

TIO ÅR MED WHO:S CHECKLISTA FÖR SÄKER KIRURGI



Nu kommer den nya svenska versionen – checklisten 2.0

Pelle Gustafson, docent, chefläkare, LÖF (Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag); medicinsk redaktör; Läkartidningen, Stockholm
 ● pelle.gustafson@lakartidningen.se

Anders Salomons-son, fd flygkapten, procedur- och säkerhetsrådgivare, Team RM, Upplands Väsby

Per Svensson, överläkare, anestesikliniken, Vrinnevisjukhuset, Norrköping

Då WHO:s checklista för säker kirurgi infördes 2008 fanns inga öppettillgängliga data som stödde att den gav det resultat den var avsedd att ge: lägre morbiditet och mortalitet i operationssjukvård. Dessa data kom inte förrän 2009, då det kunde visas att korrekt användning av checklisten var kopplad till en frekvens för oönskade händelser (komplikationer) som var två tredjedelar av frekvensen före införandet och för risken att avlida ca hälften av frekvensen före införandet [1].

Trots den stora och positiva effekten kom checklisten redan från början att bli kontroversiell [2-8] i vissa kretsar. Den ansågs ta tid, tid som kunde användas för att komma igång med operationen. Den sågs av somliga som en provokation mot operatörens professionella kompetens, som krånglig att använda och i bästa fall onödig. Då WHO redan från början avsåg att den skulle fungera lika bra i höginkomstländer som i låg- och mellaninkomstländer tvingades man till ett flertal kompromisser, vilka sannolikt kom att göra att vissa punkter uppfattades som irrelevanta.

I syfte att öka acceptans och därigenom användning uppmuntrade WHO till lokal anpassning. I Sverige ledde detta till att de flesta operationsenheter valde att på något vis förändra och anpassa checklisten. Många av dessa anpassningar var bra, men tyvärr förekom också exempel på dåliga sådana. Exempel på de senare är borttagande av de två översta punkterna i delen innan operationen startar: presentation av alla (avsedd att öka teamarbete) och beskrivning av planerat ingrepp (avsedd att skapa en gemensam bild av vad som ska göras). Många checklistor kom också att bli alltför omfattande, vilket minskade chansen till korrekt användning och effekt. I takt med att lokalt anpassade checklistor blev vanligare minskade också enhetligheten, vilket gjorde det svårare för nyanställda/inhyrda att direkt kunna känna igen och använda checklisten.

Slutligen har många lokalt anpassade checklistor utvecklats till en blandning av checklista och arbetsinstruktion. Detta har flera tänkbara nackdelar. Det främsta syftet med en checklista (att säkra att inget viktigt moment glöms samt att öppna för kommunikation om det oväntade inträffar) är svårare att nå om detta syfte är blandat med punkter som mer har karaktären av arbetsinstruktion. Det finns också en risk att acceptans för användning sänks om alltför många arbetsinstruktioner finns med (»det här kan jag redan och behöver inte kolla«). Om dessutom utmönstrade rutiner finns med skapar detta lätt förvirring och sänkt användande.

En checklista är långt mer än en lista att bara läsa igenom och kryssa i. Det är en komplex socioteknisk intervention, som utmanar den professionella rollen [3]. Många goda effekter tillskrivs checklistor när det i själva verket är förbättrade rutiner samt ökad och mer strukturerad kommunikation som förklarar det bättre utfallet. Ofta har dock framtagande och användning av bättre och säkrare rutiner samt förbättrad kommunikation haft sitt ursprung i användning av checklistor.

Svensk och internationell erfarenhet och kunskap om införande och användning av checklisten finns nu. Bilden av vad som fungerar och vad som kan förbättras är klarare än för några år sedan. En av författarna till denna artikel (Pelle Gustafson) har i sin roll som chefläkare på LÖF (Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag) fått flera kommentarer och förslag på förbättringar av dagens checklista och också – främst hos yngre generationer – noterat ett ökat intresse för användning. Checklistans sprängkraft har också minskat över åren, och det är nu inte kontroversiellt att säga att den har kommit för att stanna.

Sammantaget ledde detta till ett arbete med att utveckla en förbättrad version i syfte att underlätta och öka korrekt användning. Vi beskriver här de resonemang som ligger bakom utvecklingen av den nya checklisten.

Checklista för säker kirurgi 2.0

Målet har varit att utveckla en checklista där fördelarna med den ursprungliga listan i görligaste mån be-

HUVUDBUDSKAP

- WHO:s checklista för säker kirurgi har nu vidareutvecklats till »Checklista för säker kirurgi 2.0«.
- Internationella och svenska erfarenheter som vunnits sedan införandet har legat till grund för förändringarna, vilka syftar till högre grad av användning och därigenom lägre morbiditet och mortalitet i samband med operation.
- Den väsentligaste förändringen är en tydlig uppdelning i checklista och instruktioner.
- Lokal anpassning är tänkt att ske via klinikrutiner/pm. Brister i förekomst och aktualitet av sådana har framkommit.
- Checklista för säker kirurgi 2.0 kommer att lanseras för svenska operationsavdelningar under hösten 2018.

hålls och kända svagheter så långt det är möjligt eliminerar.

