergi som anestesiologen/anestesisjuksköterskan inte vet om ska den informationen vidarebefordras. Överkänslighet mot lokalanestetika bör också efterfrågas liksom kontaktallergier, vilket kan ha betydelse för val av förbandsmaterial.

Finns risk för aspiration/svår intubation?

Den checklistansvarige skall fråga om anestesipersonalen har gjort en bedömning av om patienten kan vara svår att intubera. Det finns ett antal sätt att bedöma luftvägarna (t.ex. Mallampati-metoden, tyreomentalt avstånd och Bellhouse-Doré-metoden). En objektiv utvärdering av andningsvägarna med en giltig metod är viktigare än själva valet av metod. Dödsfall på grund av att fri andningsväg inte kan etableras under anestesi är en tragedi som ofta går att förebygga med rätt planering. Om bedömningen av andningsvägarna indikerar hög risk för svår intubation måste anestesipersonalen vidta förberedelser för att undvika akuta problem med andningsvägarna. Detta ska minst omfatta en anpassad anestesi (t.ex. att använda regional anestesi om det är möjligt) och att se till att alternativ utrustning för att skapa fri luftväg finns tillgänglig. En kvalificerad assistent – anesthesiolog eller anestesisjuksköterska – ska vara närvarande för att hjälpa till vid inledningen av anestesin.

Risken för aspiration ska också utvärderas som del av bedömningen av andningsvägarna. Om patienten har symptomatisk reflux, har ätit eller kan misstänkas ha retinerat maginnehåll måste anestesiologen förbereda för att undvika aspiration. Risken kan minskas genom att anpassa anestesiplanen, till exempel genom att använda snabb induktionsteknik.

För en patient som bedömts vara svår att intubera eller ha risk för aspiration ska rutan inte kryssas i och induktion av anestesi inte påbörjas förrän anesthesiologen/anestesisjuksköterskan har bekräftat att han eller hon har rätt utrustning och assistans i operationssalen.

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

I detta steg frågar den checklisteansvarige anestesipersonalen om patienten riskerar att förlora mer än en halv liter blod under operationen, detta för att se till att personalen är medveten om, och förberedd på en sådan kritisk händelse. Stora blödningar är bland de vanligaste och viktigaste farorna i samband med operation, med risk för hypovolem chock som ökar när blodförlusten överstiger 500 ml (7 ml/kg hos barn). Tillräcklig förberedelse och resuscitering kan mildra konsekvenserna avsevärt. Kirurger kommunicerar inte alltid risken för blodförlust till anestesiläkare och sjuksköterskepersonal. Om anesthesiologen inte känner till risken för blodförlust i det aktuella fallet bör han eller hon ta tid att diskutera detta med operatören före inledning av anestesi. Om en avsevärd risk för blodförlust på mer än 500 ml föreligger rekommenderas starkt att minst två grova intravenösa infarter och eventuellt en central venkateter och/eller artärkateter läggs in före operationsstart. Personalen ska dessutom bekräfta att blod eller plasma finns klara att beställa eller är reserverade. (Observera att den förväntade blodförlusten går igenom igen av operatören under timeouten. Det ger en andra säkerhetskontroll.)

Finns risk för hypotermi?

Hypotermi innebär en svår påfrestning för patienten, förlänger tiden för postoperativ återhämtning och ökar risken för infektion. Risken för hypotermi bör särskilt uppmärksammas hos barn samt vid ingrepp som varar i mer än 1 timme, medför stora öppna sårytor eller stora vätskeförluster.

Nu är inledningen avslutad och personalen kan inleda anestesi.



”Timeout är en kort paus just innan operationsstart för att bekräfta att flera viktiga säkerhetskontroller har utförts. Den omfattar hela operationslaget.

