

Följsamhet och attityder till checklista vid inläggning av central venös kateter - en utvärdering

FÖRFATTARE	Maria Tiger Heléne Westrin
PROGRAM/KURS	Fristående kurs Avancerad nivå Examensarbete för magister i Omvårdnad, OM5130
OMFATTNING	15 Höskolepoäng
HANDLEDARE EXAMINATOR	Lars-Olof Persson Nils Sjöström

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Följsamhet och attityder till checklista vid inläggning av central venös kateter – en utvärdering
Titel (engelsk):	Compliance and attitudes to using a checklist when inserting a central venous line
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Examensarbete - Magisternivå
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	34 sidor
Författare:	Maria Tiger, Helene Westrin
Handledare:	Lars-Olof Persson
Examinator:	Nils Sjöström

SAMMANFATTNING

Bakgrund

En vårdskada är, enligt Patientsäkerhetslagen SOSFS 2010:659, 2011, ”Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården”. Den vanligaste vårdskadan är vårdrelaterad infektion. Att systematiskt förbättra rutiner vid inläggning och hantering av centralvenös kateter (CVK) har visat sig vara ett effektivt sätt att förebygga CVK- relaterade infektioner (CRI). Ett förbättringsarbete genomfördes under år 2010 på central intensivvårdsavdelning (CIVA) och neurointensivvårdsavdelning (NIVA) på Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska Sjukhuset i Göteborg. Infektionerna har sedan dess halverats varje år och är 2012 nära en nollvision. I samband med projektet infördes en checklista vid CVK- inläggning där en sjuksköterska eller undersköterska observerar en läkare

vid CVK- inläggning. Ett gott patientsäkerhetsklimat, dvs en miljö där man öppet kan påminna varandra och i tid rätta till ett fel, anges som en viktig faktor i patientsäkerhetsarbete. Att få en checklista att fungera i ett vårdmoment, utan att friktion uppstår mellan olika personalkategorier, är exempel på en sådan positiv miljö.

Metod och Syfte

Personalens inställning, acceptans och följsamhet är avgörande faktorer för att implementering ska lyckas. En mätning under 2012 visade att följsamheten till användandet av checklistan inte var optimal. För att identifiera eventuella hinder genomfördes en enkätundersökning bland läkare, sjuksköterskor och undersköterskor på kliniken.

Resultat

Resultatet visade att det egentligen inte fanns något motstånd till att använda checklistan och att man tyckte att den är viktig och förbättrar patientsäkerheten. Däremot fanns en förbättringspotential i kommunikationen mellan de olika professionerna i teamet. En viss kunskap om checklistan saknades varför den ibland prioriterades bort vid akuta situationer och hög arbetsbelastning och observationsmomentet kunde ibland kännas besvärligt.

Nyckelord

Patientsäkerhet, patientsäkerhetskultur, patientsäkerhetsklimat, team, kommunikation, följsamhet, vårdrelaterad infektion, vårdskada, central venös kateter, central venös kateterinfektion, checklista, barriärer, hinder.

ABSTRACT

Background

A medical injury is, according to law of patients safety "Patientsäkerhetslagen SOSFS 2010:659, 2011, suffering, physical or psychological injury or disease and death, that could have been avoided if adequate decisions had been taken in contact with healthcare.

The most frequent medical injury is care-related infection. Methodically improved routines in the usage of central venous line has been proven to be an effective way to prevent central venous line (CVL) –related infections (CRI). An improvement carried out in 2010 at the central intensive care unit (CIVA) and neuro-intensive care unit (NIVA), Sahlgrenska University Hospital/ Sahlgrenska, Gothenburg resulted in decreased infection. The infection rate for CRI was reduced by 50% the first year and continued to drop to nearly zero. One activity in the project was to implement a checklist when inserting a CVL. Nurses monitor doctors and make sure the checklist is followed correctly while inserting the line.

An open minded culture where you are allowed to speak up, remind and adjust errors is important in patient safety. To make a checklist work in healthcare environment is an indication of a permitting culture.

Method and Purpose

The attitude of the team members, acceptance and compliance are vital factors for a successful implementation. 2012 a study showed a low compliance using the checklist. A survey was mailed to physicians, nurses and assistant nurses in the ICU to find out the cause to poor compliance.

Results

The result showed that nobody really challenged the items in the checklist; on the contrary they valued its importance in patient safety. But there was a lack of communication in the team, sometimes poor knowledge and in emergency situations it had low-priority.

Keywords

Patient safety, culture, team, communication, compliance, care-related infections, central venous line, central venous line infection, checklist, barriers.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INTRODUKTION	6
2. BAKGRUND.....	7
2.1 Patientsäkerhetskultur.....	7
2.2 Teamarbete.....	8
2.3 Kommunikation.....	9
2.4 Följsamhet till rutiner	10
2.5 Vårdrelaterad infektion/vårdskada.....	10
2.6 Central Venös Kateter – CVK.....	11
2.7 CRISS-CVK relaterade infektioner ska stoppas.....	11
2.8 Användande av checklistor	12
2.9 CRISS-projektets checklista	13
3. PROBLEMFÖRMULERING.....	14
4. SYFTE	14
5. MÅL.....	14
6. METOD OCH URVAL	14
Etiskt ställningstagande	15
7. RESULTATREDOVISNING	15
7.1 Följsamhet	17
7.2 Praktiska hinder	18
7.3 Teamarbete/kommunikation.....	19
7.4 Patientsäkerhet vid användning av checklista.	22
8. RESULTATDISKUSSION.....	23
Slutsats.....	27
9. METODDISKUSSION	28
REFERENSLISTA.....	29
<i>BILAGA 1</i>	<i>31</i>
<i>BILAGA 2A.....</i>	<i>32</i>
<i>BILAGA 2B.....</i>	<i>34</i>

1. Introduktion

Socialstyrelsens vårdskademätning inom somatisk slutenvård 2007 visade att 8,6 procent av de vårdade patienterna drabbades av undvikbara vårdskador. Nästan var tionde patient av de patienter som skadades fick bestående men eller funktionsnedsättning. Vårdskadan bidrog i tre procent av fallen till att patienten avled. Skadorna ledde till cirka 630 000 extra vårddygn och motsvarade 10 procent av kostnaden för alla vårddygn under ett år. Cirka 40 procent av vårdskadorna är en vårdrelaterad infektion (VRI) och är därmed den vanligast förekommande vårdskadan. Infektionerna innebär ett stort lidande för patienten och utgör en betydande kostnad för samhället (1). Enligt en nyligen publicerad rapport vårdas cirka 400 patienter med VRI dagligen i landstingens slutenvård och forskning pekar på att cirka 20 till 30 procent av dessa infektioner är möjliga att förebygga. 12 procent av VRI är kopplad till centralvenös kateter och benämns CVK- relaterad infektion (CRI) och kan leda till mycket svåra komplikationer. För att undvika CRI finns nationella direktiv som sjukvården är ålagd att följa (2,3).

Under år 2010 genomfördes ett projekt på två intensivvårdsavdelningar på Sahlgrenska Sjukhuset i Göteborg, i syfte att minska CVK-relaterade infektioner. Projektet kallades CVK-Relaterade Infektioner Ska Stoppas (CRISS)(4). Tillsammans med en rad olika förändringar infördes en översatt och modifierad version av en amerikansk checklista vid inläggning av CVK. Den var den första i sitt slag i Sverige. *Bilaga 1.*

Under projekttiden mättes varje månad följsamheten till olika hygienrutiner vid hantering av CVK. Följsamheten återrapporterades kontinuerligt till medarbetarna. På så vis gavs feedback på att rutinerna fungerade och möjligheten att kunna vända en negativ trend om den uppkom.

Däremot mättes inte följsamheten till att checklistan användes. Vid en retrospektiv genomgång av antal lagda CVK och antal ifyllda checklistor visade det sig att det fanns en stor förbättringspotential.

En checklista vid inläggning av central venös kateter (CVK), som ledde till att CVK-relaterade infektioner drastiskt minskade, lade grunden till ett stort patientsäkerhetsarbete på ett utav USA:s största sjukhus. Under checklistans införande sattes patientsäkerhetskulturen på prov. När den ansvarige läkaren för checklistan gav sjuksköterskorna vid intensivvårdskliniken mandat att observera, informera och be läkaren korrigera ett felaktigt moment var reaktionen

omedelbar: ”Nurses rolled their eyes and said, it is not my job to police doctors and even if I did I would get my head torn off. Doctors said; I am not going to have a nurse questioning me in public, I will look like I don't know what I'm doing”. (5 sid. 49) Ingen utav yrkeskategorierna ifrågasatte egentligen nyttan av checklistan utan båda åberopade förändringen i den kultur som då rådde på kliniken. Läkaren såg det som förlorad makt och respekt, sjuksköterskorna kände sig utsatta för att få förolämpningar och kritik och kände obehag i att ifrågasätta en medarbetares arbetssätt (5).

Den vård vi bedriver ska vara av god kvalitet dvs. säker, patientfokuserad, kunskapsbaserad, jämlik, ges i rimlig tid och vara effektiv. Dessa övergripande kvalitetsmål sammanfattas i begreppet God Vård och bygger på Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (6).

Ett gott patientsäkerhetsklimat, dvs en miljö där man kan påminna varandra och i tid rätta till ett fel, anges som en viktig faktor i patientsäkerhetsarbete. Att få en checklista att fungera i ett vårdmoment, utan att friktion uppstår mellan olika personalkategorier är exempel på en sådan positiv miljö (7).

2. Bakgrund

2.1 Patientsäkerhetskultur

Patientsäkerhetskultur är de attityder och värderingar som påverkar patientsäkerheten. Grunden till en bra patientsäkerhetskultur är att personalen är medveten om de risker som finns. Om alla i vården – inklusive patienter och närstående – är medvetna om riskerna kan ett systematiskt arbete inriktas på att minska dem. Eventuella misstag ska kunna diskuteras både öppet och konstruktivt (8).

