

# Examensarbete på avancerad nivå

*Independent degree project – second cycle*

Omvårdnad

*Nursing*

**Operationspersonalens attityder till användande av checklistor i samband med operationer**

- en integrativ litteraturstudie

**Surgical team members' attitudes toward the use of safety checklists in connection with operations**

-an integrative literature review

**Maria Ragnarsson och Magnus Sundman**



**Mittuniversitetet**  
MID SWEDEN UNIVERSITY

**MITTUNIVERSITETET**

Avdelning omvårdnad

**Examinator:** Siv Söderberg, [siv.soderberg@miun.se](mailto:siv.soderberg@miun.se)

**Handledare:** Mats Jong, [mats.jong@miun.se](mailto:mats.jong@miun.se); Kerstin Brodin, [kerstin.brodin@miun.se](mailto:kerstin.brodin@miun.se)

**Författare:** Maria Ragnarsson, [mara1403@student.miun.se](mailto:mara1403@student.miun.se); Magnus Sundman, [masu1009@student.miun.se](mailto:masu1009@student.miun.se)

**Utbildningsprogram:** Specialistutbildning - Operationssjuksköterska, 60 hp

**Huvudområde:** Omvårdnad

**Termin, år:** VT, 2015

## **Abstrakt**

**Bakgrund:** Patientsäkerhet är centralt inom operationsverksamhet. Säkerhetssystem i form av checklistor har en lång historia inom flyg och annan industri men är relativt nytt för operationssjukvård. WHO har utformat en checklista som ska ses som ett värdefullt redskap för att förbättra patientsäkerheten under operation.

**Syfte:** Denna litteraturstudies syfte var att belysa hur attityder kring checklistor påverkar säkerhetsklimat och teamarbete bland personal som arbetar på operationssal.

**Metod:** Litteraturstudien genomfördes med en integrativ design för att kunna använda sig av både kvalitativa och kvantitativa forskningsstudier.

**Resultat:** Arbetande på operationssal uppgav en övervägande positiv attityd till användandet av en säkerhetschecklista. Bland operationspersonal var den allmänna uppfattningen att den bidrar till ökad patientsäkerhet och har en positiv inverkan på kommunikation och teamarbete. Det uppenbarade sig emellertid även variationer i följsamhet. Hinder av olika slag visade sig så som hierarkiska system och bristande engagemang.

**Diskussion:** Variationer i användandet av checklistan verkade till stor del påverkas av attityder från personalen som arbetar på operationssal. Användandet av en säkerhetschecklista på operationssal kan ge stora vinster i minskat lidande för den enskilde patienten och minskade kostnader för sjukvården och samhället.

**Slutsats:** Resultatet visade på övervägande positiva attityder men variationer i faktiskt användande. En säkerhetschecklista visades även ge ökad patientsäkerhet och en förbättrad kommunikation. Sjukvården har fortfarande stora utmaningar för att överkomma hinder för checklistans användande.

**Nyckelord:** attityder checklista, operation, operationssal, sjukvårdspersonalens attityder,

## **Abstract**

**Background:** Patient safety is crucial within surgery. Safety systems such as a checklist has a long history within aviation and other types of industries but is relatively new in the operating room. WHO has developed a surgical safety checklist to be used as a valuable tool for improvement in patient safety during surgery.

**Aim:** The aim of this literature study was to highlight how attitudes towards checklists effect safety climate and teamwork among personnel in the operating room.

**Method:** The literature study was carried out with an integrative literature review design to be able to use both qualitative and quantitative research studies.

**Result:** Health personnel working in the operating room were stating mainly positive attitudes towards to use a safety checklist. Among the personnel working in the operating room the main opinion was that it contributes to increased patient safety and has a positive effect on communication and teamwork. The findings include variation in compliance and resistance of different types for its use such as hierarchical systems and lack of involvement.

**Discussion:** Variations in compliance of using the checklist seem to be effected largely by the attitudes of the health personnel in the operating room. The use of a safety checklist in the operating room can be beneficial in terms of abated suffering for the individual patient and decreased expenses for healthcare and community.

**Conclusion:** The result displayed mainly positive attitudes but variations in its actual use. A safety checklist demonstrated increased patient safety and improved communication. Healthcare still has a big challenge to overcome the resistance in the use of a checklist.

**Keywords:** attitudes, attitudes of health personnel, checklist, operating room, surgery

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND .....	1
SYFTE.....	4
METOD.....	4
Design.....	4
Litteratursökning och urval .....	4
Kvalitetsgranskning.....	5
Analys.....	6
Etiska aspekter.....	7
RESULTAT .....	7
Positiva attityder till att använda checklistor bland personal arbetande på operationssal .....	8
Operationspersonal uppfattar att checklistor bidrar till ökad patientsäkerhet.....	9
Checklistans positiva inverkan på kommunikation och teamarbete .....	10
Teamintroduktion .....	10
Kommunikation.....	11
Skillnader mellan yrkeskategorier .....	12
Hinder för användande och utförande av checklistan .....	13
Hierarkier inne på operationssal.....	13
Bristande engagemang och konkurrens om uppmärksamhet av personalen arbetande inne på operationssalen .....	13
Om personalen själv vore patient .....	14
DISKUSSION .....	15
Resultat diskussion.....	15
Metod diskussion.....	18
SLUTSATS .....	19
Referenslista .....	20
Bilaga 1 – Översikt av inkluderade artiklar	

## BAKGRUND

För det opererande teamet är patientsäkerheten i fokus. Filosofin om ” primum non nocere” viktigast av allt att inte skada eller orsaka onödigt lidande går långt tillbaka i historien. Tidigare betraktades säkerhet mer som att sjukvårdspersonal ensamt var ansvariga för sitt handlande som enskild individ. Personligt ansvar är fortfarande viktigt men med en modernare syn blir patientsäkerheten mer holistisk och är mer accepterande mot den mänskliga faktorn som felkälla. Numer bygger synen mer på brister på individnivå som ett systemfel när inte säkerheten säkerställs. Bland annat har flyg och kärnkrafts industri varit föregångare till olika typer av säkerhetssystem där samarbete och kommunikation hör till de viktigaste faktorerna för säkerhetsarbetet (Rothrock, 2014). En norsk studie har jämfört säkerhetsklimatet mellan oljeindustri och sjukvård. Studien synliggjorde att säkerhetsklimatet upplevdes något bättre inom oljeindustrin. Störst skillnad kunde ses under punkten som tog upp ledningens stöd till säkerhetsarbete (Olsen & Aase, 2010).

Världshälsoorganisationen (WHO) har i sitt arbete för ökad patientsäkerhet arbetat fram en checklista som kan anpassas och användas vid operativa ingrepp av olika slag. Listan är frivillig att använda och ska ses som ett värdefullt verktyg för att förbättra befintliga säkerhetssystem samt öka kommunikation och samarbete inom operationsteamet. Checklistan ska ses som en grund men kan med fördel anpassas efter den befintliga verksamheten. WHO's checklista är indelad i tre steg där varje steg har ett antal säkerhetspunkter att kontrollera. De tre stegen där kontroll görs är före inledning av anestesi, före incision samt innan patienten lämnar operationssalen(Bruksanvisning-säkerhet vid operationer checklista, mars 2009).

Haynes et al (2009) genomförde en studie på åtta olika sjukhus i åtta olika länder där både geografiska och ekonomiska förutsättningar varierade. Denna visade på att dödligheten minskade från 1,5 % före införandet av WHO's checklista till 0,8 % efter checklistan hade börjat användas. Studien beskriver även att komplikationer kring en operation minskade från 11 % till 7 %. Även de postoperativa sårinfektionerna och oplanerade reoperationer minskade signifikant.

En mycket viktig komponent för patientsäkerhetsarbetet är en tydlig kommunikation mellan teammedlemmarna på operationssalen. WHO's checklista fyller en viktig funktion på så vis att den inte bara innefattar säkerhetsmomenten utan även uppmuntrar och skapar möjlighet till

en tydlig kommunikation. Det är inte helt klarlagt exakt vad som ökar säkerheten med checklistan. Dålig kommunikation är dock ofta upphov till att misstag begås, varför fullgod kommunikation har en nyckelroll i säkerhetsarbetet (Kawano, Taniwaki, Ogata, Sakamoto & Yokoyama, 2014). Gillespie, Gwinner, Chaboyer och Fairweather (2013) ville med sin studie beskriva hur kommunikationen mellan operationsteamet påverkar säkerhetskulturen kring en operation. Denna visade på hur en öppen dialog är nödvändig för att optimera operationsteamets samarbete och det i sin tur ökar patientsäkerheten.

