

Internationell studie ger klara besked:

Checklista vid operation minskar dödsfall och komplikationer

Antalet dödsfall och allvarliga komplikationer efter kirurgi minskar kraftigt om man vid varje operation använder en enkel, standardiserad checklista. Det visar en ny studie vid sjukhus i åtta länder. Nu vill Världshälsoorganisationen, WHO, sprida checklistan i hela världen.

Initiativet till checklistan kommer från WHO, där den ingår i organisationens globala patientsäkerhetsstrategi »Säker kirurgi räddar liv«. Grundversionen har utarbetats av en internationell expertgrupp och blev klar i juni förra året.

Listan består av 19 punkter, och den tar sammanlagt ett par minuter att gå igenom. En viktig del är en »time out«, en kort paus omedelbart före det första snittet, där alla i operationsteamet presenterar sig och man gör några specificerade kontroller och genomgångar (se LT nr 8/2008).

Under förra året har checklistan testats vid åtta pilotsjukhus i olika länder, utvalda så att både rika och fattiga länder är representerade. Nu har en forskargrupp, ledd av Harvardforskarna Atul Gawande och Alex Haynes, undersökt utfallet. Nära 4 000 patienter som opererades efter checklistans införande jämfördes med kontroller som opererats före checklistan.

Studien, som förhandspublicerades online i New England Journal of Medicine i mitten av januari, visar att det blev en klar förändring när checklistan infördes. Den totala andelen allvarliga komplikationer under den första månaden efter operationen minskade från 11 till 7 procent, och andelen dödsfall minskade från 1,5 procent till 0,8 procent.



Jon Ahlberg

– Det här är väldigt tydliga resultat, säger docent Jon Ahlberg, som i samband med onlinepubliceringen befann sig på en WHO-konferens i London där studien presenterades. Jon Ahlberg är chefläkare vid LÖF, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, och en av Läkartidningens medicinska redaktörer.

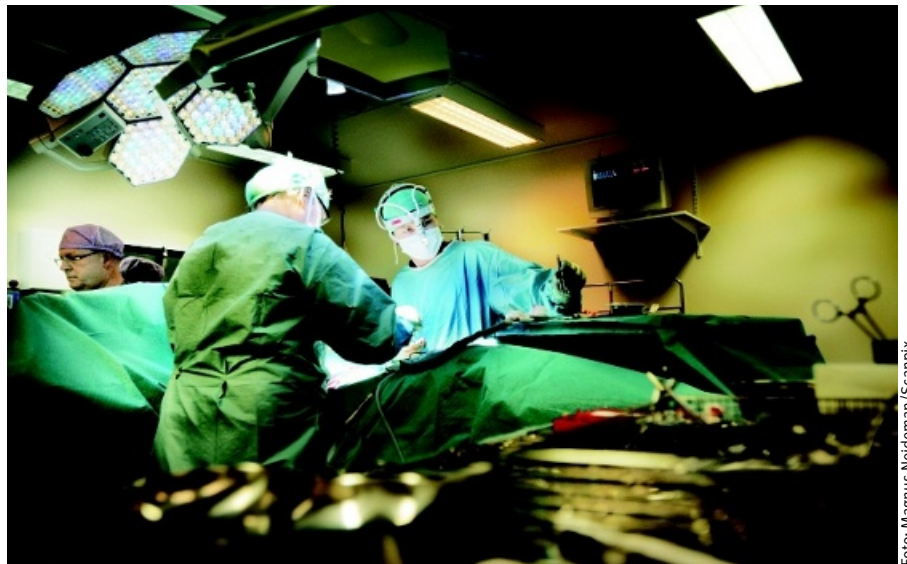


Foto: Magnus Neideman/Scanpix

Andelen allvarliga komplikationer och dödsfall minskade signifikant när checklistan infördes.

– Studien visar att checklistan kan åstadkomma stora effekter, understryker han. Det är också viktigt att man kunnat påvisa tydliga förbättringar i såväl rika som fattiga länder.