Den ungerske läkaren Ignaz P. Semmelweis (1818-1865) upptäckte 1847-1848 sambandet mellan överförd smitta och dålig handhygien. Han upptäckte att barnsängsfeber uppkom när läkare och medicinstudenter gick direkt från obduktioner till förlossningar, utan att tvätta händerna. Hans upptäckt var kontroversiell och han tvingades lämna sjukhuset. Semmelweis fiender gjorde länge stora ansträngningar att inte ge honom äran för det han upptäckt. Florence Nightingale (1820-1910) hade också svårigheter att ändra på kulturen som kvinna i en mansdominerad värld. Under de två år (1854-55) som hon ansvarade för vården på kasernsjukhuset i Skutari, Turkiet organiserade och förbättrade hon både vatten, avlopp och de sanitära förhållandena. Alla hennes förbättringar gjorde att dödligheten bland soldaterna minskade från 50-60 % till endast 2 % (9).

I litteratur beskrivs att säkerhetskulturbegreppet har sitt ursprung i kärnkraftsolyckan i Tjernobyl 1986. Man upptäckte då att fokus på teknik och beteende inte var tillräckligt. Det krävdes dessutom begrepp som kunde göra ett socialt sammanhang begripligt för att förstå varför en olycka händer. Att närma sig patientsäkerhetsområdet genom begreppen kultur och klimat kan innebära vissa ögonöppnare som inte alltid har diskuterats i öppna forum. Säkerhetskultur används idag ofta i samband med diskussioner om patientsäkerhet både nationellt och internationellt. I diskussioner om säkerhetskultur finns ofta en outtalad tanke om att en kultur är gemensam för en hel organisation. Idén om en sådan kultur där alla organisationen omfattas oberoende av befattning är ganska utbredd. En organisation bör särskilja strukturella, kulturella och individuella perspektiv i syfte att öka förståelse runt kulturbegreppet kopplat till patientsäkerhet (10).

International Atomic Energy Agency (IAEA), beskriver i en forskningsrapport från 2002 att ledarens roll oavsett nivå har en stor betydelse för att få till stånd ett framgångsrikt säkerhetsarbete. Chefer på alla nivåer i organisationen har en viktig roll i säkerhetsarbetet och klimatet runt säkerhetsfrågor. Om inte ledningen engagerar sig och prioriterar dessa frågor kommer det att hämma säkerhetsarbetet. Ledare måste i sitt beteende och i sin attityd fördela resurser inklusive tid ägnade åt säkerhetsfrågor i all planering av verksamheten och fungera som förebilder (11).

Peter Pronovost, Department of Anesthesiology and medical director of the Center for Innovation in Quality Patient Care and the Quality and Safety Research Group at Johns Hopkins University School of Medicine, Michigan, USA, skriver att sjukvården lider av en föråldrad och ofta hälsovådlig kultur som skapar och stödjer svaga system som i sin tur kan skada patienterna. Utan en förändring i den kulturen kan man inte åstadkomma förbättringar och patienterna löper risk att fortsätta skadas i vården (5).

2.2 Teamarbete

Den viktigaste aktören i patientsäkerhetsarbetet är teamet. Sjukvård är en lagsport och sjukvårdsteam arbetar i en miljö som karakteriseras av stress, hög arbetsbelastning och ofta måste det tas snabba, svåra beslut. Som ensam individ har man ofta begränsad kapacitet.

Det krävs vissa egenskaper hos den enskilde medarbetaren vid ett samarbete mellan yrkesgrupper, exempelvis villighet att lyssna på vad andra har att säga, mod att ställa sig vid sidan om den egna gruppen och en ständig medvetenhet om vad andra kan bidra med. Multiprofessionella team kan vara både fasta samt tillfälliga och innebär framför allt ett förhållningssätt bland de enskilda teammedlemmarna, en förståelse och en vilja att lära som

även medför en tonvikt på ledarskapets betydelse. För att arbeta i ett multiprofessionellt team behövs en förmåga att snabbt komma in i teamet, relatera sig till uppdraget och patientens behov. Förståelse, lära sig av och använda både den egna och andras kompetens är viktigt. Det är också av stor betydelse att kunna hantera makt- och revirkonflikter i gruppen (12,13).

Nya organisationsmodeller kan ge konsekvenser för de olika yrkesgrupperna. Det finns vissa lärdomar som bör beaktas i tanken kring multiprofessionella team och vad det kan innebära för respektive yrkesgrupp. De största förespråkarna för medarbetarskap finns i sjuksköterskegruppen som ser sin roll som en form av generalist med kontroll över kvaliteten längs hela flödesprocessen i vårdarbetet. Läkarna är inte självklart intresserade av denna nya medarbetarkulturs spridning i organisationen, de kan göra motstånd genom passivitet. Tyst kunskap och erfarenhet som ofta finns i undersköterskegruppen kommer inte alltid fram vid organisationsförändringar (14).

De flesta komplexa industrier använder sig av team där man uppmuntras att ge sin egen individuella och ibland avvikande åsikt som får ligga till grund för att ett klokt beslut tas. Inom sjukvården har detta varit svårt att genomföra. I nära 90 % av avvikelserapporter som gällde vårdskador på flera sjukhus i USA så framkom att minst en i teamet på enheten visste att något hade gjorts felaktigt men valt att inget säga eller sagt till men blivit ignorerad.

Patientsäkerhet kan aldrig bli framstående utan ett starkt teamarbete och god kommunikation, och vetskapen om vilka styrkor dessa båda faktorer har (5).

2.3 Kommunikation

Kommunikation är information som delas med någon annan – det är alltså minst två parter i processen. Det handlar inte bara om ord utan också om attityder, beteenden och värderingar. En av de viktigaste och svåraste delarna i kommunikationen är överlämnandet av information mellan olika personalkategorier eller avdelningar, här finns det störst risk för missförstånd. Särskilt viktig är kommunikation när något gått fel. En av de vanligaste bakomliggande orsaker till tillbud och händelser i vården är att det brustit i kommunikationen mellan personer och/eller olika verksamheter. Det är viktigt att ha en fastställd struktur för hur kommunikation och informationsöverföring ska gå till. Ett exempel på detta är checklistor i olika former. Vid en studie där 541 chefer svarade på en enkät om patientsäkerhet kom det fram att nio av tio chefer i vården tyckte att bristande kommunikation är en av de tre viktigaste orsakerna till att patienter riskeras att skadas eller felbehandlas. Drygt hälften ansåg att dålig eller utebliven kommunikation är den största patientsäkerhetsrisken (15,16).

2.4 Följsamhet till rutiner

Att ha en hög följsamhet till fastlagda rutiner kan vara svårt om personalen inte är motiverad. Läkare, sjuksköterskor och undersköterskor har ofta en hög arbetsbelastning och får hela tiden nya rutiner och riktlinjer som man förväntas att följa. Följsamheten kan vara låg om de känner att vetenskaplig fakta saknas för att stödja en förändring i proceduren, de är sällan tillfrågade hur den nya idén på bästa sätt ska införlivas i den dagliga rutinen på just deras enhet och får oftast ingen feedback på om den nya rutinen verkligen är en förbättring. Genom att i förändringsarbetet öppna för dessa diskussioner får medarbetarna en bättre förståelse för anledningen till förändringen och man känner att man är delaktig i processen. En annan anledning till dålig följsamhet till rutiner kan vara att riktlinjerna är opraktiska och otydliga (5).

2.5 Vårdrelaterad infektion/vårdskada

En vårdskada är, enligt Patientsäkerhetslagen SOSFS 2010:659, 2011. ”Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården”. Den vanligaste vårdskadan är en vårdrelaterad infektion (VRI). 34% av patienter som vårdas på Intensivvårdavdelning drabbas av en eller flera VRI. 12% av all VRI är en CRI infektion och kan leda till mycket svåra komplikationer. Dödligheten är upp till 35% (17,18). Incidensen för CRI varierar mellan olika länder, vårdenheter och patientkategorier och anges som 0-30 per 1000 kateterdygn (19).

Att drabbas av en vårdrelaterade infektion är en allvarlig komplikation för patienten. Det går inte som man har tänkt sig och behandlingstiden blir oklar. Djupintervjuer med patienter som drabbats av en postoperativ djup sårinfektion beskriver upplevelse av övergivenhet, sårbarhet och autonomiförlust. Man känner sig lågt prioriterad och får bristande och skiftande information. Upprepade operationer, som en följd av VRI, ger smärta och trötthet (20,21).

Drabbas man dessutom av en infektion med resistenta bakterier beskrivs känslor som utanförskap och isolering. Man blir särbehandlad som patient eftersom den nya sjukdomen leder till ett påtvingat förhållningssätt mot anhöriga, sjukvårdspersonal och medpatienter (22). Förutom ett stort lidande för patienten innebär också en vårdrelaterad infektion en förlängd vårdtid och ökade kostnader för sjukvården. Det innebär i genomsnitt en förlängd vårdtid på intensivvårdavdelning med 7 dygn och kan förlänga den sammanlagda vårdtiden med 10-20 dygn (23,24,25).

Följsamhet till hygienrutiner i alla vård- och undersökningssituationer och av all vårdpersonal är den enskilt viktigaste åtgärden för att förhindra smittspridning och VRI (26).

2.6 Central Venös Kateter – CVK

En CVK är en plastkateter som av läkare under sterila förhållanden placeras i en central ven (vena jugularis interna, vena subclavia eller vena femoralis). Indikationen är, att på en intensivvårdspatient, säkra en infartsväg för potenta kärlretande droger, transfusion av blodprodukter, total parenteral nutrition (TPN), och att kunna mäta vitala livsparametrar. Katetern sutureras i huden och täcks med ett transparent förband. Kateter för korttidsanvändning sitter mindre än 3-4 veckor, kateter för långtidsanvändning sitter längre än 3-4 veckor. Det finns evidens för att särskilda åtgärder för inläggning, daglig skötsel och borttagande av CVK minskar risken för infektion. För att förebygga infektion ska läkaren lägga in CVK under sterila förhållanden. Sjuksköterskan ska inspektera instickstället varje dag, rengöra, byta förband, ge injektion/infusion och byta infusionsaggregat enligt särskilda föreskrifter. Varje dag ska ställningstagande tas av läkare om CVK ska vara kvar eller avlägsnas. Det ska finnas adekvat dokumentation för inläggning och hantering av CVK.