Så här använder du checklisten: i detalj – timeout

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

Medlemmar i operationslag kan bytas ut. Om en högrisksituation ska kunna hanteras effektivt måste alla i operationslaget känna till vilka de andra är inklusive deras roller och kvalifikationer. Detta uppnås genom en enkel presentation, som med fördel inkluderar information om personliga förhållanden av betydelse som t.ex. bristande erfarenhet av det aktuella ingreppet, återkomst till arbetet efter längre frånvaro, nyligen introducerad på arbetsplatsen och liknande. Den checklisteansvarige ber att alla i salen presenterar sig med namn och roll. Om alla redan känner varandra kan de bara bekräfta att de har presenterat sig, men ny personal sedan senaste operation bör presentera sig liksom vid avlösning. Presentation inkluderar även studenter eller annan personal.

Operatör, anestesilog och sköterska bekräftar patient, incisionsplats och operationstyp

Detta steg är den timeout eller paus i operationen som är standard för många svenska och internationella organisationer. Precis innan operatören påbörjar operationen ber den checklisteansvarige eller någon annan i personalen att alla stannar upp för att bekräfta patientens namn, vilket ingrepp som ska utföras, var incisionen ska göras och vid behov patientens placering, för att förhindra operation på fel patient och fel plats och att alla är medvetna om risker för skador till följd av speciell uppläggning och hur dessa skall undvikas. Operationssjuksköterskan kan till exempel säga, ”Dags för timeout” och sedan fortsätta, ”Instämmer alla att detta är patient X, som ska opereras för ljumskbräck på höger sida?” Denna ruta ska inte kryssas i förrän anesthesilog/anestesisjuksköterska, operatör och operationssjuksköterska var och en tydligt har bekräftat att de instämmer. Om patienten inte är sövd är det bra om han eller hon också bekräftar.

Väntade kritiska moment

Effektiv kommunikation är en väsentlig del av säker kirurgi, effektivt lagarbete och förebyggande av komplikationer. För att se till att viktiga patientproblem kommuniceras leder checklisteansvarige en kort diskussion mellan operatör, anestesipersonal och operationspersonal om förväntade kritiska moment under operationen och planer för att hantera dem. Detta kan göras genom att helt enkelt ställa den specifika frågan till varje lagmedlem. Det spelar ingen roll i vilken ordning, men de enskilda rutorna får inte kryssas i förrän respektive disciplin har gett sin information. Om det handlar om en rutinoperation som all personal är van att utföra kan operatören bara säga, ”Detta är ett rutinfall som kommer att ta X minuter” och sedan fråga anestesipersonalen och operationssjuksköterskan om de har någon ytterligare information.

Operatörens bedömning: vilka kritiska eller oväntade moment kan finnas, operationens längd, förväntad blodförlust?

En diskussion av ”kritiska eller oväntade moment” avser att åtminstone informera samtliga i operationslaget om eventuella moment där patienten kan riskera att förlora blod snabbt eller skadas på annat livshotande sätt. Befarade risker bör uttalas tydligt, t.ex. ”Tumörövertväxt kan föreligga, det kan orsaka förlängd operationstid och eventuellt större blödning än normalt”. Detta innebär också en chans att gå igenom steg som kan kräva specialutrustning, implantat eller andra förberedelser.

Anestesilagets bedömning: finns några patientspecifika eller anesthesiologiska problem?

Någon i anestesilaget bör muntligen gå igenom specifika planer och problem för resuscitering. Det gäller särskilt för patienter som löper risk för massiv blodförlust eller hemodynamisk instabilitet. Andra försvårande patientförhållanden (hjärt- lungsjukdom, arytm, blodsjukdom etc) eller risk för annat allvarligt tillstånd på grund av ingreppet bör påtalas liksom planer för åtgärdande. Hela operationslaget bör delges om anestesiiinledningen givit upphov till problem. Många operationer innebär inte några väsentliga risker eller problem som behöver kommuniceras. I sådana fall kan anestesiologyen bara säga, ”Jag ser inga särskilda problem med detta fall.”

Operationssjuksköterskans bedömning: har sterilitet (inklusive indikatorresultat) bekräftats? Finns några problem med utrustning eller annat?