Braithwaite, Marks och Taylor (2014) talar om att vid en förändring såsom införandet av en checklista gäller det att ha personalen med sig. Sannolikheten för att en sådan checklista skall komma att användas så som det är tänkt blir mycket större om personalen känner att den för med sig uppenbara fördelar. Stora investeringar och hårt arbete kan krävas för att nå små förbättringar i en organisations säkerhetsklimat. Bra samarbete mellan ledning och personal är viktigt då nyckeln till ett förbättrat säkerhetsklimat är att nå ner till den enskilde individen. Uppfattningar, attityder och det sociala spelet påverkar hur personal tar till sig av evidensbaserad vetenskap. Införandet av nya rutiner behöver vara utformat på så vis att verksamheten lätt kan använda dessa.

Det har visat sig att personalen på operationssalen påverkas av hur teamet kommunicerar. Ett nedlåtande sätt att tala till varandra fick personalen att bli mindre delaktig i verksamheten, vilket leder till sämre perioperativ omvårdnad då fokus flyttas från patienten (Johnson & Kimsey, 2012). Att identifiera problem och föra dem till ljuset är en viktig del i säkerhetsarbetet. Klimatet på operationssalen ska vara så tillåtande och konstruktivt att vem som helst oavsett funktion ska känna sig trygg att påpeka fel och brister om sådant upptäcks (Spruce, 2014).

I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård står mycket att läsa om hur operationssjuksköterskan har en viktig del i teamsamverkan på operationssalen. Kompetensbeskrivningen tar bland annat upp att operationssjuksköterskan ska ta tillvara på teammedlemmarnas åsikter kring utvecklandet och främjande av ett bra arbetsklimat, upprätthålla tydligt informationsflöde för att främja patientsäkerheten samt säkerställa kvalitet och kontinuitet vid operationen (Riksföreningen för operationssjukvård & svensk sjuksköterskeförening, 2011).

Rydenfält, Johansson, Odenrick, Åkerman och Larsson (2012) visade att det finns variationer kring hur personal använder sig av WHO's checklista. Presentation av operationsteamets

medlemmar gjordes endast vid hälften av de undersökta operationstillfällena. Mest använd information var patient ID, typ av ingrepp samt eventuellt användande av antibiotika, minst använd information var exakt lokalisation av operationssnittet. Denna studie observerade även att medlemmar ur operationsteamet ofta utförde andra arbetsuppgifter samtidigt som checklistan genomfördes utan att de andra medlemmarna reagerade på detta. I studien ges ett antal exempel på aktiviteter som pågick under tiden som ska vara avsedd för en så kallad ”time out”, aktiviteterna i sig hade inget med checklistan att göra.

Eriksson (1994) beskriver hur vård av medmänniskor och vård i organiserad form har vuxit fram genom historien med främsta syfte att lindra mänskligt lidande. Den här utvecklingen har även medfört uppkomst av lidande för den enskilde patienten. Att minska detta lidande är en stor och svår utmaning för vårdvetenskapen. Vårdlidande kan betraktas som onödigt lidande och bör i största möjliga utsträckning undvikas. Vidare refererar Eriksson till Florence Nightingale som uttryckte att lidande inte är ett symptom på sjukdom utan ett svar på otillräcklig vård. En patient som genomgår en operation är i en mycket utsatt situation och utlämnad till operationspersonalens yrkesutövande. Deras omvårdnadsarbete kring patientsäkerhet och att motarbeta uppkomsten av komplikationer som skapar vårdskador och onödigt lidande för patienten är av stor vikt (Dåvøy, Hansen & Eide, 2012).

Sveriges kommuner och landsting redovisar i sin rapport: patientsäkerhet lönar sig – kostnader för skador och vårdskador i slutenvården år 2013, där journalerna från 19 141 vårdtillfällen granskades. Femtiofem sjukhus runt om i landet inom somatisk slutenvård ingick i rapporten. Där återfanns att vårdskador som bedömts som undvikbara stod för en kostnad på nästan åtta och en halv miljarder svenska kronor.

Både industri och flygtrafik har visat på stora vinster med säkerhetssystem som följs (Singer, Rosen, Zhao, Ciaverelli & Gaba, 2010; Olsen & Aase, 2010). Dessa två studier är exempel som indikerar att sjukvården inte alltid når upp till samma säkerhetsnivå. Det finns också studier gjorda inom hälso- och sjukvård där införande av säkerhetssystem i form av en säkerhetschecklista visar på vinster i minskade komplikationer och lidande (Haynes et al 2009). Ändå är det relativt nytt inom operationssjukvård med en säkerhets checklista. Det här kan verka förvånande med tanke på riskernas omfattning i en så komplex miljö som en operationssal där säkerhet är så viktigt. WHO publicerade riktlinjer för säker kirurgi 2008 som en del i sitt patientsäkerhetsarbete (Bruksanvisning-säkerhet vid operationer checklista, mars 2009).

Ett säkerhetssystem som används som det är tänkt att användas gör verksamheten i stor utsträckning säkrare, det har visat sig under många år från statistik och forskning. Säkerhetssystem och rutiner som inte används fullt ut tappar sin fulla kraft. Vad som gör att dessa rutiner inte efterföljs och därmed potentiellt kan vara en bidragande orsak till vårdlidande är en mycket komplex mekanism där bland annat säkerhetssystemens utformning, människors olika förhållningssätt samt arbetsplatsers olika kulturer kring säkerhet ska interagera. Författarna till denna litteraturstudie vill belysa vad som finns beskrivet i tidigare forskning kring människors attityder inom operationssjukvård gentemot säkerhetschecklistor, då attityder är en av de faktorer som i stor utsträckning påverkar hur anställda följer befintliga säkerhetssystem.

## **SYFTE**

Denna litteraturstudie har till syfte att belysa hur operationspersonalens attityder till checklistor påverkar säkerhetsklimat och teamarbete på operationssal.

## **METOD**

### ***Design***

Litteraturstudien har genomförts med en integrativ design. Genom en integrativ litteraturstudie ges möjlighet att använda sig av både kvalitativa och kvantitativa forskningsstudier. Studierna kan vara både experimentella och icke experimentella. Människors attityder är ett komplext fenomen varför frågeställningens art motiverar till att ta med studier av olika design (Polit & Beck, 2012). Arbetet har genomförts genom att först formulera en frågeställning, därefter har en litteratursökning med efterföljande kvalitetsgranskning, analys av insamlad data och en sammanställning av resultatet från dessa studier. Denna design användes för att kunna inkludera en stor bredd av forskning och på så vis skapa en bild av fenomenet attityder och säkerhetsklimat.

### ***Litteratursökning och urval***

I linje med Polit och Beck (2012) är det viktigt att ha sina inklusions och exklusionskriterier färdiga innan urvalsprocessen startar. Inklusionskriterierna som gällde i denna studie var att artiklarna skulle beröra: checklista, attityder, operationssal samt att artikeln skulle vara skriven på engelska eller svenska. Exklusionskriterierna som användes var artiklar som behandlade patienters upplevelser samt studier som berörde aktiviteter utanför operationssalen. Ingen begränsning gällande publikationsdatum gjordes.

Litteratursökningen genomfördes i Pubmed och Cinahl. Testsökningar genomfördes med fritextsökning för att få en bild av forskningsläget i relation till författarnas frågeställning. Utifrån resultatet från testsökningarna utformades sökorden som även de gjordes med fritextsökning för att ge bästa möjliga träff på vår frågeställning i syftet. Sökorden som utarbetades var: checklist, surgery, operating room, attitudes of health personnel och attitudes. Sökningen redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Litteratursökning i databaserna PubMed och Cinahl

Databas PubMed/Cinahl	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Urval 1	Urval 2
#1	Checklist	20719			
#2	Surgery OR operating room	3608157			
#3	(Attitudes of health personnel) OR attitudes	318225			
#4	checklist AND (surgery OR (operating room)) AND ((attitudes of health personnel) OR attitudes)	155	57	21	12

Som redovisat så identifierades 155 artiklar med de valda sökorden och samtliga titlar lästes. I de studier vars titel verkade relevanta ur författarnas frågeställning lästes abstraktet. I de abstrakt som innehöll de inklusionskriterier som författarnas frågeställning efterfrågade gick artiklarna vidare till urval 1. De kvarvarande 21 artiklarna lästes i sin helhet. Till urval 2 lästes artiklarna mer noggrant och genomgick kvalitetsgranskning, de artiklar som belyste personalens attityder till checklista och dess inverkan på operationssal inkluderades vilket gjorde att 12 artiklar inkluderades i litteraturstudien.