En intensivvårdspatient tillhör en känd riskgrupp för att utveckla infektioner. Ju svårare sjuk patient, ju längre vårdtid och desto större risk att utveckla infektioner i centrala katetrar. Riskfaktorer för patienten är ett nedsatt immunförsvar på grund av läkemedel och/eller svår sjukdom, total parenteral nutrition och blodprodukter i central venös infart och att de ofta har CVK längre än två veckor (18,19,24,25,26,27).

2.7 CRISS-CVK relaterade infektioner ska stoppas

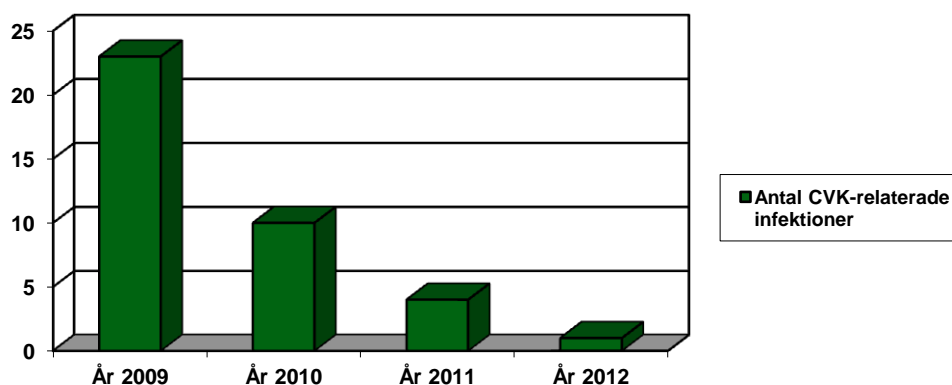
Genom att öka följsamheten till det åtgärdsprogram som Sveriges Kommuner och Landsting förordar vid inläggning, hantering och borttagande av CVK kunde central intensivvårdsavdelning (CIVA) och neurointensivvårdsavdelning (NIVA) införa nya rutiner och aktiviteter vilket ledde till ökad säkerhet och minskad CRI för patienten. I CRISS projektet arbetade man med åtgärdspaket (eng.bundles) vilket innebär att man angriper ett problem från flera olika håll. Studier i USA och Storbritannien bekräftar att när man organiserar ett förbättringsarbete på detta sätt kan man drastiskt minska t ex en CRI (4,28,29).

Vid CRISS projektets start gjordes en nulägesanalys som visade att under år 2009 hade CIVA och NIVA tillsammans 25 CRI, vilket kan anges som 3,5 infektioner per 1000 kateterdygn. I en studie jämfördes en grupp patienter med CRI med en kontrollgrupp. Vårdtiden för gruppen

med CRI var i genomsnitt 14 dagar längre än kontrollgruppen. Med teoretiska beräkningar kan 2009 års CRI på CIVA och NIVA ha kostat över fem miljoner kronor (4).

Vid en journalgranskning och observationsstudie noterades att hygienrutinerna vid inläggning och hantering av CVK i flera fall var bristfällig. En av de nya rutiner som infördes var en checklista vid inläggning av CVK. Andra rutiner som infördes var ett färdigpackat sterilset för CVK-inläggning, desinfektionsmaterial vid patientsängen för att lättare kunna desinficera CVK och dess injektionsport, ändamålsenligt material och dokumentation i datajournalssystemet Melior med specifikt sökord. Samtidigt började följsamhet mätas till etablerade hygienrutiner vid inläggning och hantering av CVK.

Mätningar varje månad visade att följsamheten till rutinerna ökade. Odlings svar från Bakteriologiska Laboratoriet, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, varje månad under år 2010 visade att CRI minskade för varje månad och mer än halverades under ett år. Under 2011 och 2012 fortsatte infektionerna att minska och är nära nollvision. Projektet tilldelades Svenska Hygienpriset 2012 av Svensk förening för vårdhygien, SFVH (30).



Figur 1. Antal CVK-relaterade infektioner på CIVA, 2009-2012

2.8 Användande av checklistor

I högriskverksamheter som t ex flyg, kärnkraft och oljeindustri utför man riskfyllda och komplexa arbetsuppgifter men med en exceptionellt låg frekvens av tillbud. Inom sjukvården refererar man ofta till dessa verksamheters arbetssätt och framför allt till checklistor som en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Checklistor förekommer i flera medicinska verksamheter och kan vara ett effektivt verktyg vid förbättring av vårdprocesser och därmed reducera vårdskador som t ex checklista vid säker kirurgi som World Health Organisation (WHO) utarbetat. En studie visar att dödligheten i samband med operation minskade från 1,5 till 0,8%

samt att rapporterade komplikationer minskade från 11-7%, efter att checklistan hade införts (31,32,33,35).

Det kan vara svårt att implementera en checklista i en verksamhet då den istället för ett hjälpmedel kan upplevas som ett onödigt arbetsmoment som tar tid och som påverkar relationerna till kollegor på grund av dess kontrollerande funktion. Studier visar att flera faktorer, som t ex organisatoriska och kulturella faktorer, kan påverka följsamheten (34).

Tidigare forskning visar att ett flertal barriärer kan finnas vid implementering av en checklista och dessa beror till stor del på organisatoriska och kulturella faktorer inom enheten. Personalens inställning, acceptans och följsamhet är avgörande faktorer för att implementering ska lyckas. Andra barriärer vid ett införande kan vara tidsbrist, att checklistan upplevs som onödig, att man dubbeldokumenterar och att det finns en bristfällig kommunikation mellan inblandade personalkategorier (32,34).

Ett gott patientsäkerhetsklimat, dvs en miljö där man öppet kan påminna varandra och i tid rätta till ett fel, anges som en viktig faktor i patientsäkerhetsarbete. Att få en checklista att fungera i ett vårdmoment, utan att friktion uppstår mellan olika personalkategorier är exempel på en sådan positiv miljö (7).

2.9 CRISS-projektets checklista

Checklistan som infördes i samband med CRISS-projektet innebär att en undersköterska eller sjuksköterska observerar en läkare vid inläggning av CVK. Man ska tillsammans hjälpas åt att upprätthålla så goda hygieniska förhållanden som möjligt, alltifrån förberedelser av patient, handdesinfektion, sterilklädsel och det operativa ingreppet till det att förband appliceras. Den som fyller i listan bedömer inte teknik eller andra färdigheter utan ska hjälpa till att hålla steriliteten under uppsikt samtidigt som man assisterar läkaren. Observatören ska påminna om något moment missats och/eller utförts inkorrekt och den som lägger in CVK ska då korrigera det (bilaga 1).

En CVK kan naturligtvis läggas in korrekt utan att en checklista används. En utebliven ifylld checklista innebär inte en felaktigt inlagd CVK. Det innebär att man tagit avsteg från den granskande rutinen som checklistan innebär (4).

Vi har ej hittat studier där personal med egna ord beskriver sin upplevelse av att använda en checklista och där man fångar känslan av att granska/bli granskad

3. Problemformulering

Rådande patientsäkerhetskultur och okunskap kan vara hinder som leder till en bristande följsamhet till fastlagda rutiner.

Vid en retrospektiv genomgång av antal lagda CVK och antal ifyllda checklistor visade det sig att många sjuksköterskor och undersköterskor väljer att inte använda checklistan. Kan anledningen till den bristande följsamheten bero på patientsäkerhetskulturen på avdelningen eller finns det någon annan anledning? Bristande följsamhet till checklista vid inläggning av CVK kan leda till vårdskada med mycket svåra komplikationer, stort lidande för patienten, en förlängd vårdtid och ökade kostnader för sjukvården.

4. Syfte

Det övergripande syftet med detta arbete är att utvärdera följsamhet till att fylla i checklista vid CVK-inläggning genom att identifiera eventuella psykosociala hinder såsom hierarki, attityder och kommunikation.

5. Mål

Att eliminera antalet CVK -relaterade infektioner genom att få användandet av checklistan som en självklar rutin utan att den upplevs som besvärande eller hotande.

6. Metod och urval

För att beskriva vilka psykosociala hinder som bidrar till en bristfällig följsamhet till att fylla i checklista användes kvantitativ metod där statistisk och kvantifierbar data eftersöks (36).

Respondenternas objektiva verklighet mättes och tydliggjordes i stapeldiagram (37).

Vi skaffade oss kunskap om antalet inlagda CVK på CIVA under perioden 2012-01-01—2012-12-31 och jämförde det resultatet med antal ifyllda checklistor under den samma period. Detta för att få ett utgångsvärde på hur väl checklistan implementerats på avdelningen.

En webbaserad enkät skickades ut till samtliga läkare på verksamhetsområde An/Op/IVA och till alla sjuksköterskor och undersköterskor på CIVA, Sahlgrenska sjukhuset. Tillsammans med enkäten fanns information om studiens syfte och mål, att deltagandet var frivilligt och frågorna besvarades anonymt.

Enkäten innehöll frågor som kopplades ihop med patientsäkerhet, följsamhet och upplevelse av att granska/bli granskad, fem frågor till läkare och sex frågor till

sjuusköterskor/undersköterskor. Frågorna kunde besvaras på en femgradig skala och vid varje fråga gavs det utrymme för egna kommentarer (bilaga 2).