Operationssjuksköterskan, eller den tekniker som ställer i ordning utrustningen för operationen ska muntligen bekräfta att sterilisering har utförts och att en sterilitetsindikator (för värmesteriliserade instrument) har verifierat steriliseringen. Om det finns avvikelser mellan förväntade och faktiska sterilitetsindikatorresultat ska detta rapporteras till hela laget och åtgärdas innan operationen påbörjas. Detta är också ett tillfälle att diskutera eventuella problem med utrustning och andra förberedelser för operationen eller andra säkerhetsproblem som operationssjuksköterskan eller undersköterskan kan ha, särskilt sådana som inte har påtalats av operatör och anestesipersonal. Om det inte finns några särskilda problem kan operationssjuksköterskan, säga ”Sterilitet har kontrollerats. Inga problem att rapportera.” eller teknikern t.ex. ”inga problem med hjärt- lungmaskinen”.

Det är av största betydelse att uppläggnen inte orsakar skador. Det gäller särskilt för läget av extremiteter och nacke eller uppläggning i benstöd. När sådan uppläggning är nödvändig skall laget planera för hur skador skall undvikas t.ex. genom att begränsa tiden för uppläggning och säkerställa att tidsbegränsningen iakttas med lämplig larmfunktion.



Har antibiotikaprofylax givits inom de senaste 60 minuterna?

Trots starka bevis och utbredd konsensus om att antibiotikaprofylax mot sårinfektioner är mest effektiv om serum- och/eller vävnadsnivå av antibiotika uppnås vid operationsstart är det inte alltid som ordinerad antibiotikaprofylax administreras inom en timme före incision. För att minska risken för infektioner frågar den checklisteansvarige under timeouten om antibiotikaprofylax har givits under de senaste 60 minuterna. Den personal som är ansvarig för att administrera antibiotika (vanligen anestesipersonalen) ska bekräfta muntligen. Om ordinerad antibiotikaprofylax inte har administrerats ska det göras före incision. Om antibiotikaprofylaxen har administrerats för mer än 60 minuter sedan bör laget överväga att ge en ny dos. Rutan ska lämnas tom om ingen ytterligare dos har givits. Om antibiotikaprofylax inte anses lämpligt (när antibiotikaprofylax ej är indicerad eller vid kontaminering eller infektion där antibiotika ges som behandling) kan rutan ”ej tillämpligt” kryssas i när personalen har bekräftat detta. Om kliniken tillämpar peroral antibiotikaprofylax rekommenderas att checklistan modifieras för att passa till denna rutin, så att det kan säkerställas att ordinationen genomförts inom de tidsgränser som rutinen föreskriver.

Trombosprofylax

Trombosprofylax ges enligt flera olika scheman både som läkemedel och/eller med mekaniska medel. Här kontrolleras att patienten fått denna enligt ordination. Om så inte varit fallet skall operatör ta ställning till åtgärd i samband med operationen och/eller under det postoperativa skedet.

Visas relevant bildinformation?

Röntgenbilder är avgörande för planering och utförande av många operationer bland andra ortopediska ingrepp, ryggoperationer, thoraxoperationer samt flertalet tumörresektioner. Under timeouten ska den checklisteansvarige fråga operatören om bilder är nödvändiga för fallet. I så fall ska den ansvarige bekräfta att aktuella röntgenbilder finns på salen och är väl synliga för användning under operationen. Först därefter ska rutan kryssas i. Om bilder behövs men inte är tillgängliga ska de införskaffas. Operatören bestämmer om ingreppet kan fortgå utan röntgenbilderna om de behövs, men inte är tillgängliga. Om så är fallet ska rutan lämnas tom. Om inga röntgenbilder behövs ska ”ej tillämpligt” kryssas i.

Nu är timeouten avslutad och operationen kan starta.

”Avslutningsdelen ska fyllas i innan patienten lämnar operationssalen. Målet är att säkerställa att viktig information förs vidare till den sjukvårdspersonal som ansvarar för patientens vård efter operationen.”