Väsentligen oförändrat:

- Som tidigare har checklistan två syften: dels att fungera som stöd för att inga viktiga moment glöms bort, dels att öppna för kommunikation i teamet. Båda är viktiga, såväl i daglig rutinverksamhet som för att stå bättre rustad om det oväntade inträffar.
- Uppdelningen med tre sektioner, vilka motsvarar logiska steg i en operation, och deras färger (gul, grön, blå) behålls. Däremot har namnen på respektive sektion ändrats. Särskilt beteckningen »timeout« har ibland kommit att betyda hela checklistan och ibland enbart denna sektion. De nya termerna är nu »Förberedelse anestesi«, »Kontroll inför op-start« samt »Avslutning«.
- Checklistan är fortsatt en checklista för normalläge och inte en checklista för krissituationer, det vill säga den innehåller inga delar eller instruktioner som kan underlätta eller lösa en inträffad kris-situation.
- Under förutsättning att normal dokumentation sker finns inga medikolegala krav på att genomgången checklista sparas som en journalhandling.
- LÖF står som tidigare för distribution och administration. Ett stort antal professionella organisationer kommer att stå bakom innehåll och stödjande användning.

Förändringar:

- Då de innehålls- och utseendemässiga förändringarna är så stora kan inte längre namnet »WHO:s checklista för säker kirurgi« behållas, utan det nya namnet blir »Checklista för säker kirurgi 2.0«.
- En väsentlig förändring är uppdelningen i checklista och instruktioner. Detta har gjorts för att renodla checklistans funktion som just en checklista och inte en arbetsbeskrivning. Varje punkt motsvaras av en instruktion som beskriver vad punkten omfattar. Checklistan finns på framsidan av ett blad och motsvarande instruktion på baksidan av samma blad. Det är upp till varje operationsenhet att i egna klinikrutiner/pm beskriva de rutiner och riktlinjer som gäller på enheten, och checklistans roll blir att säkerställa att de utförs.
- Punkterna på listan är valda så att de bättre speglar hur svensk operationssjukvård bedrivs.
- Varje punkt är nu numrerad, och de rutiner som tidigare fanns vid varje punkt är borttagna.
- För de flesta punkter finns nu angivet hur ett svar ska ges; detta för att förtydliga svaren men också förkorta tiden för läsning av listan. Ett korrekt »förbestämt svar« signalerar till alla berörda att det som avses i instruktionen till varje punkt är utfört eller kontrollerat på rätt sätt.
- Vid urakuta ingrepp finns möjligheten att bara läsa så kallade röda punkter, vilka utgör de punkter som måste läsas och gås igenom även i dessa situationer. Övriga punkter kan sedan läsas när situationen är under kontroll.
- För att underlätta för teamet att samlas och tillsammans läsa checklistan kommer den i första hand enbart att distribueras som laminerade ringbundna checklistor och inte som planscher. Ett försättsblad

anger de viktigaste instruktionerna. Därpå följer tre blad med checklista och instruktioner på fram- respektive baksida (Figur 1).

- Vidare anges nu, till skillnad från i tidigare version, vem som läser respektive svarar på varje punkt.
- Bruksanvisningen är helt nyskriven, och då denna nu inte längre behöver vara en formell översättning av WHO:s original har den gjorts kortare och mer distinkt.

Kommentarer

Då WHO spred checklistan uppmanade man av följsamhetsskäl till lokala anpassningar. Detta ansågs vid tidpunkten viktigt för att överhuvudtaget kunna införa en checklista. Möjligheten att lokalt anpassa en checklista har varit och är viktig, men om denna möjlighet resulterar i att viktiga punkter tas bort eller att checklistorna blir för omfattande motverkar anpassningen sitt syfte.

Lokala anpassningar uppmuntras även i denna version, men kommer att behöva ske på annorlunda vis. De punkter som finns med på respektive checklista och instruktion är samtliga essentiella ur ett säkerhetsperspektiv. De ska egentligen inte behöva anpassas med mindre än att operationssjukvård bedrivs radikalt annorlunda och enligt andra regler, föreskrifter och professionella normer än i dag. Därför kommer de bara att kunna ändras efter ett samarbete mellan LÖF och de professionella organisationerna, och de tryckta checklistor som distribueras kommer att vara låsta.