I läkargruppen skickades 85 enkäter ut, av dessa returnerades 35 (42%) fullständigt ifyllda enkäter. Av de som svarade var 45% kvinnor och 54% män. 48% av läkarna hade varit verksamma i yrket 0-10 år, 19% i 11-20 år och 32% i mer än 20 år. I gruppen sjuusköterska/undersköterska skickades 170 enkäter ut, 102 till sjuusköterskor och 68 till undersköterskor. Av dessa returnerades 66 fullständigt ifyllda enkäter från sjuusköterskor (65 %) och 37 av undersköterskor (65 %). Den sammanlagda svarsfrekvensen för sjuusköterska och undersköterska var 102 (60 %). I fråga 1, 3 och 4 redovisas sjuusköterska och undersköterska svar tillsammans. Fråga 2 och 6 redovisas separat, alla professioner var för sig, eftersom vi ville se om eventuella skillnader förelåg mellan sjuusköterskor och undersköterska i just dessa frågor. Av de som svarade var 93 % kvinnor och 7 % män. I hela gruppen hade 22 % varit verksamma i yrket i 0-10 år, 29 % i 11-20 år och 48 % i mer än 20 år.

Enkätdata är presenterad som frekvenser och/eller procentandelar. Jämförelser mellan två oberoende grupper (t.ex. mellan läkare och sköterskor) är testade med icke-parametrisk Mann-Whitney U-test. Jämförelser mellan tre oberoende grupper (t.ex. mellan läkare, sjuusköterskor, undersköterskor) är testade med icke-parametrisk Kruskal-Wallis test. Gränsen för statistisk signifikans är genomgående satt till $p < 0.05$. SPSS/PASW, version 19, användes vid samtliga statistiska analyser.

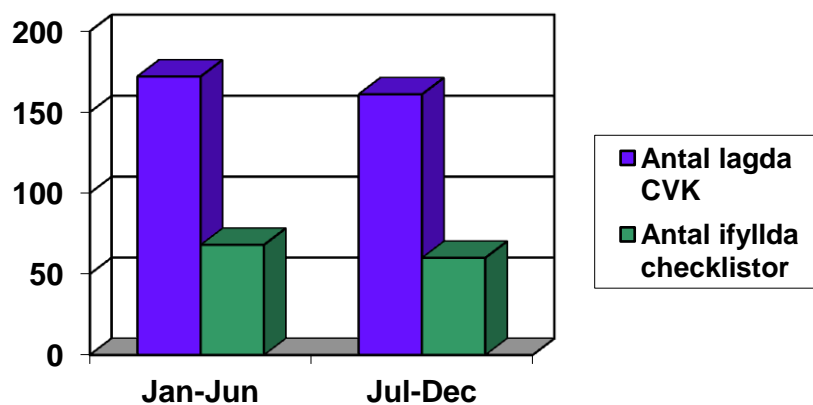
Etiskt ställningstagande

Vid denna studie förekom ingen kontakt med patienter och en etisk prövning behövdes ej. Tillsammans med enkäten följde en information om studiens syfte och mål, att anonymitet garanterades och att deltagandet var frivilligt.

7. Resultatredovisning

Nedan redovisas resultaten av den retrospektiva granskningen av antal lagda CVK vs antal ifyllda checklistor. Därefter redovisas resultaten av enkäterna där de olika professionernas svar presenteras och jämförs. Ett urval av kommentarer från medarbetarna redovisas i anknytning till varje fråga. I resultatdelen försöker vi se ett samband mellan svaren på enkätfrågorna och patientsäkerhetsbegrepp som följsamhet till nya rutiner, teamarbete, kommunikation och eventuella barriärer vid förändringsarbete.

En retrospektiv granskning av hur många CVK som lagts in på CIVA under 2012-01-01—2012-12-31 jämfördes med antal ifyllda checklistor. Det visade på en bristande följsamhet i början av året men förbättrades efter våren efter ett utbildningstillfälle och stabiliserades under andra halvåret. *Se figur 2.* Enkätfrågorna besvarades under oktober månad 2012.

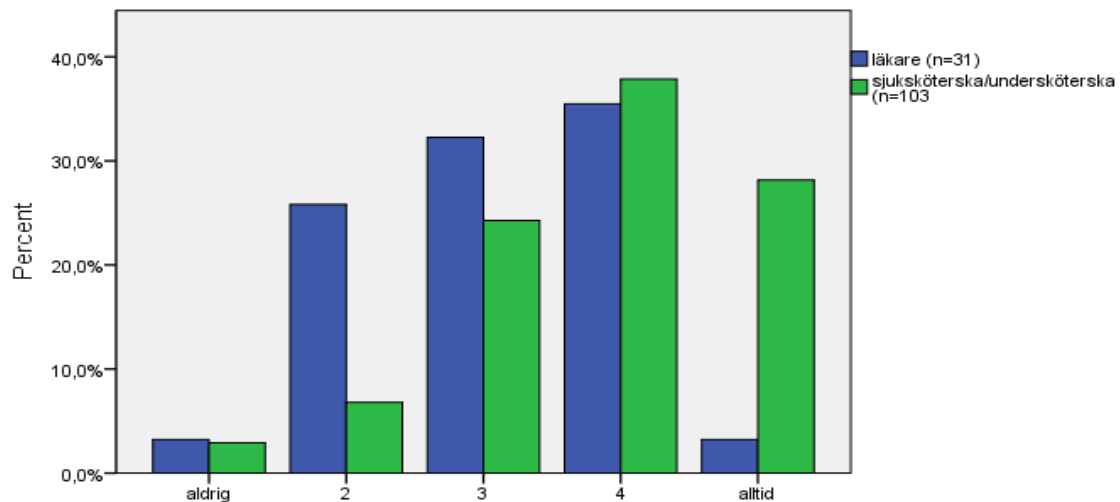


Figur 2. Antal lagda CVK/antal ifyllda checklistor på CIVA, 2012.

7.1 Resultat av enkätfrågor

7.1 Följsamhet

Fråga 1. I vilken grad upplever du att checklistan används/använder du checklistan?



Figur 3. Läkare besvarade frågan huruvida checklista alltid används vid CVK-inläggning. Sjuksköterska/undersköterska besvarade frågan om de alltid använder checklista vid CVK-inläggning.

”checklistan används inte på operationsavdelningarna i den utsträckning som behövs” – läkare

”visste inte att den fanns” -läkare

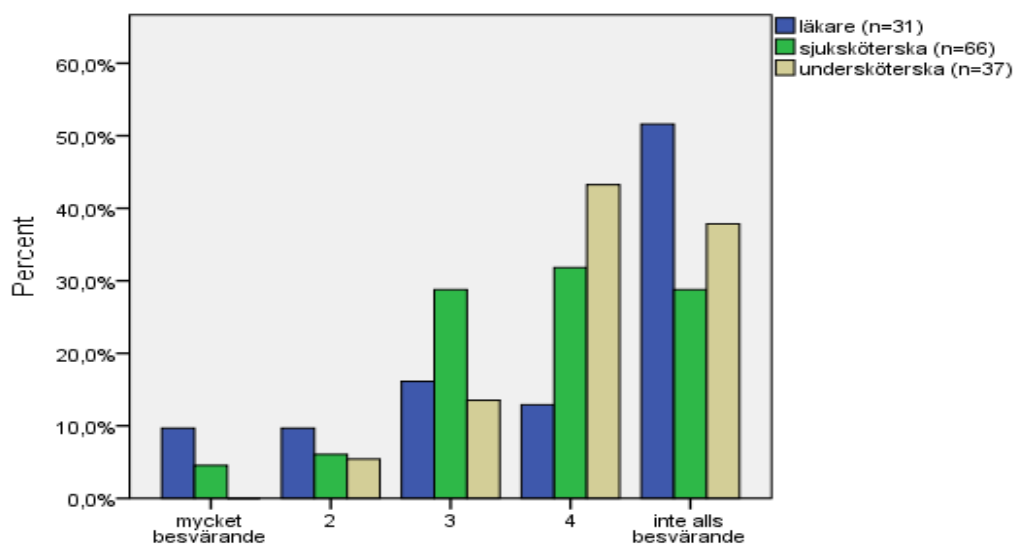
”vore bra om vi kommunicerade mer runt listan” –läkare

”de vet nog inte alltid att vi fyller i den” –ssk/usk

Med den första frågan i enkäten ville vi ta reda på hur medarbetarna själva upplevde att checklistan användes. Resultatet visade att läkare uppfattade att checklistan användes i mindre utsträckning jämfört med vad sjuksköterska/undersköterska bedömde och det var en signifikant skillnad mellan grupperna (Mann-Whitney; $p=0.001$). Man kunde se en statistisk signifikant skillnad på att de som har lång tid i yrket har en större följsamhet till checklistan än de som har arbetat mindre än 10 år. (Mann-Whitney; $p=0.006$)

7.2 Praktiska hinder

Fråga 2. I vilken grad anser du att checklistan är besvärande och/eller tar onödig tid?



Figur 4. Alla personalkategorier besvarade frågan huruvida checklistan upplevdes besvärande och/eller tog onödig tid.