### ***Kvalitetsgranskning***

Kvalitetsgranskningen genomfördes med en mall för kvalitets granskning från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU): Mall för kvalitetsgranskning av observationsstudier (SBU, 2014). Studierna granskades avseende urval av deltagare, bortfall,

jämförelsegrupper, hanteringen av mätbart utfall samt överförbarhet. I en sammanvägd bedömning som genomfördes enligt GRADE, erhöll de inkluderade artiklarna graderingen medelgod kvalitet. GRADE är ett evidensgraderingssystem som utarbetats av en internationell expertgrupp. I huvudsak bygger detta system på tidigare erfarenheter men med tonvikt på patientnytta och risker (SBU, 2014). En översiktstabell på de inkluderade artiklarna finns som Bilaga 1.

### **Dataanalys**

Analysen baserades på Polit och Beck (2012). Tolv artiklar analyserades i denna integrativa litteratur studie, dessa presenteras i bilaga 1. Samtliga artiklar lästes flera gånger för att få en uppfattning kring artiklarnas huvudresultat och därmed kunna skapa kategorier ur det mest framträdande resultatet i förhållande till författarnas syfte. Meningar och stycken ur de olika artiklarna som berörde liknande frågeställningar bildade kategorier. Färgkodning användes under arbetet med att läsa och identifiera de mest framträdande resultaten. De olika kategorierna som framträdde ur artiklarnas resultatdel fördes samman. Under arbetet med sammanställningen styrdes indelningen av kategorier från författarnas syfte. Utifrån vissa kategorier framträdde subkategorier.

Vid sammanställningen av materialet till denna studies resultatdel översattes texten succesivt till svenska. De huvudkategorier och subkategorier som framkom visas i tabell 2.

Tabell 2. Översikt av huvudkategorier med subkategorier

<b>Huvudkategori</b>	<b>Subkategori</b>
Positiva attityder till att använda checklistor bland personal arbetande på operationssal	
Operationspersonal uppfattar att checklistor bidrar till ökad patientsäkerhet	
Checklistans positiva inverkan på kommunikation och teamarbete	Teamintroduktion, kommunikation, skillnader mellan yrkeskategorier
Hinder för användande och utförande av checklistan	Hierarkier inne på operationssal, Bristande engagemang och konkurrens om uppmärksamhet av personal arbetande inne på operationssal
Om personalen själv vore patient	

### ***Etiska aspekter***

Vi fann ej ett uttalat etiskt resonemang i alla de studier som ingick i resultatet. Men inga studier exkluderades på grund av detta då majoriteten av studierna är anonyma deskriptiva tvärsnittsstudier med frivilligt deltagande. Vid deltagande i enkätundersökning anses det att ifyllandet och tillbaka skickandet kan ses som ett bevis på att deltagarna samtyckt till deltagande (Kjellström, 2012). I de studier som var utförda med annan design återfanns ett visst etiskt resonemang samt att inga enskilda individer eller personuppgifter finns redovisade.

### **RESULTAT**

Av de tolv artiklarna var nio utförda med en mixad design genom tvärsnittsstudier med enkätundersökningar som datainsamlingsmetod, dessa utgick till personal arbetande på operationssal efter införandet av en checklista. I sex studier som utfördes som postintervention av checklistans införande gick frågeformuläret ut till sammanlagt 1622 personer varav 864 personer svarade. Svarsfrekvensen varierade mellan 42,6-94 %. En av artiklarna var en enkätundersökning innan någon form av checklista var implementerad (Haugen, Muruges, Haaverstad, Eide & Söfteland, 2013). I två av artiklarna utfördes enkäten både före och efter en checklistas införande (Böhmer et al, 2012; Haynes et al, 2011). I en studie gick frågeformuläret ut vid tre tillfällen under en fyra års period efter införandet av ett utbildningsprogram innehållande bland annat en säkerhetsgenomgång på operationssal (Allard, Bleakley, Hobbs & Coombes 2011).

Av de resterande tre studierna var en studie utförd med grundad teori som metod och de två övriga studierna var utförd med mixad design. I studien med grundad teori var datainsamlingen genomförd med observationer och intervjuer med 14 anesthesi och operationssjuksköterskor (Waele, Haugen, Söfteland & Hjälmhult, 2012). I den andra studien kombinerades semistrukturerade intervjuer med enkätdata (O'Connor, Reddin, O'Sullivan, O'Duffy & Keogh, 2013). Slutligen studerade en artikel journalförda data gentemot observationsstudier där 280 slumpmässigt utvalda operationsjournaler och 85 operationstillfällen observerades (Saturno, Aledo, Da Silva Gama, Lorca-Parra & Grau-Polan, 2014).

Studierna var utförda i Finland, Norge, Irland, Tyskland, Spanien, Storbritannien, Sverige och USA. I en av studierna från USA utförs enkätundersökningen på åtta olika sjukhus från åtta olika länder. De länder som ingår i denna studie är Filipinerna, Indien, Jordanien, Kanada,

Nya Zeeland, Storbritannien, Tanzania och USA. Ett av dessa sjukhus misslyckades med att distribuera enkäten men det redovisas inte vilket sjukhus det var.

Övervägande antalet artiklar är utförda med en enkätundersökning som ger kvantitativa data. Safety attitudes Questionnaire (SAQ) eller en modifierad version av den samma användes i stor utsträckning. Även enkäter helt utformade av forskarteamen själva förekom. Många av frågeformulären avslutades med utrymme för att fritt kommentera ämnet och frågeställningarna. Se bilaga 1 för mer detaljer om studierna.

Nedan redovisas de fem huvudkategorier som framkommit i litteraturstudien.

### ***Positiva attityder till att använda checklistor bland personal arbetande på operationssal***

O'Connor, Reddin, O'Sullivan O'Duffy och Keogh (2013) visar i sin tvärsnittsstudie att sjuksköterskor genomgående hade en positiv attityd till användandet av en checklista och dess inverkan på säkerhet och teamarbete. Helmiö, Takala, Aaltonen, Pauniahio, Ikonen och Blomgren (2012) har visat i en tvärsnittsstudie på en operationsavdelning specialiserad på öron-näsa-hals att attityder relaterade till checklistan var mestadels positiv bland personalen på operationssal. Något även Norton, Singer, Sparks, Ozonoff, Baxter och Rangel (2014) visar i sin tvärsnittsstudie som gjordes ett år efter införandet av checklista på en operationsavdelning att de flesta bland operationspersonalen hade en positiv attityd till användandet av en checklista. Vidare visar Ali, Osborne, Bethune och Pullyblank (2011) att en säkerhetsgenomgång innan operationsstarten var uppskattat hos personalen. Haynes et al (2011) gjorde en tvärsnittsstudie före och efter införandet av WHO's checklista. Där visar resultatet på positivare attityder gentemot säkerhet efter införandet av checklistan. Medelvärde på skattning av säkerhetsattityden ökade från 3.91 till 4.01 på en 5 gradig skala, en statistisk säkerställd förbättring ( $p=0.01$ ). Haugen, Muruges, Haaverstad, Eide och Söfteland (2013) fann i sin tvärsnittsstudie att 91 % ( $n=250$ ) av operationspersonalen tyckte att ett "time out" protokoll skulle införas permanent.

Allard, Bleakley, Hobbs och Coombes (2011) genomförde en tvärsnittsstudie vid tre tillfällen under en fyra års period där ett utbildningsprogram med bland annat en säkerhetsgenomgång innan operation infördes. Studiens resultat ser ett klart samband mellan påståendet att "säkerhetsgenomgång är vanligt på operationssalen" och att personalen upplevde en positiv attityd till "säkerhetsklimatet" på operationssalen ( $p<0.01$ ).

I studien av Helmiö et al (2012) gavs utrymme att fritt kommentera checklistans införande. Kommentarer som då framkom var: ”checklistan är fördelaktig”, ”den har förebyggt fel”, ”den borde alltid användas”, ”nuförtiden borde ingen operation utföras utan checklista”.

