



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
OCH HÄLSA**

## **SKA VI CHECKA IN?**

En systematisk litteraturöversikt av följsamheten till  
checklistan för säker kirurgi

**Max Gall och Peter Jälmbrott**

---

Uppsats/Examensarbete:	Magisteruppsats HP 15
Program och/eller kurs:	Anestesisjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2020
Handledare:	Axel Wolf
Examinator:	Pether Jildenstål

Titel svensk:	Ska vi checka in? Följsamheten till checklistan för säker kirurgi.
Titel engelsk:	Check in? Compliance to the surgical safety checklist.
Uppsats/Examensarbete:	15 HP
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesisjukvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT2020
Handledare:	Axel Wolf
Examinator:	Pether Jildenstål
	Checklista, Strukturerad Kommunikation, Kommunikation,
Nyckelord:	Följsamhet, Teamarbete, Operationssal

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Brister i kommunikation har visat sig vara en anledning till att misstag inom vården förekommer. Arbetet inne på operationssal kräver samarbete och består av flera olika yrkesprofessioner. För att säker vård ska bedrivas finns strukturerade kommunikationsverktyg till som hjälpmedel, till exempel den kirurgiska checklistan. Författarna har ute i kliniken upplevt att detta verktyg inte följs fullt ut och därför är det av intresse att undersöka följsamheten till checklistan.

**Syfte:** Att undersöka operationspersonalens följsamhet till checklistan för säker kirurgi inom den intraoperativa kontexten.

**Metod:** En systematisk litteraturöversikt med en deskriptiv ansats utfördes. Tolv artiklar inkluderades i studien, både kvalitativa och kvantitativa. En analys av dessa utfördes för att upptäcka skillnader och likheter vilket mynnade ut i olika teman.

**Resultat:** Fyra teman sågs i resultatet: Generell följsamhet till checklistans användning, följsamhet till incheckning och utcheckning, följsamhet gällande delfrågor inom checklistan samt teammedlemmars närvaro i relation till följsamhet av checklistan. Checklistan användes ofta men genomfördes mer sällan fullt ut. Fem artiklar markerade följsamhet till utcheckningen som lägre än incheckningen. Nio artiklar redovisade specifika data för följsamhet till delfrågor i checklistan, där exempelvis patient-ID hade hög följsamhet och uppskattad blödningsmängd lägre följsamhet. Fem artiklar nämnde också betydelsen av personalens närvaro på sal i relation till följsamhet för checklistan, där ett icke komplett team tydde på lägre följsamhet.

**Slutsats:** Följsamheten till den kirurgiska checklistan varierar. Användandet initieras men följs inte fullt ut, och de olika delmomenten inom checklistan tas upp olika ofta. Personalens medverkan inne på operationssal har också en påverkan på följsamheten till checklistan.

**Nyckelord:** Checklista, Strukturerad kommunikation, Kommunikation, Följsamhet, Teamarbete, Operationssal

## Abstract

**Background:** Lack of communication is a contributing factor to mistakes in nursing. Working in the operating room requires teamwork and consist of many different professions. To provide safe care there are different tools for communication, for instance, the safe surgical checklist. The authors have in their previous work experienced that this tool is not being implemented as intended and therefore it is important to examine how operating room personnel complies to it.

**Aim:** The aim of this study is to examine how operating room personnel complies to the surgical safety checklist in an intraoperative setting.

**Method:** A systematic literature review with a descriptive setting. Twelve articles were included in the study, both qualitative and quantitative. An analysis was applied to discover differences and similarities which created different themes.

**Results:** Four themes were acknowledged in the study result. These were: compliance in general to the surgical safety checklist, compliance toward time out and sign out, compliance to specific subqueries of the checklist and team members presence in relation to compliance with the checklist. Findings show that use of the checklist is often initialized but not as often completed to full extent. Five articles described compliance regarding the sign out as lower than to the time out. Furthermore, nine studies presented statistics over compliance towards specific content of the checklist. Patient-ID was regarded among the highest, compared to estimated blood loss, which showed relatively low compliance rates. Five articles also highlighted how team members presence affected the compliance rate of the checklist, showing a lower rate when the team was incomplete.