"när man väl har lärt sig arbetet går det fint" - läkare

"listan ingår i CVK-inläggningsrutinen" – sjuksköterska (ssk)/ undersköterska (usk)

"om CVK läggs i akut läge prioriterar man bort checklistan eftersom det är så mycket annat som ska göras" – ssk/usk

"när man har en annan patient som ska skötas samtidigt kan det bli svårt" –ssk/usk

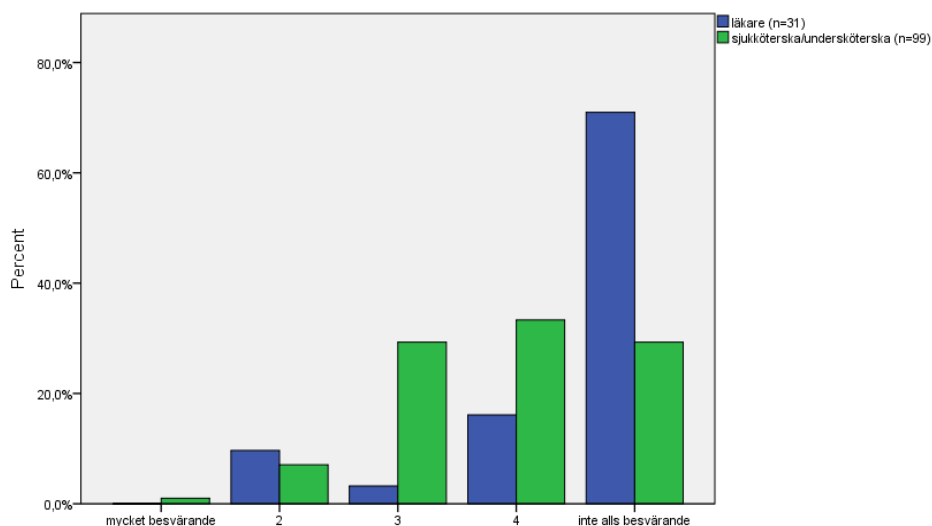
"alla läkare verkar inte alltid vara så intresserade" –ssk/usk

"akut situation, lite personal" –ssk/usk

Med den andra frågan i enkäten ville vi ta reda på om det fanns hinder som minskade följsamheten till att använda checklistan. Resultatet visar att inte checklistan var besvärande eller tog onödig och det fanns ingen signifikant skillnad mellan professionerna. Här fanns ingen signifikant skillnad på hur länge man varit yrkesverksam. Resultatet visar att det inte fanns några hinder för att använda checklistan ur perspektiven "besvärande"/"tar onödig tid". (Kruskall-Wallis; NS)

7.3 Teamarbete/kommunikation

Fråga 3. I vilken utsträckning tycker du att det känns besvärande att bli granskad av en sjuksköterska/undersköterska vid CVK-inläggning/ att granska en läkare vid CVK-inläggning?



Figur 5. Läkare besvarade frågan huruvida det upplevdes besvärande att bli granskade av sjuksköterska/undersköterska. Sjuksköterska/undersköterska besvarade frågan huruvida de upplevde det besvärande att granska läkare.

”har ingen prestige, man jobbar i team” – läkare

”vi har alltid publik ändå och granskad blir man oavsett om det är medvetet eller inte, man får se det som att man hjälps åt” – läkare

”jobbigt att påtala om det brister för en van läkare om man är ny på jobbet – ssk/usk

”beror på vilken läkare” – ssk/usk

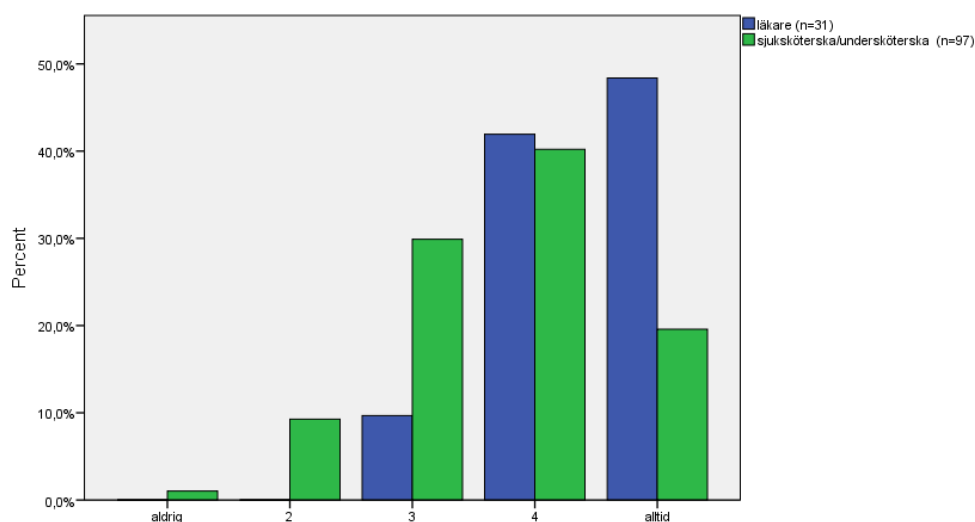
”ofta upptagen med andra saker, ska man behöva granska läkaren?” – ssk/usk

”läkaren säger att han/hon inte tänker följa checklisten pga tidsbrist, patientstatus ” – ssk/usk

Den hierarkiska strukturen i vården kan utgöra ett hinder för god kommunikation. Genom att ta reda på hur respektive profession upplevde granskningsmomentet kunde man se om detta var ett hinder för att använda checklisten. Det fanns en signifikant skillnad mellan grupperna. De flesta läkare, ca 70 %, känner sig inte alls besvärade av att bli granskade. Sjuksköterska/undersköterska tyckte det var lite mer besvärande att granska en läkare. Ca 30 %

av sjuksköterska/undersköterska var helt obesvärade. Det är endast ett fåtal i båda grupperna som upplever momentet som mycket besvärande. (Mann-Whitney; $p < 0.000$)

Fråga 4. I vilken grad åtgärdar du ett uteblivet/felaktigt utfört moment vid CVK-inläggning om sjuksköterska/undersköterska påminner dig/ anser du att läkaren åtgärdar ett uteblivet/felaktigt utfört moment vid CVK-inläggning när du påminner.



Figur 6. Läkare besvarade frågan huruvida de åtgärdar påpekanden av sjuksköterska/undersköterska. Sjuksköterska/undersköterska besvarade frågan huruvida deras påpekanden leder till åtgärder.

”beroende på brådskandegrad” – läkare

”har inte hänt, men skulle göra det” - läkare

”hoppas jag” – läkare

”kan vara svårt, de säger – jag vet! Men nu har vi bråttom” – ssk/usk

”de uppger ofta att det inte behövs”- ssk/usk

”har ej förekommit”- ssk/usk

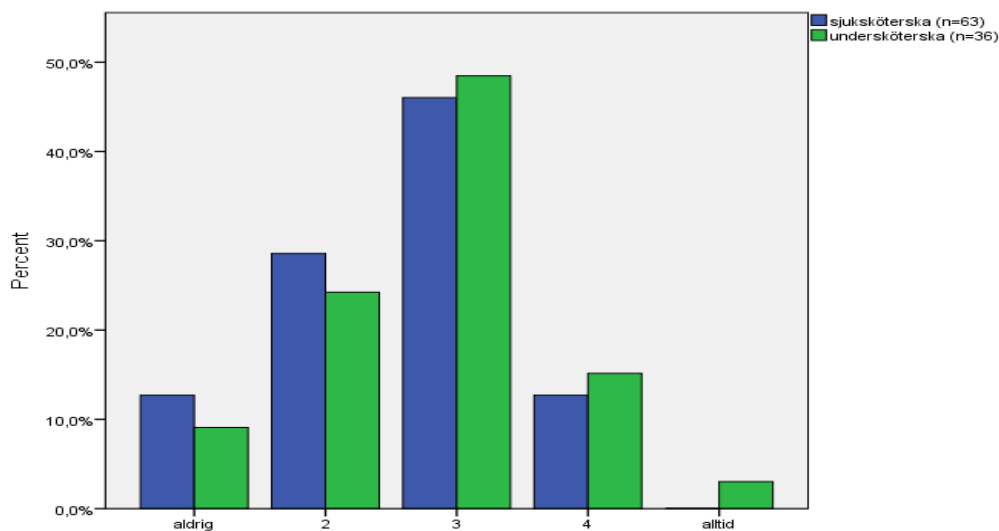
”personbundet”- ssk/usk

”han/hon är ofta medveten om avvikelser från checklistan och hunnit kommentera att – nu gör jag så här istället” – ssk/usk

Den hierarkiska strukturen i vården kan också utgöra ett hinder i teamet om ett felaktigt utfört moment uppmärksammas men negligeras. Därför ställde vi frågan om huruvida läkaren åtgärdade ett uteblivet/felaktigt moment respektive sjuksköterskan/undersköterskan ansåg att så skedde. Här fanns en signifikant skillnad mellan grupperna. I stor utsträckning följdes en

påminnelse av en korrigeringsmen i stapeln ”alltid” har man olika syn på frågan. Ca 50% av läkarna ansåg att man alltid korrigerade ett felaktigt moment jämfört med ca 20% av sjuksköterskorna/undersköterskorna. (Mann-Whitney; $p < 0.000$)

Fråga 5. Upplever du att läkaren känner sig besvärad när du påminner?



Figur 7. Sjuksköterska/undersköterska besvarade frågan huruvida de upplevde att läkare kände sig besvärad när de påminde.

”har aldrig behövt påminna”

”kan känna mig lite tjatig”

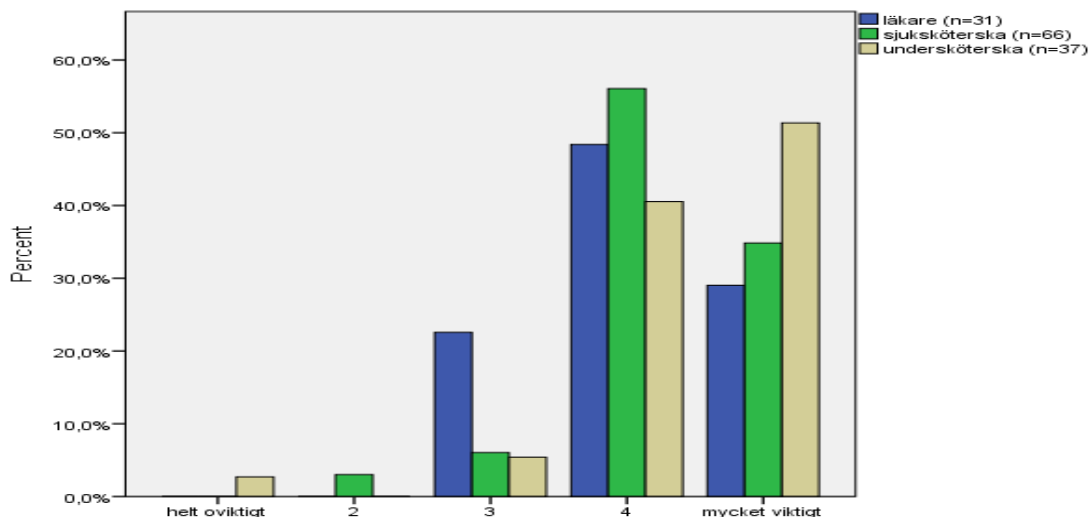
”ej hänt”

”personbundet”

Negligeras en påminnelse kan detta leda till att man avstår från att säga till vid ett annat tillfälle. Med den femte frågan som enbart ställdes till sjuksköterska och undersköterska ville vi ta reda på hur sjuksköterskor/undersköterskor upplevde reaktionen hos läkare vid påminnelse. Resultatet visar att sjuksköterskor/undersköterskor upplever att läkare till stor del inte känner sig besvärade.