### ***Operationspersonal uppfattar att checklistor bidrar till ökad patientsäkerhet***

Av de som svarade på tvärsnittsstudien gjord av Helmiö et al (2012) samtyckte 76 % (n=76) att checklistan förbättrade säkerheten på operationsrummet och 68 % (n=68) av personalen samtyckte med påståendet att det var en hjälp att förebygga fel. Norton et al (2014) visade i sin studie att totalt 89 % (n=170) tyckte att checklistans införande förbättrade patientsäkerheten. Även McLaughlin, Winograd, Chung, Van de Wiele och Martin (2014) visade i sin tvärsnittsstudie att 98,9 % (n=92) av personalen upplevde att en ”time out” före starten av ingreppet ökade patientsäkerheten.

I tvärsnittsstudien av Ali et al (2011) svarade 89 % (n=33) att de upplevde att de fick större medvetande kring det aktuella ingreppet, 97 % (n=36) upplevde att eventuella problem synliggjordes. I studien gjord av Haynes et al (2011) upplevde 78,6 % (n=202) av de svarande efter checklistans införande att checklistan förbyggde fel i operationsrummet. Ett påstående som fanns med i enkätundersökningen ”Säkerhetsgenomgång innan operationsstart är viktigt för patientsäkerheten”, något som skattades signifikant högre efter checklistans införande. Medelvärde på skattningen ökade från 4.58 till 4.79 (p=0.0058).

I studien av Nilsson, Lindberget, Gupta och Vegfors (2010) svarade 93 % (n=308) av personalen utan tvekan eller med stor sannolikhet att en ”time out” tillför ökad patientsäkerhet. 1 % (n=3) av enkätsvaren ansåg att det inte tillförde något alls till patientsäkerheten, 97 % (n=321) svarade att en ”time out” förebygger misstag under operationen. 6 % (n=21) av de som svarat ansåg att patientens identitet, korrekt ingrepp och rätt sida var troligtvis inte viktigt eller inte viktigt alls. Haugen et al (2013) fann i sin tvärsnittsstudie att 96 % (n=264) trodde att en ”time out” kunde motverka att fel uppstår under operation. 90 % (n=248) trodde att brister i denna kontroll av patientens identitet, rätt sida och rätt ingrepp är en stor bidragande faktor till att fel uppkommer. Ett tydligt resultat från studien av Böhmer et al (2012) visar på hur operatörer efter checklistans införande värderade i större utsträckning att de var övertygade om att torkar, instrument och nålar var räknade och med säkerhet borttagna från operationsområdet.

Vidare i studien av Haugen et al (2013) framkommer fria reflektioner angående attityder och uppfattningar av en "time out" och dess säkerhetsaspekter. Ett exempel på en säkerhetsaspekt som framkom var att operatören inte alltid var medveten om patientens identitet och ingreppets sida som skulle genomföras när de anlände till operationssalen. En av de svarade uttryckte: "jag har varit här i 15 år nu och har upplevt en eller två ingrepp som faktiskt opererats på fel sida allt som allt".

### ***Checklistans positiva inverkan på kommunikation och teamarbete***

I en tvärsnittsstudie utförd ett år efter införandet av en checklista ("time out") gjord av Nilsson et al(2010) upplevde 65 % (n=196) av de svarande att team känslan förbättrats. 86 % (n=257) svarade positivt på påståendet att en "time out" ger operationsteamet en möjlighet att identifiera och lösa problem och oklarheter i det aktuella patientfallet. På påståendet " jag känner stöd från mina kollegor att rapportera oklarheter kring säkerhetsfrågor om de skulle uppstå" skattade personalen detta signifikant mer positivt efter checklistans införande (Haynes et al 2011).

McLaughlin et al (2014) visade i sin tvärsnittsstudie att alla svarande ansåg att operatörens genomgång av möjliga kritiska moment var till hjälp för samtliga i operationsteamets yrkesroll under ingreppet. 84 % (n=78) tyckte att det var operatören som skulle hålla i en "time out". I studien gjord av Haugen et al (2013) tyckte 63 % (n=173) av de svarande att det var ett gemensamt ansvar att bekräfta patientens identitet, rätt sida och rätt ingrepp.

Ett tydligt resultat från studien av Böhmer et al (2012) visade att operatörerna upplevde större kännedom om den aktuella patientens specifika riskfaktorer, jämfört med före införandet av en checklista, samt att de uttryckte att hela teamet fick en större medvetenhet angående specifika arbetsuppgifter.

### **Teamintroduktion**

På frågeställningen hur personalen upplevde om teamintroduktionen, där personalen presenterade sig med namn och titel, tillförde något till operationsarbetet svarade 60 % (n=115) att det blev en bättre teamkänsla (Norton et al 2014). 97,8 % (n=91) av de svarande på enkäten av McLaughlin et al (2014) tyckte att en presentation av teamarbetarna gynnar teamkänslan. I studien av Nilsson et al (2010) så svarade 53 % (n=80) att det är mycket

viktigt eller viktigt till viss del med introduktion av teammedlemmarna. 60 % (n=115) av deltagarna i studien gjord av Norton et al (2014) upplevde att teamintroduktionen gav en ökad kännedom om varandra i arbetsgruppen. Endast 2 % (n=4) upplevde teamintroduktionen som något negativt.

Böhmer et al (2012) visar i sin tvärsnittsstudie att efter checklistans införande fanns en större medvetenhet om vilka kollegor som arbetade tillsammans under operationen. De anställdas attityd till samarbetet mellan yrkesgrupperna värderades mer positivt efter införandet av checklistan.

I studien som jämför journalförd användning av checklista med observationsstudier av personalen på operationssalen och deras användning av checklista i realitet av Saturno, Soria, Aledo, Da Silva Gama, Lorca- Parra och Grau-Polan(2014) framkommer att introduktionen av teammedlemmarna som journalfördes överensstämmer med observationsstudierna.

### Kommunikation

Ali et al (2011) fann i en tvärsnittsstudie att 89 % (n=33) av deltagarna ansåg att säkerhetsgenomgången var ett effektivt sätt att förbättra kommunikationen mellan teamarbetarna. I tvärsnittsstudien utförd av Haynes et al (2011) var det 84.8 % (n= 218) av de svarande som höll med om påståendet att kommunikationen förbättrades av en checklista. Även i studien av Helmiö et al (2012) svarade 83 % (n=83) att kommunikationen förbättrades vid användande av checklistan.

Teman som växte fram från innehållsanalysen av kommentarerna som gavs i den delen av frågeformuläret som gav utrymme för fria reflektioner var brister i säkerställandet av patientens identitet samt brister i kommunikationen mellan operationsteamets medlemmar (Haugen et al 2013).

Studien av Böhmer et al (2012) visar att anesthesi personalen upplevde bättre kommunikation kring möjliga komplikationer i ett tidigt skede kring operationen samt att samarbetet mellan yrkeskategorierna uppskattades fungera bättre efter checklistans införande. McLaughlin et al (2014) visade att 93,5 % (n=87) av de som svarade på enkäten kände att en ”time out” bidrog till att teammedlemmar kände sig bekväma med att höja rösten gällande säkerhetsaspekter under hela proceduren. I tvärsnittsstudien gjord av Norton et al (2014) ansåg 83 % (n=146) att kommunikationen mellan medlemmarna i operationsteamet hade förbättrats med hjälp av

checklistan. Dessutom ansåg 54 % (n=104) att det var en hjälp att sätta tonen i operationssalen och 43 % (n=83) skattade att det blev ett mer öppet klimat.

### *Skillnader mellan yrkeskategorier*

O'Connor et al (2013) utvecklade ett frågeformulär baserat på intervjuer av operationspersonal. Personalen fick skatta svaren på en 5 gradig skala där 1 stod för motsäger starkt och 5 stod för starkt medhåll. En sektion av frågeformuläret rörde hur väl checklistan användes i praktiken. På en sammanställning av den sektionen skattade operatörer ett snitt på 3,36, sjuksköterskor skattade 3,35 och narkosläkare skattade 2,58. Narkosläkarna var även tydligt sämre på att ta initiativet till användandet av checklistan. Vidare visade sjuksköterskornas svar på enkätundersökningen att de i större utsträckning var mer känsliga för hinder och besvär i utförande av checklistan än operatörer och narkosläkare.