**Conclusion:** Compliance to the surgical safety checklist varies. Its use is initialized but not to full extent, and the different subqueries within the checklist are used inconsistently. The different personnel in the operating room also have an impact on the use of the surgical safety checklist.

**Keywords:** Checklist, Structured communication, communication, compliance, teamwork, operating room

## **Förord**

Tack till Axel Wolf som har visat engagemang och varit handledare under denna D-uppsats.

# Innehållsförteckning

Inledning .....	1
Bakgrund.....	1
Anestesisjuksköterskans intraoperativa uppgifter .....	1
Säker vård.....	2
Teamarbete på sal .....	2
Kommunikation och kommunikationsverktyg .....	3
Checklistan för säker kirurgi .....	4
Problemformulering .....	5
Syfte.....	6
Metod.....	6
Design .....	6
Urval.....	6
Datainsamling .....	6
Dataanalys .....	8
Forskningsetiska överväganden.....	8
Resultat .....	9
Generell följsamhet till checklistans användning .....	9
Följsamhet till incheckning och utcheckning .....	10
Följsamhet gällande delfrågor inom checklistan .....	10
Teammedlemmars närvaro i relation till följsamheten av den kirurgiska checklistan .....	11
Diskussion.....	11
Metoddiskussion .....	11
Resultatdiskussion .....	13
Slutsats och implikationer.....	16
Referenslista.....	17
Bilaga 1 Tabell över söksträngar i olika databaser	
Bilaga 2 Flödesschema över sökning	
Bilaga 3 Tabell över exkluderade artiklar efter relevansbedömning	
Bilaga 4 SBU:s granskningsmall för observationsstudier	
Bilaga 5 Artikelöversikt	

## Inledning

Arbetet på en operationssal omfattar en rad olika professioner av olika slag som alla fyller ett specifikt syfte. För att verksamheten ska fungera och uppnå ett så bra resultat som möjligt för patienten krävs det att dessa individer samarbetar och kommunicerar på ett effektivt sätt. Fungerar inte denna kommunikation kan det tänkas ha en negativ påverkan på patientens redan utsatta situation och vårdpersonalens fungerande. Då det troligtvis inte går att eliminera bristande kommunikation helt och hållet kan det vara av vikt att undersöka hur vårdpersonal använder de hjälpverktyg som bevisats fungera för att underlätta kommunikationen. Ibland kan det vara svårt att implementera redan fastställda kommunikationsstrategier i kliniken. De finns skrivna som ett underlag för att underlätta arbetet men för stunden glöms de bort, möjligen beroende av den stressade situationen som råder i sjukvården eller att vårdpersonalen helt enkelt väljer att bortse från dessa. Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2013) är bristande kommunikation en av de vanligaste orsakerna till vårdskada vilket leder till äventyrad patientsäkerhet. Det finns evidens för att effekten av strukturerad kommunikation optimerar patientsäkerhet. Ett av de mer vanligt använda kommunikationsverktygen inom den intraoperativa vården är checklistan för säker kirurgi. Dock saknas en sammanställning över evidensen gällande följsamheten till denna checklista. Denna studie kommer att fokusera på följsamhet till användandet av denna checklista. Följsamhet definieras i det här sammanhanget som ett förhållningssätt till att regler och riktlinjer genomförs (Karolinska Institutet, 2016).