7.4 Patientsäkerhet vid användning av checklista.

Fråga 6. I vilken grad anser du att checklistan förbättrar patientsäkerheten vid CVK-inläggning?



Figur 8. Alla personalkategorier besvarade frågan huruvida de ansåg att checklistan förbättrar patientsäkerheten vid CVK-inläggning.

”av störst nytta för helt nya eller mycket erfarna som börjar ta genvägar” - läkare

”ett hjälpmedel som gör arbetet säkert” - läkare

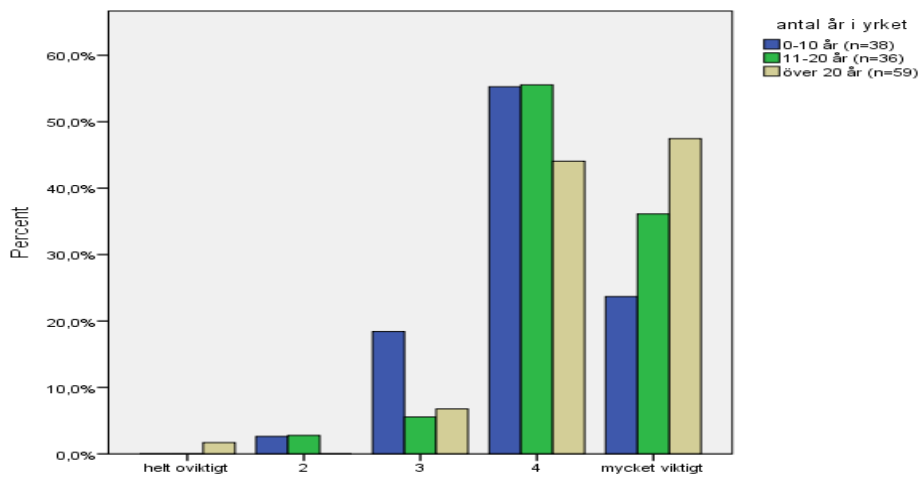
”framtagna rutiner är till för att vi ska arbeta säkert och öka säkerheten för patienten” – ssk/usk

”det blir lättare att säga till när man har ett papper i handen som styrker tillvägagångssättet” – ssk/usk

”bra med gemensamt ansvar” – ssk/usk

Slutligen ville vi se hur viktig checklistan vid CVK-inläggning anses vara ur ett patientsäkerhetsperspektiv och om man tycker att den förbättrar patientsäkerheten.

Resultatet visar att en stor majoritet tycker att checklistan förbättrar patientsäkerheten och är viktig. Ca 80% av läkarna, ca 90% av både sjuksköterskor och undersköterskor tycker att checklistan är viktig för patientsäkerhetsarbetet. (Kruskall-Wallis; NS)



Figur 9. Antal år i yrket jämfördes med hur viktigt man ansåg att checklistan var som ett instrument i patientsäkerhetsarbetet.

Tendensen visar att ju längre tid man varit yrkesverksam ju viktigare tycker man det är med checklistan som ett instrument i patientsäkerhetsarbetet. (Kruskall-Wallis;p=0.032)

8. Resultatdiskussion

Det övergripande syftet med detta arbetet var att identifiera vilka hinder som bidrar till en bristfällig följsamhet till användandet av checklista vid CVK-inläggning.

Peter Pronovost är intensivvårdsläkaren vid John Hopkin's Hospital som blev engagerad i en patients öde, inledde ett stort patientsäkerhetsarbete som spred sig över hela världen och är numera också chef för sektionen för patientsäkerhetsutveckling vid John Hopkin's Univeristy School. De erfarenheter Pronovost gjorde under sitt stora patientsäkerhetsprojekt på John Hopkin's hospital, Baltimore, Michigan, beskriver han i sin bok, Safe patients Smart Hospital, 2010. Då han bl a införde en checklista vid CVK-inläggning fick han arbeta med förändra patientsäkerhetskulturen, bryta ned föråldrade och hälsovådliga system och föra in evidensbaserad kunskap till tydliga och lättarbetade checklistor. Metoderna kallade han CUSP, Comprehensive Unit-based Safety Program, och TRIP, Translate research Into Practise. Pronovost kallas ibland för Mr Checklist och blev år 2008, av tidningen TIME, utsedd till en av världen mest inflytelserika personer (5).

Följsamhet

Anestesi- och intensivvård idag är högriskverksamheter med avancerad teknik, högt tempo, snabba beslut och där minsta fel kan resultera i svåra konsekvenser för den redan svårt sjuke patienten. Att ha hög följsamhet till fastlagda rutiner är en säkerhet och trygghet för personalen och ett kvalitetsmått för den egna verksamheten. Som patient och anhörig ska man kunna lita på att vården är evidensbaserad (2,6,8).

När vi gjorde en retrospektiv granskning av antal lagda CVK och antal ifyllda checklistor under samma period visade det sig att följsamheten till den rutinen var bristfällig. Under perioder med många lagda CVK var följsamheten extra dålig, vilket kan förklaras av att man väljer bort att göra granskningen när det är mycket att göra eller i akuta situationer. Det är dock i dessa situationer som checklistor har visat sig vara extra betydelsefulla. När situationen är akut och ett arbete ska utföras med fokus och under press hjälper en medarbetare till med att stämma av och vid behov påtala ett glömt moment.

Vi frågade läkare och sjuksköterskor/undersköterskor om hur man upplevde att checklistan vid CVK-inläggning användes. De båda personalkategorierna hade olika syn på detta. Sjuksköterskor/undersköterskor ansåg att den användes i hög grad medan läkarna ansåg att den användes mindre grad. Någon läkare hade aldrig sett listan. Läkare efterlyste mer kommunikation runt listan och sjuksköterska/undersköterska kommenterade att läkarna nog inte alltid visste att man fyllde i den. Meningen med en checklista där medarbetare hjälps åt att fullfölja ett moment korrekt är att båda parter är medvetna om just detta, kommunicerar med varandra och tillsammans konstaterar att uppgiften genomförts på ett riktigt sätt. Vi inser att det behövs mer information om hur vi ska agera när vi använder checklistan. Hos vem ligger ansvaret att checklistan används, hos granskaren eller den som blir granskad? Vi tycker att båda parter ska efterfråga listan om den inte finns till hands från start (5,7).

Hinder

Det finns beskrivet flera hinder som skulle kunna påverka följsamheten. Ett hinder kan vara personal som inte är medveten om, eller inte håller med om innehållet i checklistan. Läkaren kanske inte är medveten om att det enbart är hygienrutinen som granskas. Checklistan kan vara tvetydig så att de som arbetar med den blir osäkra på vad som ska göras och när. Personal kan ha otillräcklig information om hur man använder checklistan. Vi ville veta vilken grad läkare, sjuksköterskor och undersköterskor ansåg att checklistan är besvärande och/eller tar onödig tid. Ingen av professionerna tyckte att checklistan var besvärande eller tog

onödig tid. Antal år i yrket hade ingen betydelse för hur man svarade. Det stämmer således med Pronovosts reflektioner över hur personalen reagerade när checklistan infördes. Inga hade egentligen några invändningar mot nyttan av checklistan utan det var helt andra faktorer som fick personalen att reagera negativt. CIVA:s personal ger alltså ett klart svar att det inte finns några praktiska hinder för att använda listan, ändå var följsamheten bristfällig (5,10).

Teamarbete/Kommunikation

Ett team bygger på att flera professioner samordnar sin kunskap kring en patient. Det är lätt att bli positiv när man talar om team, det känns självklart bra att samtliga yrkeskategorier i vården samarbetar för att hjälpa patienten på bästa sätt. Men vad är ett team, vilken av yrkesgrupperna ska bestämma mest och vad händer om teamet inte fungerar som det är tänkt. Att arbeta i team är inte alltid smärtfritt. Det kan bli en strid om vem som ska leda teamets arbete. I vissa team kan medlemmarnas prestige leda till att de inte alltid agerar utifrån vad som är bäst för patienten (5,12,14).

I en god patientsäkerhetskultur har alla i teamet inflytande och blir lyssnad på. Man vågar säga ifrån när något går fel och man lär sig också av andra professioner och kan delta i diskussioner och beslut i ett annat sammanhang som man inte har mandat för. Det kan vara svårt i en struktur som sjukvården som under lång tid präglats av en stark hierarki. Det har inte varit lika självklart inom sjukvården som inom andra högriskverksamheter att anamma teamarbete (5,12,14,15).

Vi ville veta hur läkare, sjuksköterska/undersköterska upplevde granskningsmomentet och hur en eventuell påminnelse vid ett felaktigt utfört moment upplevs i den teamsituation som är vid en CVK-inläggning med checklista.

Det fanns en skillnad mellan grupperna hur man upplevde granskningsmomentet, men inte vad vi hade förväntat oss. Vi trodde att läkargruppen skulle ha en mer negativ inställning till granskningsmomentet, men det visade sig att majoriteten (70%) var inte alls besvärade. Detta ställs emot att sjuksköterskor/undersköterskor upplever granskningsmomentet mer besvärande. Detta resultat visar på en bristande kommunikation i teamet. Hade man kommunicerat mer om detta moment så hade färre känt obehag i sjuksköterske/undersköterskegruppen.