Anestesiologer och sjuksköterskor rapporterade i en självskattning att de använde checklistan oftare än operatörer (Helmiö et al, 2012). O'Connor et al (2013) visade att väl etablerade operatörer i större utsträckning tog initiativet till att använda checklistan än de mindre erfarna operatörerna. McLaughlin et al (2014) hade ett påstående i sin studie att en ”time out” hjälpte alla teammedlemmar att känna sig bekväm med att yttra säkerhetsfrågor när som helst under operationen. Men detta upplevdes inte lika säkert av alla personalkategorier. De svarsalternativ som fanns var instämmer inte alls, instämmer delvis inte, instämmer delvis och instämmer helt. På svarsalternativet instämmer helt svarade 33,4 % (n=8) av operatörerna, 51,2 % (n=21) av anestesipersonalen och 89,3 % (n=25) av övrig personal att de instämmer helt.

Skillnader mellan yrkeskategorier visades i frågan hur viktigt det ansågs vara med en genomgång av möjliga kritiska moment under operationen. Läkare ansåg att det var viktigt till viss del medan övriga ansåg det som mycket viktigt. Det visade sig även finnas skillnader i attityder kring kontroll av patientens positionering. Genomsnittet av operationssjuksköterskorna och undersköterskorna ansåg att det var mycket viktigt medan andra yrkeskategorier tyckte att det var viktigt till viss del. Operationssjuksköterskor och undersköterskor ansåg i större utsträckning än läkare och anestesijüksköterskor att checklistan tillförde ny information om det aktuella fallet. Vidare visar resultatet från studien att läkare i större utsträckning värderade kontroll av utrustning som viktigt till viss del medan övriga yrkeskategorier värderade det som mycket viktigt (Nilsson et al 2010).

## ***Hinder för användande och utförande av checklistan***

### ***Hierarkier inne på operationssal***

Studien av Allard et al (2011) visar på att säkerhetsgenomgångens användande var inkonsekvent och att det är inflytandet från operatörerna som avgör huruvida operationsteamet håller fast vid eller överger säkerhetsgenomgången som arbetsredskap. Analyser utifrån observationsstudien av Saturno et al (2014) visade på mer frekvent användande av checklistan när operatören hade en positiv attityd till checklistan. Positiv attityd hos den övriga personalen hade också ett tydligt samband med ett verkligt användande.

I en studie baserad på observationer och intervjuer gjorda på personal på operationssal. Det insamlade materialet analyserades med Grounded Theory som ansats framkommer att sjuksköterskors största bekymmer angående checklistans användande var att kunna uppnå yrkesmässigt och socialt erkännande. Detta var till stor del det som avgjorde i vilken utsträckning sjuksköterskan gjorde sin röst hörd och initierade användandet av checklistan. ”Om operatören är på ett dåligt humör första gången vi tar initiativet till att använda checklistan, tänker jag inte besvara med den något mer, det påverkar mig också och det är otroligt tröttande. Jag tänker för mig själv, ja ja vi lämnar det(checklistan) och sedan låtar jag helt enkelt bli”, är ett exempel på sjuksköterskas röst i en denna studie. En annan röst ur samma studie ger exempel på en strategi där en sjuksköterska tar kontroll över situationen och användandet av checklistan ”Personligen tycker jag inte att det är något problem. Jag tar checklistan och ropar TIME OUT! Jag pratar högt och tydligt och ger inte upp förrän jag fått svar! Om operatören ignorerar checklistan måste vi ignorera dem. Vi måste ta kontrollen!” (Whaele, Haugen, Söfteland och Hjälmhult, 2012).

15 sjuksköterskor som deltog i studien av Helmiö et al (2012) skrev i de fria kommentarerna som avslutade enkäterna att vissa av operatörerna negligerade checklistan och dess utförande. Något sjuksköterskorna fann mycket frustrerande var att några få personers negativa attityd gentemot checklistan hindrade dess användande och funktion.

### ***Bristande engagemang och konkurrens om uppmärksamhet av personalen arbetande inne på operationssalen***

Saturno et al (2014) utförde en studie där de analyserar journalförda data gällande användande av checklista på operationssal. Sedan jämförs dessa uppgifter med direkta observationsstudier av användandet av checklista på operationssal. Det visade sig vara betydande skillnader i

journalförda checklistegenomgångar och vad som visade sig i de observationsstudier som genomfördes. Vid ett sjukhus som ingick i studien uppgavs 100 % (n=63) följsamhet med checklistans samtliga punkter i journalföringen. Men endast 38 % (n=24) av checklistans punkter genomfördes under observationsstudiernas gång.

I en tvärsnittsstudie av O'Connor et al (2013) gavs utrymme för fria kommentarer där 42 kommentarer kodades till 7 underkategorier av författarna till studien. De två starkaste kategorierna som sammanfattade hinder att använda checklisten innefattade ”metod av införande” och ”bristande teamarbete”. Med exempel på kommentarer som visade att personalen upplevde att det blev för mycket papper och signaturer samt att personalen inte visade intresse och var ouppmärksamma när checklisten gick igenom. Tredje största kategorin var den som belyste tidpunkten för checklistans genomgång med kommentaren ”checklistan utförs alltid när narkosläkaren är upptagen av arbete med luftvägarna” som ett exempel.

Ytterligare exempel på fria kommentarer i studien av Helmiö et al (2012) från samtliga yrkeskategorier var: ”det är stöjigt/högljutt och personalen koncentrerar sig inte på checklisten”. Skrivna svar visade också exempel på att checklisten inte utfördes fullständigt och att vissa avsnitt utelämnades. En erfaren operatör uttryckte ”timeout har aldrig använts på mina operationer”. Det framkom även uttryck för osäkerhet när och vem som ska leda säkerhetsgenomgången. Personalens genomsnittliga uppskattning av checklistans användande visade sig vara 68,1 % av operationstillfällena. Vidare beskriver Helmiö et al (2012) att personalen skattade över lag högt på påståendet att checklisten var lätt att använda och lågt på påståendet att den tog lång tid att utföra. Även i studien av Haynes et al (2011) tyder på att checklisten var lätt att använda då 80,2 % (n=206) av deltagarna svarade jakande på detta. 19,8 % (n=51) tyckte att den tog lång tid att slutföra.

### ***Om personalen själv vore patient***

I fyra av studierna framkommer frågor gentemot hur personalen ställer sig till användandet av en säkerhets checklista eller säkerhetsgenomgång om de själva eller någon närstående skulle vara patient.

Helmiö et al (2012) visade att 93 % (n=93) skulle vilja att checklisten användes om de själva skulle vara patient och genomgå en operation. Även Haynes et al (2011) visar på att den stora majoriteten av de svarande önskade att checklisten skulle användas om de själva skulle genomgå en operation 93,4 % (n=240). I studien gjord av McLaughlin et al (2014) svarade

alla att de tyckte en ”time out” skulle genomföras innan varje ingrepp samt att de önskade en ”time out” om de själva skulle vara patient.

Studien som är utförd på ett barnsjukhus av Norton et al (2014) visade att 81 % (n=149) av deltagarna hade en önskan om att checklistan skulle användas om det var deras eget barn som skulle genomgå en operation. 9 % (n=17) önskade checklistans användande i särskilda fall.

## **DISKUSSION**

### ***Resultat diskussion***

Denna studies syfte var belysa hur operationspersonalens attityder till checklistor påverkar säkerhetsklimat och teamarbete på operationssal. Ämnet känns relevant då attityder i stor utsträckning styr människans förhållande till säkerhetsarbete. Att införandet av en säkerhetschecklista så som WHO´s eller något liknande vid operativa ingrepp är positivt för patientsäkerheten har ett starkt vetenskapligt stöd(Haynes et al 2009). Ändå verkar processen med att implementera en sådan i det operativa säkerhetsarbetet möta ett visst motstånd.

Modern operationssjukvård är en högteknologisk och avancerad miljö, ofta med ett högt tempo, som innefattar stora risker för patienten med många moment där fel kan uppstå. Det kan verka förvånande att införandet av ett säkerhetssystem såsom en checklista tagit så lång tid att implementera i verksamheten.