## Bakgrund

### Anestesisjuksköterskans intraoperativa uppgifter

Anestesisjuksköterskan arbetar tillsammans med anesthesiolog på sal i utförande av olika anestesiformer. Arbetet innefattar egen planering och bedömning av anesthesiologiska omvårdnadsåtgärder som exempelvis bedömning och säkring av luftväg. Inom operationsteamet ska anestesisjuksköterskan kunna samverka och föra dialoger i samband med beslutsfattande, för en patientsäker vård (Riksföreningen anesthesi och intensivsjukvård, 2019). Under pågående operation har anestesisjuksköterskan direkt patientrelaterade uppgifter som exempelvis monitorering av vitalparametrar, dokumentation av använda läkemedel samt uppskattning av eventuell blödningsmängd. Efter operationen följer anestesisjuksköterskan med patienten till den postoperativa avdelningen och ger rapport om patientens situation till teamet på plats (Perry, 2005). Gran Bruun (2013) beskriver att anestesisjuksköterskan ställs inför stora utmaningar i samarbetet med annan vårdpersonal däribland kirurg, operationssjuksköterska och anesthesiolog. Ett gott samarbete måste utföras trots de olika yrkeskategoriers olika teoretiska och praktiska bakgrunder.

## Säker vård

Sjukvårdspersonal har en skyldighet att ge patienten bästa möjliga vård och säkerhet. Den utförande individen ansvarar i sin tur på individuell nivå hur uppgifter blir utförda. Kring detta finns också en skyldighet att eventuella vårdskador, alternativa utföranden som äventyrar patientens säkerhet, rapporteras vidare genom vårdkedjan (Sveriges Riksdag och Kommuner, 2010). Allvarliga vårdskador betyder lidande, kroppsliga eller psykiska skador, sjukdomar och eventuella dödsfall som hade kunnat undvikas om korrekta åtgärder hade tagits i beaktande. Patientsäkerhetslagen ställer höga krav på arbetet med riskanalys och att se till att iakttaga riskområden tas i beaktande och följs upp regelbundet. Lagen innefattas av alla som bedriver sjukvård oavsett om det är statligt eller privat. Lagen vill också förmedla betydelsen av patienternas delaktighet samt även ge anhöriga möjlighet att vara med och planera vården (Öhrn, 2013).

Socialstyrelsen (2017) definierar säkerhet inom vården som förmågan att tillämpa god vård. Detta begrepp utvecklas vidare med förklaring om vikten av god kunskap kring utförande samt att den vård som bedrivs ska vara funktionsduglig. Hänsyn ska tas kring vårdens dynamiska natur där risksituationer konstant bör utvärderas och förebyggas, vilket talar för en arbetskultur vars mål är att förhindra vårdskador. WHO (2009b) definierar patientsäkerhet som ett sätt att minska onödig skada till ett absolut minimum. Detta minimum skiljer sig åt beroende av vilka resurser vården har och i vilket sammanhang vården bedrivs. Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2017) ska varje sjuksköterska arbeta på ett sätt som förhindrar att patienter drabbas av vårdskada. Detta görs genom att arbeta patientsäkert och följa de lagar och förordningar som finns tillgängliga. Sjuksköterskan ska också arbeta proaktivt och försöka förutse de risker som finns i vårdandet och rapportera det som är felaktigt. Patientens rättigheter, integritet och självbestämmande ska alla vara i fokus när vården bedrivs.

Patientsäkerhet kopplat till teamkommunikation är begrepp som ofta associeras med varandra inom sjukvården. Manser (2009) beskriver i sin litteraturoversikt hur aspekter som frekvens av kommunikation, respekt mellan teammedlemmar, och deras attityder kring säkerhetsåtgärder, är punkter som har betydelse för en god vårdkvalitet och en snabbare postoperativ återhämtning för patienten. Sayed et al. (2013) belyser i sin studie att den kirurgiska checklisten från WHO innehåller element rörande patientsäkerhet i listans alla steg ur både anesthesiologisk och kirurgisk synpunkt. Dålig kommunikation mellan operationsteamets olika deltagare kan beskrivas som en anledning till förekomst av kliniska misstag vilket innebär en risk för patienten. Exempelvis förekommer i många fall kommunikationsfel kring kritiska moment vad gäller patientens operation och även fel i informationsöverförande rörande anesthesiologiska orosmoment mellan teammedlemmar.