Det var även en skillnad på hur man upplevde att en påminnelse av ett felaktigt moment korrigerades. Läkare ansåg att de korrigerade felet i 50% av fallen medan sjuksköterska/undersköterska ansåg att det endast skedde i 20%.

Det är naturligt att känna sig besvärad om man blir påmind om något man missat eller glömt. Pronovost skriver att ett teamarbete ska inte handla om upplevd förlorad auktoritet utan istället ses som ett större underlag att fatta sitt beslut på. Här i form av en checklista och en påminnelse. Skickliga individer kan fatta fel beslut eller glömma något, team kan åstadkomma så mycket bättre tillsammans. Både läkare, sjuksköterskor och undersköterskor ska stärkas och stöttas i sina roller i teamet för att tillsammans se till att patienten erhåller en god och säker vård (5).

Patientsäkerhet vid användning av checklista

En checklista kan ses som ett verktyg som när den är implementerad och har "satt sig" kan upplevas som onödig och motivationen till att använda den kan minska hos den enskilda individen. På enheter med ett stort flöde av läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, studenter och medarbetare som vidareutbildar sig är det av stor vikt att ha rutiner och checklistor som är lätta att följa och använda. Om man drar en parallell med flyget så finns det inget flygplan som startar och lyfter innan checklistan är genomgången i cockpit. Det spelar ingen roll om checklistan har funnits länge och/eller kapten och styrman är nya eller gamla i yrket, de frångår aldrig rutinen att kontrollera sina instrument efter checklista innan "take off" (8,10).

När riktlinjer och checklistor är för omfattande och oklara är det stor risk att de inte följs. Om man istället reducerar ner all information till ett fåtal punkter som är lätta att förhålla sig till ökar följsamheten. En checklista med 7 punkter nämns som den mest ideala att implementera i en verksamhet. Den upplevs då vara lätt och praktisk att använda och ses som ett hjälpmedel inför olika vårdmoment. Vi har i våra resultat sett att man har kommenterat att man vid urakuta situationer valt att inte använda checklistan eftersom det tar för lång tid. Det är just i dessa situationer som det är extra viktigt att använda checklista eftersom man i en stressad situation ofta gör avsteg från rutiner. Ett beslut som i stunden ses som rationellt, t ex att man frångår vissa hygienrutiner för att snabbt utföra ett moment, drabbar förmodligen inte en relativt frisk patient med intakt immunförsvar. Samma procedur hos en immunosuppressiv patient kan ge en svårbehandlad infektion och till och med leda till döden (5).

Resultatet visar att majoriteten av medarbetarna oberoende av personalkategori tycker att checklistan ökar patientsäkerheten och tendensen visar att ju längre tid man varit verksam i yrket ju viktigare tycker man det är. När man har mycket erfarenhet kanske man förstår hur viktigt det är med rutiner och checklistor och att man gör rätt från början. Man har ingen prestige i det arbetet man utför eller om man blir påmind eller tillsagd av någon i teamet.

Slutsats

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att CRI på CIVA stadigt har sjunkit sedan CRISS projektet infördes. År 2012 noterades den lägsta siffran sedan mätningarna startade och vi ligger nära nollvisionen.

För att minska CRI har vi arbetat med åtgärds paket som angripit problemet från många olika håll. Följsamheten har varit hög till alla förändringarna som gjorts. Det går inte att exakt peka på vilken faktor som är avgörande utan att det sannolikt är den additiva och synergistiska effekten av åtgärderna som ger det goda resultatet. Vi tror att det är ett ökat medvetande till basala hygienrutiner i allmänhet och hygienrutiner vid CVK i synnerhet som har visat så gott resultat trots att checklistan inte alltid fyllts i.

Detta arbete har visat att det egentligen inte finns något motstånd till att använda checklistan och man ser den som en förbättring av patientsäkerheten. Förbättringspotential finns i kommunikationen mellan de olika professionerna i teamet. Alla har inte vetskap om checklistan, den prioriteras bort vid akuta situationer och hög belastning. Sjuksköterska och undersköterska upplever momentet att granska en läkare som något besvärande än vad läkare upplever att bli granskade.

Under CRISS projektet mättes följsamhet till samtliga aktiviteter utom den till checklistan. I samtliga mätningar ökade successivt följsamheten och stannade på hö nivå. En retrospektiv mätning visade att följsamheten till att fylla i checklistan var bristfällig. Det visar hur viktigt det är att hela tiden mäta och återkoppla resultat för att upprätthålla ett högt ställt mål. Därför kommer detta arbete att vara ett underlag för information, fortsatt arbete med implementering av checklistan och annat förbättringsarbete som gäller patientsäkerhetskultur, teamarbete etc.

“However awkward we might feel letting a nurse correct or question us, however fearful a nurse might be that a doctor will react badly to her advice, we have to keep remembering that it is patient care that is our goal here, not stroking egos or reinforcing an antiquated hierarchy. The patient is our North Star and every action we take ultimately must be guided by delivering the very best care to our patients. That is our bottom line. I do not expect you to be perfect, none of us will ever be. However, I do expect you to help create a system to ensure that patients always receive recommended therapies, that patients are not needlessly harmed”.
Peter Pronovost (5 sid. 50).

9. Metoddiskussion

Svarsfrekvenser i enkätundersökningar har i allmänhet sjunkit och det inte alls ovanligt med svarsfrekvenser på under 50 %. Vid låg svarsfrekvens bör det göras en bortfallsanalys för att se om resultaten är representativa för målgruppen. Vi ansåg att enkäten gav en rimlig trovärdighet eftersom svarsfrekvensen låg på 65 % hos sjuksköterskor/undersköterskor och 42 % hos läkare. Vi kan inte göra en bortfallsanalys eftersom princip för anonymitet går före nackdelen med elektronisk enkät. Däremot kan vi anta att ett visst bortfall kan bero på olika slags ledigheter såsom föräldraledighet, semester eller arbete på annan enhet inom verksamheten annat sjukhus eller klinik. Man kanske då inte tycker det känns viktigt att svara på enkäten.

En elektronisk enkät kan innebära ett visst bortfall på grund av att det kan finnas en viss misstro i samband med anonymitet och man väljer kanske då att avstå från att svara.

Enkäten delades ut i en tid då det cirkulerat flera enkäter och man kan anta att en viss ”enkättrötthet” förelåg.

Man kan spekulera i huruvida de som inte svarat är mer kritiska till checklistan. Hade vi fått en högre svarsfrekvens av dessa medarbetare hade vi möjligtvis fått ett mer negativt resultat. Å andra sidan har man i en anonym enkätundersökning ett tillfälle att göra sin röst hörd.

I resultatet redovisades sjuksköterska och undersköterska tillsammans i vissa frågor. Vi har i efterhand sett att det kunnat vara av värde att dela upp de olika personalkategoriernas svar på samtliga frågor eftersom man då fått ett tydligare resultat.

Referenslista

1. Socialstyrelsen, Vårdskador inom somatisk slutenvård. Artikelnummer 2008-109-16. Stockholm, 2008.
2. Socialstyrelsen, Att förebygga vårdrelaterade infektioner (elektronisk resurs): ett kunskapsunderlag. Stockholm, 2006.
3. Lindh M. Strategi för att minska vårdrelaterade infektioner i hälso- och sjukvården. HSN 1209-1142. Stockholm, 2012.
4. Tolestam Heyman E. Infektioner nära noll och miljoner kronor sparade. Läkartidningen 2012 5:109.
5. Pronovost P, Vohr E. Safe patients, smart hospitals. United States of America: Penguin group; 2011.
6. SOSFS 2005:12 Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm, 2005.
7. Rutberg H. Vad är patientsäkerhet? Landstinget i Östergötland. Göteborg, 16 mars 2011.
8. Rollenhagen C. Säkerhetskultur. Stockholm: RX Media, 2005.
9. Moberg Å. Hon var ingen Florence Nightingale. Stockholm: Natur och Kultur; 2007.
10. Rollenhagen C. Säkerhetskultur och säkerhetsklimat. Ödegård S. (red), I rättvisans namn (s 261-279). Stockholm: Liber; 2007.
11. IAEA, International Atomic Energy Agency. Safety culture in nuclear installations, Guidance for use in the enhancement of safety culture. Austria, 2001.
12. Berlin J, Carlström E, Sandberg H. Team i vård, behandling och omsorg: erfarenheter och reflektioner. Studentlitteratur AB; 2009.
13. Sevdalis N, Hull L, Birnbacher D.J. Improving patient safety in the operating theatre and perioperative care: obstacles, interventions, and priorities for accelerating progress. British Journal of Anaesthesia 2012;109 (S1):i3-i16.
14. Kvarnström S, Wallin K. Multiprofessionella TEAM i vården, fördelar och fallpropar. Rapport nr 8, Dnr 525/99. Linköping 2001.
15. Davis J. In genom ett öra och ut genom det andra – att förstå kommunikation. Stockholm 12 september 2011.
16. Granstrand C. Bristerna som hotar vården. Dagens Samhälle 2012: 42:2.
17. Patientsäkerhetslagen SOSFS 2010:659.
18. Maki D.G., Kluger D.M. and Crnnich C.J. The risk of bloodstreaminfection in adults with different intravascular devices: a systematic review of 200 published prospective studies. Mayo Clin Proc. 2006; 81(9):p.1159-71.
19. Centers for Disease Control and Prevention. Vital Signs, p 1-4, mars 2011.
20. Andersson AE, Bergh I, Karlsson J, Nillson K. Patient's experience of acquiring a deep surgical site infection:an interview study.Am J Infect Control. 2010;38(9):711-7.