Resultatet som framkommer av litteraturstudiens artiklar pekar på ett övervägande positivt förhållningssätt vad gäller säkerhet och checklista. Det framkommer även från enskildas röster i resultatet att en operation inte borde få genomföras utan en säkerhetsgenomgång. Väldigt få negativa attityder kring ett säkerhetsarbete ses bland svarsalternativen, ändå visar studierna att säkerhetsrutiner i form av en checklista används på ett högst varierande sätt i daglig verksamhet. Rydenfäldt, Johansson., Odenrick, Åkerman och Larsson (2013) som i en studie studerat personals följsamhet till att använda WHO´s checklista lyfter också fram att det förekommer variationer i checklistans användande samt att personalens fokus och engagemang varierar stort.

Att teamintroduktion är uppskattat visar Böhmer et al (2012), McLaughlin et al (2014), Nilsson et al (2010) och Norton et al (2014) från litteraturstudiens resultat. Teamintroduktionen hjälper till att bygga teamkänslan och stärker den enskilde medarbetarens roll i arbetsgruppen. Detta främjar samarbetet och skapar ett klimat på operationssalen där alla känner sig bekväma med att göra sin röst hörd i säkerhetsfrågor som i sin tur leder till ökad patientsäkerhet. Sett ur

den synvinkeln blir vinsten både trevligare arbetsmiljö och ett mer medvetet patientsäkerhetsarbete. Denna introduktion men även resten av användandet av checklistan upplevs öka kommunikationen inom operationsteamet. Även detta hänger ihop med ovan beskrivna fenomen med att bygga en teamkänsla. Tydlig kommunikation är i de flesta fall en viktig ingrediens i effektiva säkerhetssystem. I en studie av Gillespie, Gwinner, Chaboyer och Fairweather (2013) var ett av de tydligaste fenomenen att en öppen kommunikation förbättrade teamarbetet och säkerhetskulturen.

Resultatet visar även tendenser till att operatörens attityd till checklistan och dess genomförande har stor betydelse för hur väl checklistan följs eller om den ens blir aktuell. Det har även framkommit att operatörens attityd och agerande spelar en viktig roll vad gäller stämningen och teamkänslan inne på operationssalen. Har operatören en negativ attityd sätter det en prägel på tonen inom operationsteamet. Det blir då svårare för den enskilde medarbetaren att göra sin röst hörd om hen upptäcker fel och brister. Ett exempel på detta återfinns i studien av Whaele et al (2012) där en sköterska helt enkelt struntar i att ens föra checklistan på tal för att undvika negativ attityd från operatören. Författarna tror dock att det kan förekomma ett omvänt scenario då någon från de övriga yrkeskategorierna sätter en negativ prägel på tonen inne på operationssalen. Studierna som återger fenomenet i resultatet visar ofta på att det är operatörer med lång erfarenhet som står för den negativa attityden. Det kan vara svårt för en mindre erfaren medarbetare oavsett yrkeskategori att stå upp och hårdnackat förespråka användandet av en checklista då det som ny kan vara viktigt att få acceptans inom arbetsgruppen. Därför kanske de erfarna inom samtliga yrkesgrupper borde visa vägen vad gäller attityder och användande av säkerhetssystem så som en checklista. En rapport sammanställd inför det 81:a årliga mötet med AANS (American Association of neurological Surgeons) har titeln ” Changing our culture to advance patient safety”. Rapporten beskriver hur gamla hierarkiska strukturer inom sjukvården kan vara ett hinder för att utveckla patientsäkerheten (Berger, Wachter, Greysen & Iau, 2013).

Avdelningskulturer med starka personligheter och kvarlevor av gamla hierarkiska strukturer inverkar i stor utsträckning. Ledande funktioner har en stor utmaning att förankra ett konsekvent användande av checklistan. Ett exempel på en bra ledarskapsmodell kan behövas. Kreitzer (2014) beskriver att ett modernt ledarskap bör vara integrerat i hela verksamheten och inte bara innebära ett traditionellt beslutsflöde uppifrån och ner.

Från studierna gjorda av Haynes et al (2011), Helmiö et al (2012), McLaughlin et al (2014) och Norton et al (2014) framkom att om personalen själva eller någon av deras anhöriga skulle genomgå en operation så fanns en övervägande önskan om att en checklista eller en säkerhetsgenomgång skulle utföras. Detta kan ses som ett tydligt tecken på att personalen upplever att checklistan gör stor nytta vad gäller patientsäkerheten och känsla av trygghet. Rollenhagen (2007) skriver hur det verkliga användandet sedan blir styrt av avdelningskulturens starka inverkan på en enskild medarbetare. En individ arbetar utefter de informella normer som finns på avdelningen även om detta sätt att arbeta är förknippat med en viss risk. Det pekar även på att trots att det finns en positiv attityd till checklistans vara så är det inte alltid en självklarhet att den efterföljs. En checklista kan alltså ses som något bra för patientsäkerheten av de flesta inom personalgruppen utan att den används unisont.

Operationssjuksköterskan ska använda WHO's checklista, säkerställa patientens identitet, sidomarkering och ingreppets art. Detta är några av många saker som uttryckligen finns att läsa i kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård. I denna kompetensbeskrivning står även skrivet att operationssjuksköterskan ska tillvarata medarbetarnas synpunkter och förslag till att utveckla, förbättra och främja ett gott arbetsklimat. Ytterligare en punkt säger att operationssjuksköterskan ska kommunicera med patienten och operationsteamets medlemmar, på ett respektfullt sätt för att värna integriteten (Riksföreningen för operationssjukvård & svensk sjuksköterskeförening, 2011). I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot anestesijukvård står att läsa att de tillsammans med operationsteamet ska säkerställa patientens identitet, sidomarkering vid pariga organ samt positionering. Det står även att anestesijukvårdssjuksköterskan ska samarbeta med kollegor och medarbetare samt behandla dem rättvist, trovärdigt och uppriktigt (Riksföreningen för anesthesi och intensivvård, 2012). Författarna har sökt men inte hittat någon kompetensbeskrivning eller några nedskrivna riktlinjer för läkare om hur de bör förhålla sig gentemot sina kollegor inom operationsteamet och säkerhetsarbetet inne på operationssalen. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ställer bland annat krav på säkerhet och samverkan som gäller samtliga yrkeskategorier som arbetar med hälso- och sjukvård. Intressant är att det inom vissa yrkeskategorier finns nedskrivna förhållningsriktlinjer som ingår i en kompetensbeskrivning. I studien av Haugen et al (2013) ansåg drygt hälften att ansvaret var gemensamt hos alla yrkeskategorier att säkerställa patientens identitet, rätt sida och rätt ingrepp. Detta går i linje med författarnas tankar om att

samtliga i operationsteamet har ett delat ansvar för patientsäkerheten, samarbetet gentemot varandra som medarbetare och kommunikationen inne på operationssalen.

Att genomföra till exempel WHO's säkerhetschecklista eller någon annan form av säkerhetsgenomgång i samband med operationer tar lite kraft i anspråk men nyttan med den är väldigt stor. Som beskrivet i bakgrunden uppskattas det finnas stora ekonomiska besparingar att göra med en förbättrad patientsäkerhet och minskat antal vårdskador (Sveriges kommuner och landsting; Patientsäkerhet lönar sig – kostnader för skador och vårdskador i slutenvården år 2013). Den kanske största vinsten kan ses som minskat vårdlidande hos den enskilde drabbade patienten vilket inte går att mäta i pengar (Eriksson, 1994).

En kedja är aldrig starkare än sin svagaste länk. Det finns olika sätt att utforma ett säkerhetssystem men oavsett vilket tillvägagångssätt som används för att undvika fel så fallerar systemet om det inte används som det är tänkt. En liknelse kan vara att inte använda bilbältet i bilen, säkerhetssystemet finns där men ökar bara säkerheten om det används.

### ***Metod diskussion***

Denna litteraturstudie har genomförts med en integrativ design något som kombinerar kvalitativ och kvantitativ forskning (Polit & Beck, 2012). Att liknande frågor ställts och besvarats från olika delar av världen med stora kulturella och ekonomiska skillnader måste anses som en styrka i studien. Vad som bidrar till en begränsad trovärdighet är att vissa av studierna har relativt låg svarsfrekvens med 42,6 % i studien med lägst svarsfrekvens samt att det fanns artiklar som inte redovisade sitt bortfall. Låg svarsfrekvens i kombination med risken att det kan finnas en selektionsbias då personer som svarat på enkäten är engagerade och positivt inställd till en checklista. Detta kan ha medfört att en betydande del negativa åsikter inte tydliggjorts. De två studier som inte använde sig av enkätundersökningar bidrog med att ge en fördjupad bild av det undersökta fenomenet attityder. Dessa studier byggde i stor utsträckning på observationer och intervjuer. Samtliga artiklar i resultatet var skrivna på engelska oavsett vilket land studien var utförd i. Översättningen från engelska till svenska är gjord efter författarnas bästa förmåga men det kan dock blivit feltolkningar då engelska inte är författarnas modersmål. Artiklar som inte var skrivna eller översatta till engelska eller svenska exkluderades vilket kan utesluta viktiga resultat.