Andelen allvarliga komplikationer minskade signifikant när checklistan infördes på pilotsjukhusen, både i de rika och de fattiga länderna. Andelen dödsfall minskade starkast i de fattiga länderna, från 2,1 procent till 1,0 procent. Även i de rika länderna minskade dödsfallen, från 0,9 procent till 0,6 procent, men den minskningen var inte signifikant. Jon Ahlberg tror att detta beror på att sjukvården i de rika länderna har större resurser att ta hand om komplikationer, så att färre av dem leder till döden.

I världen genomförs i dag uppskattningsvis cirka 234 miljoner operationer per år. Skulle man överföra studiens resultat till global skala får man hisnande siffror. Vid konferensen i London talades det om att man skulle kunna rädda en halv miljon liv varje år om checklistan infördes i hela världen. Jon Ahlberg tycker dock att man ska vara försiktig med sådana siffror:

– Det räcker bra med att konstatera att vinsterna blir mycket stora, både i människoliv och färre komplikationer.

Checklistan innehåller många olika

»Det är också viktigt att man kunnat påvisa tydliga förbättringar i såväl rika som fattiga länder.«

punkter. I studien förs en diskussion om vilka som kan vara viktigast för det positiva resultatet, men något klart svar ges inte.

– Jag tror att det viktigaste med listan är att den skapar en förbättrad kommunikation mellan all personal som är inblandad i operationen, säger Jon Ahlberg. Punkten om att antibiotikaproylax ska ges inom 60 minuter före operationen är också viktig. I många länder, även i Sverige, ges antibiotikaproylax på ett korrekt sätt bara i 30–40 procent av fallen.

Nu vill WHO att checklistan sprids snabbt i hela världen. Målet är att den ska användas på 2 500 sjukhus före slutet av detta år, säger sir Liam Donaldson, ordförande i WHOs globala patientsäkerhetsallians.

WHO välkomnar lokala tillägg och modifieringar av listan, men de grundläggande punkterna måste finnas med. Kravet att alltid använda pulsoximeter gäller exempelvis alla, trots att kritiker

FAKTA Enkel lista med 19 punkter

WHO's checklista för säker kirurgi består av 19 punkter och är indelad i tre delar. Första delen, »sign in«, genomgås före induktionen av anestesi och innefattar bland annat kontroll av patientens identitet, av några riskfaktorer och adekvata motåtgärder, och att pulsoximeter används.

Andra delen, »time out«, innebär en kort paus omedelbart före det första snittet, där alla i operationsteamet presenterar sig. De ansvariga går igenom väntade kritiska moment, och man kontrollerar att korrekt antibiotikaproylax getts och att röntgenbilder finns tillgängliga.

Tredje delen, »sign out«, är en avslutande kontroll som genomförs innan operationsklädseln avlägsnas.

Hela checklistan finns på WHO's webb-

plats och på www.safesurg.org. WHO accepterar att man gör tillägg och modifieringar för att anpassa listan till lokala förhållanden. En svensk version av checklistan, med introduktionsmaterial, väntas bli klar i slutet av februari. Den kommer att distribueras av LÖF, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag.

Den nya studien av checklistans effekter är gjord på åtta pilotsjukhus i olika rika och fattiga länder (England, USA, Kanada, Nya Zeeland, Indien, Jordanien, Filippinerna och Tanzania). Den publiceras denna vecka i pappersupplagan av New England Journal of Medicine (Haynes AB, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009;360:491-9) och finns gratis tillgänglig online på <http://content.nejm.org/cgi/content/full/NEJMsa0810119>.



Tre läkarbesök inom loppet av sju veckor krävdes för att den rökande kvinnans symtom skulle kunna fastställas.

Långvariga förkylningssymtom hos rökare var lungcancer

Om en rökare har långvariga och svåra förkylningssymtom bör detta utredas vidare. Detta gäller även om inget onormalt framkommer vid en kroppundersökning. (HSAN 0537/08)

En kvinna i sextioårsåldern söker hjälp på vårdcentralen med värk i axel, armhåla och till höger i bröstet. Så småningom också långvariga förkylningssymtom. Bland annat hostar hon blod. Kvinnan är rökare.