21. Christine Leo Swenne, Avhandling, Wound Infection Following Coronary Artery Bypass Graft Surgery – Risk Factors and Experience of Patients, Uppsala Universitet 2006.
22. Andersson H, Lindholm C, Fossum B, MRSA – global threat and personal disaster: patients experiences. *Int Nurs Rev.* 2011;58(1):47-53.
23. Tarricone et al. Cost Effectiveness and Resource Allocation 2010, 8:8.
24. O'Grady, N.P., et al., Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep.* 2002; 51(RR-10): p. 1-29.
25. Vincent, J.L., et al., The prevalence of nosocomial infection in intensive care units in Europe. Results of the European Prevalence of Infection in Intensive Care (EPIC) Study. EPIC International Advisory Committee. *JAMA.* 1995; 274(8): p. 639-44.
26. Sveriges Kommuner och Landsting, Nationell satsning för ökad patientsäkerhet, Infektioner vid centrala venösa infarter, åtgärder för att förebygga. 2011.
27. SFAI, Svensk förening för anestesi och intensivvård, Central venkateterisering, kliniska riktlinjer och rekommendationer, 2011.
28. Andrew G Longmate, Kirsteen S Ellis, Louis Boyle, Shaun Maher, Chris J S Cairns, Suzanne M Lloyd, Colin Lang. Elimination of central-venous-catheter-related bloodstream infections from the intensive care unit *BMJ Qual Saf* 2011;20:174-180.
29. Hammarskjöld, F., Wallen G., and Malmwvall B.E., Central venous catheter infections at a county hospital in Sweden: a prospective analysis of colonization, incidence of infection and risk factors. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2006; 50(4): p. 451-60.
30. www.sfvh.se
31. Reason J. I rättvisans namn. Ödegård Synnöve, red. Individ- och systemmodeller för felhandlingar - att skapa rätt balans i hälso-och sjukvården, Stockholm: Liber. 2007. s. 139-160.
32. Thomassen et al. Implementation of checklists in healthcare; learning from high-reliability organization, *Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency medicine* 2011;19:53.
33. Agerberg M. Checklista vid operation minskar dödsfall och komplikationer. *Läkartidningen* nr 5, 2009, vol 106.
34. Fourcade et al. Barriers to staff adoptions of a surgical safety checklist, *BMJ Qual Saf* 2012; 21(3):191-197.
35. Socialstyrelsen, www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/opererasakert_2013-01-19.
36. Eilertsson G. Statistik för hälsovetenskaperna. Lund: Studentlitteratur; 2003.
37. Wallgren A, Wallgren B, Persson R, Jorner U, Haaland JA. Statistikens bilder- att skapa diagram. Stockholm, SCB förlag; 1994.

Checklista för CVK-inläggning

CRISS-projektet 2010

PatientID: _____

En CVK-inläggning är att jämföra med ett operativt ingrepp och full sterilitet är önskvärd. Om operatören eller assistenter inte följer de viktiga hygieniska åtgärder (enligt PM) som listas nedan vid CVK-inläggningen skall detta påtalas av den som fyller i checklistan (exv. sköterska, undersköterska, läkare) så att det kan rättas till innan proceduren fortsätter.*

Viktiga hygieniska åtgärder vid CVK-inläggning	Utfört	Utfört med påminnelse	Kommentarer
Innan inläggning kontrollera:			
Att insticksställen Descutantvättas			
Att operatör (och ev. handledare/assistent) tvättar händer med tvål och vatten samt handsprit ¹⁻⁴			
Att påklädning med mössa, munskydd, sterila handskar samt steril rock för operatör (och ev. handledare/assistent) sker korrekt ¹⁻⁴			
Att operatör klorhexidinsprittvättar inticksställe/område korrekt ⁵			
Att operatör tillåter insticksställe att torka			
Att anläggande av sterila dukar som täcker patientens ansikte och hela överkropp sker korrekt ⁶			
Under inläggning kontrollera:			
Att sterilitet upprätthålles			
Att trevägskranar och nålfria injektionsmembran sätts på under sterila förhållanden			
Att fixering sker med monofilamentsutur			
Efter inläggning kontrollera:			
Att blod tvättas bort med steril koksalt och/eller klorhexidinsprit vid intsticksstället innan förband anlägges			
Att förband anlägges sterilt			

1. Munskydd och mössa tas på innan handtvätt påbörjas
2. Våta händer skall torkas av med papper innan handsprit appliceras
3. Rocken skall knytas i nacke och rygg av assistent, inte av operatör
4. Handskar skall tas på efter rocken och skall sitta väl över rockens muddar
5. Klorhexidinsprit appliceras så att man med varje sudd tvättar från insticksstället och utåt
6. Sterila dukar skall täcka så att operatören inte kan osterilisera sig på sängkanter/sänggrindar, samt patientens ansikte, hår och överkropp.

* Checklistan är översatt och omarbetat av Sophie Lindgren, specialistläkare An/Op/IVA Sahlgrenska Sjukhuset, efter original "Central Line Insertion Care Team Checklist" från The John Hopkins Hospital, Baltimore, MD, USA.

Bilaga 2a

Patientsäkerhetskultur är de attityder och värderingar som påverkar patientsäkerheten på en arbetsplats. Grunden till en bra patientsäkerhetskultur är att personalen är medveten om de risker som finns. Om alla i vården – inklusive patienter och närstående – är medvetna om riskerna kan ett systematiskt arbete inriktas på att minska dem. Eventuella misstag ska kunna diskuteras både öppet och konstruktivt.

Följsamhet till en checklista där kollegor granskar varandra utan friktion kan vara ett exempel på ett gott patientsäkerhetsklimat.

I samband med projektet CRISS (CVK- relaterade infektioner ska stoppas) infördes en checklista vid CVK - inläggning. Det innebär att en sjuksköterska eller undersköterska granskar CVK - inläggningen, bockar av utförda moment och påminner om uteblivet/ej korrekt utfört moment.

Enkäten är en del i en magisterutbildning, 15hp i Omvårdnad, Göteborgs Universitet, Sahlgrenska akademien. Syftet är att identifiera eventuella hinder vid användandet av checklista vid CVK -inläggning.

Enkäten besvaras anonymt.

Maria Tiger, Sjuksköterska CIVA avd 96

Helene Westrin, Anestesisjuksköterska och verksamhetsutvecklare, An/Op/IVA

SU/Sahlgrenska sjukhuset

Göteborg 2012-10-19

1. Jag har arbetat som läkare i

0-10 år

11-20 år

>20 år

2. Kön

Kvinna

Man

3. I vilken grad anser du att checklistan förbättrar patientsäkerheten vid CVK-inläggning?

Helt oviktigt 1 2 3 4 5 Mycket viktigt

Kommentar

4. I vilken grad anser du att checklistan är besvärande och/eller tar onödig tid?

Mycket besvärande 1 2 3 4 5 Inte alls besvärande

Kommentar

5. Upplever du det som om checklistan alltid används vid CVK-inläggning?

Aldrig 1 2 3 4 5 Alltid

Kommentar

6. I vilken utsträckning tycker du att det känns besvärande att bli granskad av en sjuksköterska/undersköterska vid CVK-inläggning?

Mycket besvärande 1 2 3 4 5 Inte alls besvärande

Kommentar

7. I vilken grad åtgärdar du ett uteblivet/felaktigt utfört moment vid CVK-inläggning om sjuksköterskan/undersköterskan påminner dig.

Aldrig 1 2 3 4 5 Alltid

Kommentar

Bilaga 2b

Patientsäkerhetskultur är de attityder och värderingar som påverkar patientsäkerheten på en arbetsplats. Grunden till en bra patientsäkerhetskultur är att personalen är medveten om de risker som finns. Om alla i vården – inklusive patienter och närstående – är medvetna om riskerna kan ett systematiskt arbete inriktas på att minska dem. Eventuella misstag ska kunna diskuteras både öppet och konstruktivt.

Följsamhet till en checklista där kollegor granskar varandra utan friktion kan vara ett exempel på ett gott patientsäkerhetsklimat.

I samband med projektet CRISS (CVK- relaterade infektioner ska stoppas) infördes en checklista vid CVK -inläggning. Det innebär att en sjuksköterska eller undersköterska granskar CVK - inläggningen, bockar av utförda moment och påminner om uteblivet/ej korrekt utfört moment.

Enkäten är en del i en magisterutbildning, 15hp i Omvårdnad, Göteborgs universitet, Sahlgrenska akademien. Syftet är att identifiera eventuella hinder vid användandet av checklista vid CVK -inläggning.

Enkäten besvaras anonymt.

Maria Tiger, Sjuksköterska CIVA avd 96

Helene Westrin, Anestesisjuksköterska och verksamhetsutvecklare, An/Op/IVA

SU/Sahlgrenska sjukhuset

Göteborg 2012-10-19

1. Jag arbetar på CIVA som

sjuksköterska

undersköterska

2. Antal år i yrket?

0-10 år

11-20 år

>20 år

3. Kön

Kvinna

Man

4. I vilken grad anser du att checklistan förbättrar patientsäkerheten vid CVK-inläggning?

Helt oviktigt 1 2 3 4 5 Mycket viktigt

Kommentar

5. I vilken grad anser du att checklistan är besvärande och/eller tar onödig tid?

Mycket besvärande 1 2 3 4 5 Inte alls besvärande

Kommentar

6. Använder du alltid checklistan vid CVK-inläggning?

Aldrig 1 2 3 4 5 Alltid

Kommentar

7. I vilken utsträckning kan du känna det besvärande att granska en läkare vid CVK-inläggning.

Mycket besvärande 1 2 3 4 5 Inte alls besvärande

Kommentar

8. I vilken utsträckning anser du att läkaren åtgärdar ett uteblivet/felaktigt utfört moment vid CVK-inläggning när du påminner?

Aldrig 1 2 3 4 5 Alltid

Kommentar

9. Upplever du att läkaren känner sig besvärad när du påminner?

Aldrig 1 2 3 4 5 Alltid

Kommentar