Så här använder du checklistan: i detalj – avslutning

Avslutningen kan initieras av operationssjuksköterskan, operatören eller anestesiolagen/anestesisjuksköterskan och ska genomföras innan operatören har lämnat salen. Den kan till exempel genomföras under hudsutur, förbandsläggning eller liknande. Återigen ska varje ruta kryssas i först efter det att den checklisteansvarige har fått varje enskild fråga bekräftad av operationslaget.

Den checklisteansvarige får muntlig bekräftelse av laget: vilket ingrepp som utförts och registreras

Eftersom operationsplanerna kan ha ändrats under operationens gång ska den checklisteansvarige be operatören och laget bekräfta exakt vilket ingrepp som har utförts. Detta kan göras i form av frågan ”Vilken operation har utförts?” eller som en bekräftelse, ”Vi har utfört en X-operation, eller hur?”.

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

Kvarglömda instrument, torkar och nålar är ovanliga och olyckliga misstag som trots allt förekommer. Operationssjuksköterskan ska därför bekräfta att instrument-, tork- och nålkontroll är utförd och att inga saknas.

Hur preparat är märkta (inklusive patientens namn och personnummer)

Felaktig märkning av preparat till patologisk, mikrobiologisk eller annan undersökning kan vara katastrofalt för en patient och har visats vara en vanlig felkälla för laboratoriefel. Operationssjuksköterskan ska bekräfta att eventuella preparat som tagits under ingreppet är korrekt märkta genom att högt läsa upp patientens namn, personnummer, preparatbeskrivningen och eventuella riktmärken.

Finns det problem med utrustningen som behöver uppmärksammas?

Utrustningsproblem förekommer i operationssalar. Det är viktigt att identifiera instrument och utrustning som inte fungerar på rätt sätt under operationen. Detta för att förhindra att samma utrustning används igen innan problemen med den/dem har rättats till. Den checklisteansvarige ska se till att eventuella problem med utrustningen under en operation uppmärksammas av operationslaget.



Operatör, anestesilog, anesthesjuksköterska och operationssjuksköterska går igenom huvudpunkterna för postoperativt omhändertagande av patienten

Operatören, anesthesiologen, anesthesjuksköterskan och operationssjuksköterskan ska gå igenom planen för postoperativt uppvaknande och omhändertagande, och särskilt behandla eventuella problem som uppstått under operationen eller med anestesin och som kan påverka patienten. Händelser som utgör en särskild risk för patienten under uppvaknandet och som kanske inte är uppenbara för alla inblandade är särskilt viktiga. Målet med detta steg är att effektivt överföra viktig information till hela laget, liksom att kontrollera att dessa viktiga uppgifter om ingreppet inklusive dränage, storlek av blödning m.m. samt fortsatta ordinationer finns dokumenterade.

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

Slutligen ges tillfälle för alla att delta i ett kort samtal om vad laget kan lära av den genomförda operationen och vad som kan göras bättre nästa gång. Det är av betydelse att samtliga i laget stannar kvar för att delta i samtalet. Erfarenheten visar att det är en fördel om de som har minst erfarenhet inleder med sina iakttagelser. Vanligtvis blir samtalet kort, men i särskilda fall kan laget behöva längre tid.

I och med detta steg är hela checklisten ifylld.

Under förutsättning att journalen innehåller de uppgifter som kontrolleras är checklisten inte en journalhandling. Om så önskas kan den placeras i journalen men kan sparas som en del i det fortlöpande kvalitetsarbetet.

”Säkerhets-
åtgärderna ska
inspirera till en
effektiv förändring
som gör att
operationslaget
följer alla moment
på checklisten.”