## Teamarbete på sal

En operationssal bemannas av flertalet olika befattningar som tillsammans bildar ett team, bestående av kirurg, anestesilog och sjuksköterskor med operations- och anestesikompetens (Hull, Arora, Kassab, Kneebone, & Sevdalis, 2011). Hälso- och sjukvård har länge präglats av

en hierarkisk struktur där medicinska specialister ger ordinationer som utförs av andra personer kring patienten. Dessa roller har inte alltid varit lätta att definiera, men vad många är överens om är att ett fungerande team behöver ett klarlagt mål som ska uppnås via god kommunikation med utrymme för utvärdering (Vårdhandboken, 2019).

Prati och Pietrantonio (2014) påpekar i sin artikel att sjuksköterskor och läkare tänker olika kring teamarbete och att de prioriterar olika saker. Sjuksköterskorna i undersökningen tyckte inte samarbetet fungerade särskilt bra medan kirurgerna istället betonade vikten av deras kunskap kring kirurgin. Kirurgerna menade att ett fungerande samarbete inne på operationssalen hade mer med den specifika kirurgens kunskap att göra och att samarbete skulle vila på den medicinska kunskap som läkarna hade. Sjuksköterskorna lade istället vikten vid att muntligt rapportera vad som händer inne på operationssalen och att göra detta frekvent. Sjuksköterskorna var också mer benägna att känna sig bortglömda och att deras profession som sådan inte blev respekterad ordentligt medan kirurgerna inte anmärkte på detta.

En fördel för att främja god kommunikation är att ha kontinuitet i sitt team. I denna hierarkiska miljö kan en förutsättning för att skapa en god arbetsmiljö, samt god förberedelse inför operationen, vara att bilda en gemensam uppfattning om vad situationen gäller. För att uppnå detta kan en öppen dialog föras där information mellan de olika professionerna i teamet utbyts för att verifiera att alla är på samma plan om hur uppgiften ska lösas (Gillespie, Gwinner, Chaboyer, & Fairweather, 2013). Med patientsäkerhet som mål för utvecklad kommunikation kan hierarkiska modeller bytas ut mot en miljö där starkt teamarbete kan leda till konstruktivt tänkande, med uppmuntran och personligt stöd bland personalen (Paterson-Brown, 2010).

God förståelse för teamdeltagarnas arbetsuppgifter och kompetens, speciellt mellan anestesipersonal och kirurg, är samtidigt nödvändig för att skapa en bra situation för patienten och en effektivare sjukvård (Rosenberg & Fuchs-Buder, 2016). Leach, Myrtle, Weaver, och Dasu (2009) framhåller i sin undersökning att ett operationsteam fungerar optimalt när alla känner sig sedda och trygga i sin egen yrkesroll. Det är viktigt att uppmuntra varandras skickligheter och detta kommer också leda till att alla presterar bättre. Om ansvar fördelas på ett bra sätt och alla får känna sig delaktiga kommer målen för ett bra samarbete att uppnås.

## Kommunikation och kommunikationsverktyg

Kommunikation definieras som informationsöverföring mellan människor, djur, växter eller apparater (Nationalencyklopedin, 2020). Kommunikation inom vården är ett brett ämne. För att vårdkedjan ska fungera mellan olika vårdinstanser krävs verktyg för överföring av information som alla i denna kedja kan nyttja. Gemensamt för vårdpersonal i arbetet med patienten är att få klarhet över rådande omständigheter, exempelvis förloppet som lett fram till situationen och planering för nästkommande steg (Socialstyrelsen, 2019).