Däremot kommer det nu att vara enklare att lokalt anpassa *hur* en punkt ska utföras, i och med att checklista och instruktioner tydligt hänvisar till lokala klinikrutiner/pm. Checklistans roll är enbart att säkra att det som beskrivs där verkligen blir utfört. En viktig punkt som tydligt noterats vid tester är behovet av att varje operationsavdelning har bra och uppdaterade beskrivningar av hur olika moment och procedurer ska utföras (klinikrutiner/pm), något som inte alltid är fallet.

Vissa punkter har flyttats. Särskild vikt har lagts vid att moment ska finnas på checklistan i sitt naturliga flöde. Därför förekommer exempelvis antibiotikaproylax både i sektionen »Förberedelse anestesi« och i »Avslutning«, medan tromboprofylax, som normalt ordinerar postoperativt, bara finns med i »Avslutning«.

Det finns också områden som är av vikt för en säker operation, men som inte finns med. Då det inte anses logiskt att ha med punkter som operationslaget inte kan göra något åt i och med läsning av en checklista har punkter av denna karaktär lämnats utanför checklistan och får hanteras på annat vis.

Test och lansering

Omarbetningen har skett under 2017. Därefter har under våren 2018 checklistan presenterats och testats på både stora och små operationsavdelningar i sammanlagt sex omgångar och med justering mellan varje omgång. Alla kategorier av anställda har fått komma med synpunkter och kommentarer, vilka successivt har beaktats. Såväl kritiska som positiva synpunkter har framförts, de senare i klar majoritet.

De förslag som inte har tagits med har inte förkastats för att de ansetts oviktiga utan för att de inte ansetts tillföra något i situationen eller inte varit möjli-

Checklista Version 2.16	Instruktioner Version 2.16
<p>Förberedelse anestesi</p> <p>"Enbart Röda Punkter" läses om ansvarig för anestesi så begär:</p> <ol style="list-style-type: none"> Akutläkemedel och material.....Kontrollerat Identitet och journaler.....Bekräftad och kontrollerat Patientstatus..... Markering av op-område..... / ej aktuellt 	<p>Förberedelse anestesi</p> <ol style="list-style-type: none"> Akutläkemedel och material: Kontrollera att anestesivagn innehåller läkemedel och erforderligt material enligt kirkrutin/PM. Identitet och journaler: Patientidentitet bekräftad genom ID-band. Journaler tillhanda. Vid akutfall följ gällande kirkrutin/PM. Tillse att blodprodukter enligt op-anmälan eller i samråd med operatör är beställda.
<p>Kontroll inför op-start</p> <p>"Enbart Röda Punkter" läses om ansvarig operatör så begär:</p> <ol style="list-style-type: none"> Presentation av teamet..... <p>Anestesisjuksköterska</p> <ol style="list-style-type: none"> Presentation av patient..... Anestesiform..... utan problem / Antibiotika..... givet / ej aktuellt Smitta och allergi..... / ingen känd <p>Operationssjuksköterska</p> <ol style="list-style-type: none"> Utrustning och material..... Positionering och säkring av patient..... Klart / Sterilitet, drapering och uppdukning..... Bekräftas <p>Operatör</p> <ol style="list-style-type: none"> Planerad operation och sida..... Förväntade kritiska moment..... 	<p>Kontroll inför op-start</p> <ol style="list-style-type: none"> Presentation av teamet. Alla medlemmar i laget presenterar sig med namn och befattning samt inkluderar information om förhållanden av betydelse, exv. bristande erfarenhet av aktuellt ingrepp, återkomst till arbetet efter frånvaro, nyligen introducerad och liknande. Presentation inkluderar även studenter / annan personal. Planerade väsentliga personalbyten redovisas. <p>Anestesisjuksköterska</p> <ol style="list-style-type: none"> Presentation av patient: Namn och personnummer läses ur journal. Kontroll sker mot patientens ID-band samt op-journal. Redogörelse för om patienten ingår i någon studie. Anestesiform: Kort redogörelse för anestesiform samt information om process för färdigställande av patient inför operation. Detta anges som "Utan problem" alternativt kort redogörelse av relevant information. Antibiotika: Givna antibiotika redovisas. Om ordinerad antibiotika ännu ej är givet ska detta redovisas, liksom om antibiotika ej ska ges. Smitta och allergi: Kontrolleras mot journal (eventuell blodsmitta, smitta med multiresistenta bakterier, allergier mot läkemedel, nickel eller latex) <p>Operationssjuksköterska</p> <ol style="list-style-type: none"> Urustning och material: Redogörelse att utrustning är komplett
<p>Avslutning</p> <p>Operationssjuksköterska</p> <ol style="list-style-type: none"> Nålar, kanyler, dukar och instrument.....Kontrollerat <p>Anestesisjuksköterska</p> <ol style="list-style-type: none"> Planerad smärtledning..... Planerad vätske- / blodledning..... 	<p>Avslutning</p> <p>Operationssjuksköterska</p> <ol style="list-style-type: none"> Nålar, kanyler, dukar och instrument: Operationssjuksköterska bekräftar att instrument-, tork- och nålkontroll är utförd och att inget saknas. <p>Anestesisjuksköterska</p>