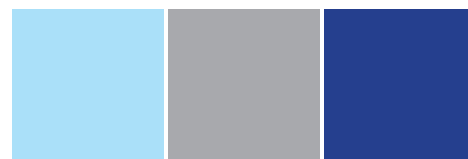
Främja säkerhetsmedvetande

Modifiera checklisten

Checklisten kan modifieras för att anpassas till olika rutiner i olika institutioner, kulturen på operationsenheten och hur väl operationslaget känner varandra. Vi avråder dock starkt från att stryka säkerhetsåtgärder för att de inte kan genomföras i den befintliga miljön. Säkerhetsåtgärderna ska inspirera till en effektiv förändring som gör att operationslaget följer alla moment på checklisten.

För att öka användbarheten har Världshälsoorganisationens checklista för säkerhet vid operationer avsiktligt hållits kort och aldrig avsetts bli heltäckande. Den svenska versionen, framtagen av representanter för professionerna, avviker från WHO:s genom några få tillägg. De är under *förberedelsen* bedömning av risk för hypotermi, under *time-outen* kontroll av uppläggning och trombosprofylax samt under *avslutning* en uppmaning att genomföra ett kort samtal om vad man kan lära och göra bättre nästa gång.

En del kliniker kan vilja lägga till säkerhetsåtgärder till checklisten. Operationslag kan överväga att lägga till andra säkerhetskontroller för specifika ingrepp, särskilt om de redan är del av en etablerad rutin. Varje fas ska användas som ett tillfälle att verifiera att viktiga säkerhetsåtgärder alltid genomförs, att viktiga implantat finns tillgängliga (t.ex. nät eller protes), andra utrustningsbehov eller viktiga preoperativa biopsiresultat, laboratorieresultat eller blodtyp. Varje operationsavdelning uppmanas att revidera checklisten för att anpassa den till lokala rutiner som syftar till att viktiga säkerhetsåtgärder genomförs på effektivt sätt. Vi avråder dock från att göra checklisten så komplex att den blir svårhanterlig.



Introducera checklisten i operationssalen

Det krävs viss övning för operationslaget att lära sig använda checklisten effektivt. Några kommer att tycka att det är en belastning eller till och med bortkastad tid. Målet är inte att rabbla den utantill eller att störa arbetsflödet. Checklisten ska ge laget en enkel uppställning viktiga kontroller för att förbättra effektivt samarbete och kommunikation och att uppmuntra aktiv medvetenhet om patientens säkerhet vid varje utförd operation. Många av stegen i checklisten följs redan i operationssalar världen över, men få följer dem konsekvent. Checklisten har två ändamål: garantera konsekvent patientsäkerhet och införa (eller upprätthålla) en kultur som sätter värde på att uppnå detta.

Lyckad implementering kräver att checklisten anpassas till lokala rutiner och förväntningar, förutsatt att dessa inte motverkar syftet. Implementering är inte möjligt utan uppriktigt engagemang från klinik- och sjukhusledningen. För att arbetet med checklisten ska vara framgångsrikt måste chefer och ledare tydligt ta ställning för att prioritera säkerhet och att användning av checklisten är ett viktigt steg för att uppnå säker operationssjukvård. För att demonstrera detta ska de använda checklisten i sitt eget arbete och regelbundet fråga andra hur det går för dem att använda checklisten. Om det inte går att visa på ledarskap kan införandet av en checklista av denna typ bidra till missnöje och antagonism. Checklistor har använts i många olika miljöer, inklusive patientvård med gott resultat på många olika vårdinrättningar med olika resursnivåer. Erfarenheten visar att med utbildning, övning och ledarskap kan hindren för införande och användning av checklisten överbryggas. Med rätt planering och engagemang kan checklistans steg lätt gås igenom och därmed bidra till ökad säkerhet i operationsvården.

Egna anteckningar

World Health Organization

**20 Avenue Appia
CH - 1211 Geneva 27
Schweiz**

Tel. +41 (0) 22 791 50 60

E-post: patientsafety@who.int

**Besök vår webbplats på
www.who.int/patientsafety/en/**

**[www.who.int/patientsafety/challenge/
safe.surgery/en/](http://www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/en/)**

**Produktionen av den svenska checklistan
och bruksanvisningen är gjord av
Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag**

info@patientforsakring.se