Sökorden arbetades fram för att ge bästa möjliga träffar i förhållande till författarnas syfte. En svaghet med vår sökning är att vi inte använde oss av MESH-termer men författarna fick ändå

tillräckligt stort utfall på relevanta artiklar. Att det endast blev artiklar från PubMed var för att kontrollsökningar i Cinahl ej tillförde några nya artiklar.

Det finns gott om studier som visar på införandet av en checklistas mätbara förbättringar vad gäller patientsäkerhet, men studier som belyser fenomenet attityd gentemot checklistan var dock mer sällsynt. I vårt fokus på operationspersonalens attityder har vi tolkat in synonymer till attityder eller förhållningssätt som är uppenbart styrda av attityder, något som kan ses som en svaghet då författarnas syn på attityder i viss mån kan ha färgat resultatet.

## **SLUTSATS**

Resultatet från denna litteraturstudie antyder att majoriteten av personal arbetande inne på operationssal anser att användandet av en säkerhetschecklista är något positivt för patientsäkerheten. Att minska misstag och uppkomst av vårdskador inom operationssjukvård är förknippat med stora vinster både för samhället, men inte minst i form av vårdlidande för den individuella patienten. En positiv bieffekt är att det skapar förutsättningar för en trevlig arbetsmiljö med konstruktivt samarbete mellan operationsteamets medlemmar. Vi kan se hur attityder gentemot en säkerhetschecklista inverkar i stor utsträckning på om den blir till en rutin i arbetet eller inte. Författarna tycker sig kunna se vissa samband men frågan är mycket komplex då en av de stora faktorerna som inverkar är människors olika beteenden och interaktioner mellan människor. Mycket finns att vinna, allt från minskat personligt lidande hos den enskilde patienten till stora besparingar vad gäller samhällsekonomiska intressen. Sjukvården har fortfarande stora utmaningar för att överkomma hinder för checklistans användande. Därför skulle mer forskning vara önskvärt kring människors attityder och dynamiken kring säkerhetssystem för att på sikt nå en så bra patientsäkerhet som möjligt.

## REFERENSER

\* Artiklar som ingår i resultatet

\*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 member. *Journal of Patient Safety*, 7, (3), 139-143.

\*Allard, J., Bleakley, A., Hobbs, A. & Coombes, L. (2011) Pre-surgery briefing and safety climate in operating theatre. *BMJ Quality and Safety*. 20, 711-717.

Berger, M S., Wachter, R M., Greysen, S R. & Iau, C. (2013) Changing our culture to advance patient safety. *The Journal of Neurosurgery*.119, 1359-1369.

Braithwaite, J., Marks, D. & Taylor N. (2014) Harnessing implementation science to improve care quality and patient safety: a systematic review of targeted literature. *International Journal for Quality in Health Care*. 26 (3), 321-329.

\*Böhmer, A B., Wappler, F., Tinschmann, T., Kindermann, P., Rixen, D., Bellendir, M., Schwanke, U., Bouillon, B. & Gerbershagen, M U. (2012) The implementation of perioperative checklist increases patient´s safety and staff satisfaction. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 56, 332-338.

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

Dåvoy, G., Hansen I. & Eide, P. (Red.). (2014) *Operationssjukvård, operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad*, Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1994) *Den lidande människan*, Arlöv: Liber utbildning.

Gillespie, B M., Gwinner, K., Chaboyer, W. & Fairweather, N. (2013) Team communications in surgery – creating a culture of safety. *Journal of Interprofessional Care*, 27, (5), 387-393.

\*Haugen, A S., Murugesu, S., Haaverstad, R., Eide, GE. & Söfteland, E. (2013) A survey of surgical team members´perceptions of near misses and attitudes towards time out protocols. *BMC Surgery*, 13, 46.

Haynes, B A., Weiser, T G., Berry, W R., Lipsitz, S R., Breizat, A-H S., Patchen Dellinger, E., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P L., Lapitan, M C M., Merry, A F., Moorthy, K., Reznick, R K., Taylor, B. & Gawande, A A. (2009) A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine*. 360, 491-499.

\*Haynes, A B., Weiser, T G., Berry, W R., Lipsitz, S R., Breizat, A-H S., Patchen Dellinger, E., Dziekan G., Herbosa, T., Kibalta, P L., Lapitan, M A M., Merry, A F., Reznick, R K., Taylor, B., Vats, A & Gawande, A A. (2011) Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Quality Safety*. 20, 102-107.

\*Helmiö, P., Takala, A., Aaltonen, L-M., Pauniahho, S-L., Ikonen, T S & Blomgen, K. (2012) First year with WHO Surgical Safety checklist in 7148 otorhinolaryngological operations: use and users attitudes. *Clinical Otolaryngology*. 37, 305-330.

Johansson, G., Odenrick, P., Larsson, P A., Rydenfält, C. & Åkerman, K. (2012) Compliance with the WHO surgical safety checklist: deviations and possible improvements. *International Journal for Quality in Health Care*, 25, (2), 182-187.

Johnson, H L & Kimsey, D. (2012) Patient safety: Break the Silence. *AORN Journal*. 95, (5) 591-601.

Kawano, T., Taniwaki, M., Ogata, K., Sakamoto, M. & Yokoyama, M. (2014) Improvement of teamwork and safety climate following of the WHA surgical checklist at a university in Japan. *Japanese Society of Anesthesiologists*, 28, 467-470.

Kjellström, S (2012) Forskningsetik. I M Henricsson (Red) *Vetenskaplig teori och metod – från ide till examination inom omvårdnad* (p. 69-94). Lund: Studentlitteratur AB.

Kreitzer, M.J. (2014). Whole-systems healing: A new leadership path. I M. J. Kreitzer & M. Koithan (Red.), *Integrative Nursing* (1 ed., pp. 47-55). USA: Oxford University Press.

\*McLaughlin, N., Winograd, D., Chung, H R., Van de Wiele, B & Martin, N A. (2014) Impact of the time-out process on safety attitude in a tertiary neurosurgical department. *World Neurosurgery*. 82, (5), 567-574.

- \*Nilsson, L., Lindberget, O., Gupta, A & Vegfors, M. (2010) Implementing a pre-operative checklist to increase patient safety: a 1-year follow-up of personnel attitudes. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 54, 176-182.
- \*Norton, E K., Singer, S J., Sparks W., Ozonoff, A., Baxter, J. & Rangel, S. (2014) Operating room clinicians' a pediatric surgical safety checklist at 1 institution. *Journal of Patient Safety* 00 00.
- \*O'Connor, P., Reddin C., O'Sullivan, M., O'Duffy, F & Keogh, I. (2013) Surgical checklists: the human factor. *Patient Safety in Surgery* 7,14.
- Olsen, E & Aase, K.(2010) A comparative study of safety climate differences in health care and petroleum industry. *Quality & Safety in Health Care*. 19, 175-179.
- Polit, D F & Beck, C T. (2012) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing research*. Philadelphia: J B Lippincott.
- Prati, G & Pietrantonio, L. (2014) Attitudes to teamwork and safety among italian surgeons and operating room nurses. *Work*. 49, 669-677.
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård, (2012). Kompetens beskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot anestesijukvård, nr: Åtta 45 <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/kompetensbeskrivningar-publikationer/anestesi.komp.webb.pdf> Stockholm.
- Riksföreningen för operationssjukvård & svensk sjuksköterskeförening, (2011). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård, nr: Åtta 45. <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/kompetensbeskrivningar-publikationer/operation.kompbeskr.web.pdf> Stockholm.
- Rollenhagen, C. (2007). Säkerhetskultur och säkerhetsklimat. Ödegård, S (Red) *I rättvisans namn* (s.261-287). Stockholm: Författarna och Liber AB.
- Rothrock, J.(2014) *Alexanders care of patient in surgery*. S.t Louis: Elsevier Inc.
- Rydenfäldt, C., Johansson, G., Odenrick P., Åkerman, K & Larsson, P A. (2013) Compliance with the WHO surgical safety checklist: deviations and possible improvement. *International Journal for Quality in Health Care*. 25, 182-187.