Figur 1. Uppdelningen med tre sektioner och deras färger (gul, grön, blå) behålls i den nya versionen. Däremot har namnen på respektive sektion ändrats till »Förberedelse anestesi«, »Kontroll inför op-start« samt »Avslutning«. En viktig förändring är uppdelningen i checklista och instruktioner. Detta har gjorts för att renodla checklistans funktion som just en checklista och inte en arbetsbeskrivning. Varje punkt motsvaras av en instruktion som beskriver vad punkten omfattar. Checklisten finns på framsidan av ett blad och motsvarande instruktion på baksidan av samma blad. Det är upp till varje operationsenhet att beskriva de egna rutiner och riktlinjer som gäller på enheten, och checklistans roll blir att säkerställa att de utförs.

ga att åtgärda i och med läsning av checklisten. Exempel på detta är ventilation på operationssal eller om patienten har genomgått rökstopp inför operation. Dessa och andra punkter av liknande karaktär kommenteras i bruksanvisningen.

Vid alla test har den tid som åtgår för läsning kontrollerats. Under förutsättning att berörda har fått bekanta sig med checklisten har den genomsnittliga lästiden för »Förberedelse anestesi« varit ca 60 sekunder, för »Kontroll inför op-start« ca 60 sekunder och för »Avslutning« ca 60 sekunder.

Ett utbildningsmaterial, tänkt att kunna användas av lokala utbildare, har tagits fram.

Under hösten 2018 kommer laminerade exemplar av checklisten för säker kirurgi 2.0 tillsammans med bruksanvisningar att distribueras till landets samtliga operationsavdelningar. LÖF kommer framöver att ansvara för uppdateringar och distribution av nya versioner.

Checklisten för säker kirurgi 2.0 kommer att utvärderas löpande genom inkommande synpunkter och uppföljning i kvalitetsregister. Svenskt perioperativt register, SPOR, ger utmärkta förutsättningar att nationellt och lokalt följa utvecklingen.

En checklista kan inte ersätta professionell kompetens, men det är professionellt att använda en check-

lista. Förhoppningsvis kan en vidareutvecklad checklista bidra till att ytterligare höja säkerheten i landets operationssjukvård. ○

monsson bedriver procedur- och säkerhetsrådgivning i företaget Team RM, Upplands Väsby.

Citera som: *Läkartidningen. 2018;115:E7UR*

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Anders Salo-

REFERENSER

1. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al; Safe Surgery Saves Lives Study Group. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med.* 2009;360(5):491-9.
2. Gawande A. The Checklist manifesto. How to get things right. New York: Picador; 2009.
3. Catchpole K, Russ S. The problem with checklists. *BMJ Qual Saf.* 2015; 24(9):545-9.
4. Grigg E. Smarter clinical checklists: how to minimize checklist fatigue and maximize clinician performance. *Anesth Analg.* 2015; 121(2):570-3.
5. Rydenfält C, Ek Å, Larsson PA. Safety checklist compliance and a false sense of safety: new directions for research. *BMJ Qual Saf.* 2014; 23(3):183-6.
6. Urbach DR, Govindarajan A, Saskin R, et al. Introduction of surgical safety checklists in Ontario, Canada. *N Engl J Med.* 2014;370(11):1029-38.
7. Borchard A, Schwappach DLB, Barbir A, et al. A systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in surgery. *Ann Surg.* 2012;256(6):925-33.
8. Haynes AB, Berry WR, Gawande AA. What do we know about the safe surgery checklist now? *Ann Surg.* 2015;261(5):829-30.

SUMMARY

Ten years with the WHO Checklist for Safe Surgery. A new Swedish version is soon to be introduced

The WHO Checklist for Safe Surgery has been in use in Swedish healthcare since 2009. Based on national and international experiences, we have developed the original checklist, with the aim to keep its strengths and remove the weaknesses.

The most obvious difference is that each section of the original checklist has been split into a pure checklist and corresponding instructions. It is now also more obvious that the basis for the checklist is local guidelines/routines. It is primarily via these local guidelines/routines that local adaptations can be made.

The new checklist has been tested and gradually improved during six rounds at large and small Swedish hospitals, where comments from staff have been considered.

The name has been changed to Checklist for Safe Surgery 2.0, and distribution to all Swedish hospitals will commence in the early autumn of 2018.