Utbildning inom kommunikation behövs för att optimera samarbetet mellan teamen inne på operationssal. Genom utbildning kan förståelsen för varandra inom teamet öka. Utbildningar var också ett sätt att bortse från gamla strukturer och förnya sitt sätt att tänka, detta var särskilt viktigt för nya läkare och sjuksköterskor. Strukturer som är gamla är svåra att ändra på men genom att starta utbildning tidigt kan dessa strukturer utvecklas. Artikeln belyser också att



utbildning är ett sätt att utveckla förståelse för de andra yrkeskategorierna på ett professionellt plan (Gillespie, Chaboyer, Longbottom, & Wallis, 2010). Cvetic (2011) går vidare och beskriver i sin artikelöversikt att misstag inom vården kan undvikas om personalen förstår effekterna av dålig kommunikation. Alla inom operationsteamet måste förstå vikten av att kunna kommunicera på rätt sätt och genom att lära sig hur kommunikation fungerar kan hela teamet dra nytta av detta.

Vermeir et al. (2015) framhåller i sin undersökning att dålig kommunikation leder till flera negativa konsekvenser. Exempel på dessa är en dålig kontinuitet i vårdandet, äventyrandet av patientsäkerheten och dåligt användande av tillgängliga resurser. I undersökningen nämns också att bristen på kommunikation bidrar till trött vårdpersonal och patienter som inte är nöjda med vården. Öhrn (2013) framhåller att om säker vård ska bedrivas behöver den information som ges vara korrekt och kommuniceras på ett begripligt sätt. Risken för att något i informationen som ges missuppfattas blir mindre om tydliga modeller för kommunikation utformas. Exempel på sådana modeller är SBAR som är förkortning för *Situation, Bakgrund, Aktuell situation* och *Rekommendation*, Crew Resource Management (CRM) och checklistan inför kirurgi. SBAR är en beprövad modell för att säkerhetsställa god informationsöverföring. Inom hälso- och sjukvården överförs en stor mängd information varje dag om enskilda patienter. Denna information förs över mellan olika individer, yrkeskategorier samt olika verksamheter (Sveriges Kommuner och Regioner, 2020).

Begreppet Crew Resource Management (CRM), beskriver en metod inom teamarbete som syftar till att använda den kunskap och praktiska erfarenheter som redan existerar i ett team. Detta kan göras på ett strukturerat sätt med fokus på tydlig kommunikation, teamkännet och medvetenhet kring situation och beslutsfattande. Denna metod introducerades till sjukvården via anestesipersonal som såg vissa likheter med sin verksamhet och flygindustrin, där metoden utvecklades. Motivationen ligger bakom beskrivningen att sjukvårdens komplexitet i förhållande till många olika specialiteter inom ett team, ger behov av ett strukturerat och samarbetsfrämjande arbetssätt för ökad patientsäkerhet (Vårdhandboken, 2020). Sutton (2009) diskuterar scenarion där CRM används med fokus på krissituationer. Det framkommer att team som fungerar väl i sådana situationer också arbetar liknande i vardagliga händelser inom sjukvården. Slutsatsen blir att kontinuitet i teamet kombinerat med rutinbaserade arbetsuppgifter ger en bra grund för ett fungerande team vid mer akuta situationer.

## Checklistan för säker kirurgi

WHO (2009a) införde en checklista för säker kirurgi där syftet var att stärka säkerheten på operation och bidra till en bättre kommunikation. Detta skulle vara ett sätt att förbättra samarbetet och stärka medarbetares yrkesroller. Checklistan är ett hjälpmedel för informationsöverföring innehållande punkter som är relevanta att gå igenom inför operationsstart. Informationen behandlas systematiskt genom att punkter kryssas och checkas av, både i definierade frågor samt i ja- och nej- form. Syftet med detta hjälpmedel är att förtydliga information om varje individuellt operationsfall och på ett enkelt sätt kommunicera den till hela operationsteamet. Checklistan beskrivs också som ett verktyg för att minska komplikationer efter kirurgi och bidra till en högre patientsäkerhet. Den bör för att fungera på

ett korrekt sätt styras av en ansvarig person inne på operationssalen. En operationssal är en miljö där många måste samarbeta och det är lätt att viktiga saker missas om inte listan följs. Risker för kommunikationsbrist minskar om en utsedd person ser till att varje del av listan genomgås steg för steg och den ansvarige ser till att yttre faktorer som till exempel stress inte bidrar med att viktiga punkter i listan glöms bort.