Patienten gör sammanlagt tre läkarbesök hos två olika allmänläkare på vårdcentralen inom loppet av cirka sju veckor. Båda läkarna bedömer besvären som muskulära och stundom försämrade av virusinfektion. Kvinnan behandlas med kortisoninjektioner och analgetika mot muskelvärken samt expektorerande läkemedel mot hostan.

Drygt två månader efter första besöket uppsöker hon en annan vårdcentral. Där misstänker läkaren lunginflammation och röntgen visar perihilära infiltrat. Patienten remitteras till sjukhus eftersom läkaren misstänker malignitet, något som bekräftas inom en vecka. Trots cellgiftsbehandling och strålbehandling dör patienten efter ett halvår.

Innan kvinnan dog anmälde hon de båda allmänläkarna på den första vårdcentralen för fel i vården. Båda bestrider att de handlat fel och hävdar att de undersökt patienten noggrant och utifrån de symtom patienten uppvisade inte hade anledning att misstänka någon allvarligare sjukdom.

Ansvarsnämnden anser att de båda läkarna åsidosatt sina skyldigheter. Bland annat borde det faktum att patienten var rökare varit skäl nog att initiera en lung-röntgenundersökning med tanke på de symtom hon uppvisade. Båda läkarna varnas. ■

invänt att det är för dyrt för vissa fattiga länder – däremot har WHO åtagit sig att ta fram billiga och säkra pulsoximetrar för u-länderna.

I Sverige lägger en arbetsgrupp nu sista handen vid en svensk version av checklistan, som tillsammans med introduktionsmaterial ska finnas tillgänglig i slutet av februari. På några ställen i Sverige har man dock redan provat på den nya metoden.

Axel Ros, verksamhetschef för kirurgkliniken vid Länssjukhuset Ryhov i Jönköping, gjorde förra våren en egen översättning av en preliminär version av WHO's checklista, och testade den i ett pilotförsök i två operationssalar. Resultaten av pilotförsöket var positiva, och ledde till ett principbeslut att införa checklistan på hela sjukhuset, berättar han:

– Listan gör att man alltid kollar att man gjort det man har tänkt. Men lika viktigt är att den medför ett nytt arbetssätt, där all personal i operationssalen är tvungna att kommunicera med varandra.

– I vårt pilotförsök såg vi att checklistan ledde till att vi upptäckte någon avvikelse i tio procent av fallen. Alla var inte allvarliga, men det är ändå en hög siffra. Checklistan är enkel att använda, det tar inte mycket tid, och den gör att vi kan identifiera avvikelser och därmed förbättra patientsäkerhetsarbetet.

På sjukhusen i Linköping och Norrkö-



Läkartidningen nr 8/2008.

ping har man använt den del av checklistan som handlar om »time out« ända sedan slutet av 2007. Åtgärden infördes sedan man på kort tid haft två förväxlingsincidenter, en på vardera sjukhuset.

En enkät bland alla berörda yrkesgrupper efter ett års användning gav mycket positivt resultat, berättar Lena Nilsson, överläkare vid anestesioch intensivvårdskliniken vid Universitetssjukhuset i Linköping:

– Över 90 procent av de svarande anser att checklistan bidrar starkt eller ganska starkt till ökad patientsäkerhet.

– Självt tror jag att det viktigaste med checklistan inte är de enskilda punkterna utan att den stärker teamet. Man blir mer noggrann, man samlar sig och fokuserar.

Den färdiga svenska versionen av checklistan kommer i huvudsak att följa WHO's, med tillägg av några ytterligare punkter. En av dem är att man alltid ska kontrollera att man gett trombosprofylax.

– De flesta länder i Västeuropa och Nordamerika kommer att lägga till en punkt om trombosprofylax, säger Jon Ahlberg. Det är speciellt viktigt när man har många äldre patienter.



Lena Nilsson



Axel Ros

Miki Agerberg