\*Saturno, P J., Soria-Aledo, V., Da Silva Gama, Z A., Lorca Parra, F & Grau-Polan, M. (2014) Understanding WHO surgical checklist implementation: tricks and pitfalls. An observational study. *World Journal of Surgery*. 38, 287-295.

SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. 2 uppl. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering(SBU);2014.

Singer, S J., Rosen, A., Zhao, S., Ciavarelli, A P & Gaba, D M.,(2010) Comparing safety climate in naval aviation and hospitals: implications for improving patient safety. *Health Care Manage Rewiev*, 35,(2), 134-146.

Spruce, L.,(2014) Back to basics: Speak up. *AORN Journal*, 99, (3), 408-412.

SKL Rapport, *Patientsäkerhet lönar sig - kostnader för skador och vårdskador i slutenvården år 2013, 2014*, 978-91-7585-131-0 <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/patientsakerhet-lonar-sig-kostnader-for-skador-och-vardskador-i-slutenvarden-ar-2013.html>

SOSFS 1982:763

\*Whaele, H V., Haugen, A S., Söfteland, E & Hjälmhult, E. (2012) Adjusting team involvement: a grounded theory study of challenges in utilizing a surgical safety checklist as experienced by nurses in the operating room. *BMC Nursing*. 11:16.

[www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/Mall\\_observationsstudier.pdf](http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/Mall_observationsstudier.pdf)

[www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl\\_manual\\_swedish.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_manual_swedish.pdf)

## Bilaga 1

Författare Årtal Land	Syfte med studien	Design	Analys	Deltagare (bortfall)	Huvudresultat	Kvalitet
Ali et al 2011 Storbritannien	Utvärdera införandet av säkerhetsgenomgång och bedöma personalens attityder gentemot säkerhetsgenomgång.	Tvårsnittsstudie för att utvärdera personalens attityder samt jämförande av operationsstarttider före och efter införandet av säkerhetsgenomgången	t-test	37 av 37 arbetande på operationssalen svarade.	Ingen skillnad i operationsstarten efter införandet av säkerhetsgenomgången och genomgående positiv attityd kring denna genomgång.	Låg
Allard et al 2011 Storbritannien	Undersöka om en informationsgenomgång innan operation har en positiv inverkan på säkerhetsklimatet på operationssalen	Tvårsnittsstudie vid tre tillfällen under en fyra års period efter införandet av ett utbildningsprogram innehållande bland annat en säkerhetsgenomgång på operationssal	One-way analys	År 1 var 302 tillfrågade på en operationsavdelning varav 221 svarade År 2 var 332 tillfrågade varav 224 svarade År 4 var 289 tillfrågade varav 152 svarade. Svarsfrekvens mellan 52,6-73,2 %	Studien visar på ett samband mellan informationsgenomgång och bättre säkerhetsklimat	Medel
Böhmer et al 2012 Tyskland	Jämföra säkerhetsrutiner och samarbete mellan yrkesgrupperna på operationsavdelningen före och efter	Tvårsnittsstudie angående attityd och samarbete på ett sjukhus. Tvårsnittsstudien utfördes som pre-	Data analyserades med Students t-test	Personal som arbetade inne på operationssal, totalt svarade 71 personer. Inget redovisat bortfall.	Efter införandet upplevdes kommunikationen och samarbetet blivit bättre samt att patientsäkerheten	Låg

	införandet av en kirurgisk säkerhetschecklista	posttest design			förbättrats	
Haugen et al 2013 Norge	Att få insikt i hur operationsteamet upplever säker kirurgi och attityder gentemot en checklista	Tvårsnittsstudie kring upplevelser och attityder kring säkerhetsrutiner samt om de har ett intresse av att använda sig av en checklista	Chi-squared test. Qualitative content analys of open ended question.	427 operations teammedlemmar varav 275 svarade. 64,5% svarsfrekvens.	96 % upplevde att en checklista skulle förebygga misstag och 91 % var positiva till att införa en checklista	Medel
Haynes et al 2011 USA	Studien söker förståelse för attityder och uppfattningar hos operationsteam vid införandet av WHO Surgical safety checklist och dess påverkan på postoperativa komplikationer	Tvårsnittsstudie utförd genom en pre- post design	Wilcoxon rank-sum test, Cronbach alpha, Mantel-Haenszel test, Spearman correlation coefficients	Personal på operationssal på 8 olika sjukhus varav personalen på 7 av de tillfrågade sjukhusen slutförde enkäten. Totalt genomfördes 281 enkäter före och 257 enkäter efter. Antalet tillfrågade redovisas ej.	Studien visar ett samband med att införandet av checklistan ger ett förbättrat säkerhetsklimat och färre postoperativa komplikationer	Medel
Helmiö et al 2012 Finland	Utvärdera följsamhet och personalens åsikter kring användandet av WHO´s checklista.	Tvårsnittsstudie ett år efter checklistans införande.	Svarsdata redovisas med procent och medelvärden från en 5 poängsskala	100 av 106 arbetande på operationssalen svarade. 94 % svarsfrekvens	Övervägande positiva attityder till att använda checklista.	Medel
McLaughlin et al 2014 USA	Analysera hur användandet av en checklista på operationssal påverkar individuella attityder mot säkerhet och	Tvårsnittsstudie efter införandet av en säkerhetschecklista	Fischer exact test	128 operations teammedlemmar på en neurokirurgisk operationsavdelning varav 93 svarade. 72,7% svarsfrekvens	98,9 % av teammedlemmarna var positivt inställda till att ha en time out	Hög

	säkerhetsklimatet i stort					
Nilsson 2010 Sverige	Undersöka personliga attityder kring "time out" innan operationsstart	Tvärsnittsstudie 1 år efter införandet av en "time out"	Kruskal-Wallis analys	704 personer som arbetade på operationsavdelning varav 331 svarade. 47 % svarsfrekvens.	Studien visar att personalen upplever att en "time out" ökar patientsäkerheten. Personalen hade överlag positiv attityd till "time out" 1 år efter dess införande	Medel
Norton et al 2014 USA	Undersöka operationspersonalens attityd gentemot checklistan och dess effekter avseende säkerhet och effektivitet.	Tvärsnittsstudie 1 år efter införandet av en checklista riktad mot barnkirurgi.	Redovisat i procent svarande per svarsalternativ	396 tillfrågade personer på operationsavdelningen varav 196 svarade. 49 % svarsfrekvens	Den största delen av de svarande hade en positiv attityd till användandet av denna checklista.	Medel
O'Connor et al 2013 Irland	Utvärdera operationspersonalens attityder kring en checklista.	Mixad design 14 semistrukturerade intervjuer användes som underlag till att framställa ett frågeformulär som sedan låg till grund för en tvärsnittsstudie av personal arbetande på operationssal på ett sjukhus	Cronbachs alpha, Kruskal-Wallis test, Chi-square, two way ANOVAS, Cohen's Kappa	På enkäten svarade totalt 107 (42,6%) arbetande på operationssal.	Övervägande positiva attityder kring användandet av checklista speciellt hos operatörer och sjuksköterskor.	Medel
Saturno et al 2014 Spanien	Undersöka hur väl checklistan används i realitet jämfört med vad som redovisas i	Samlat journalrapportering vad gäller checklistans användande och	J coefficient, $\chi^2$ test, t-test	280 slumpmässigt utvalda operationsjournaler och 85 observationsstudie	Uppgifter om checklistans utförande i journalen överensstämde dåligt	Medel

	datajournal.	jämfört dessa med observationsstudier.		tillfällen.	med observationsstudierna.	
Waele et al 2012 Norge	Sjuksköterskors upplevelser av att vara den som leder utförandet av WHO's checklista	Empirisk studie med observationer och intervjuer, grounded theory design	Intervjuerna analyserades i konstant jämförande metod, öppen kodning, skapande av kategorier	14 anesthesi och operationssjuksköterskor utvaldes att delta i studien	Sjuksköterskors användande av checklistan påverkas i stor grad av det sociala spelet inom operationsteamet	Medel