Checklistan består av tre olika delar, förberedelse (sign-in), incheckning (time-out) och utcheckning (sign-out). I förberedelsedelen ska allting gällande övervakning av patienten vara klart och anamnesen ska ha kontrollerats. Det ska också finnas ett tydligt samtycke av patienten som ska genomgå operationen. Andra fasen, "time-out" fasen, innefattar presentation av operationsteamet och bekräftande av patientens identitet. Kritiska moment samt vilken operation som ska utföras beskrivs av kirurgen och om det är aktuellt med trombos- eller antibiotikaproylax tas detta också upp här. I den sista delen, avslutningsfasen, ska personalen gå igenom vilken typ av operation som gjorts och eventuella preparat som ska skickas iväg och analyseras. Här ges också möjligheter att uttrycka synpunkter. (Öhrn, 2013).

Att ha en incheckning innan operationsstart är en viktig del av kommunikationen inne på operationssal. Både anestesipersonalen och operationspersonalen betonar vikten av att göra denna incheckning för att inte missa något inför operationsstart (Ziman, Espin, Grant, & Kitto, 2018). Fudickar, Hörle, Wiltfang, och Bein (2012) belyser i sin artikelöversikt att sedan en checklista infördes på två svenska sjukhus tyckte 93 % av personalen att patientsäkerheten höjdes. 68 % tyckte också det var ett sätt att identifiera problem och lösa dessa därefter. Enligt författarna visade också fler studier att personal tyckte att patientsäkerheten blev bättre sedan listan infördes. Checklistan var också ett sätt att förbättra kommunikationen mellan de olika professionerna. Khoshbin, Lingard, och Wright (2009) beskriver en differentiering i attityd bland teamdeltagare relaterat till incheckningens relevans för patientsäkerheten. Sjuksköterskor var mer positiva kring incheckningens betydelse än kirurger och anestesioleger, som menade att det inte var av lika stor signifikans för patientsäkerheten.

## Problemformulering

Det är påvisat att strukturerad kommunikation är ett viktigt hjälpmedel för att underlätta samarbetet i den perioperativa processen. Att använda strukturerade protokoll med frågor, kommunikationsverktyg, som avser att minska risk för att information och kontroller inte uppmärksammas i samband med ett förfarande, har visat sig kunna höja patientsäkerheten och effektivisera vårdförloppet för patienten. Kommunikationsverktyg skapar också en möjlighet till att främja teamarbete mellan de olika yrkesprofessionerna om de används följsamt. Ett kommunikationsverktyg som främjar både patientsäkerhet och teamkommunikation intraoperativt är checklistan för säker kirurgi. Checklistan hjälper till att strukturera informationen på ett säkert sätt inom operationsteamet. Författarna har efter sin kliniska erfarenhet upplevt att det finns en oklarhet kring hur den kirurgiska checklistan används samt hur följsam personalen är till den. Följsamhet i det här sammanhanget, enligt författarna, syftar till att genomföra ett korrekt och fullständigt användande av ett kommunikationsverktyg och alla dess delar. En låg följsamhet kan leda till svårigheter i informationsöverföringen, vilket

kan medföra stress och osäkerhet hos operationspersonal. Det skulle också kunna medföra en risk att viktig information som är betydande för patientens säkerhet inte förmedlas till hela teamet och vidare i vårdkedjan. Att undersöka följsamheten vad gäller användandet av den kirurgiska checklistan framstår därför som angeläget. Detta arbete kan bidra med en översiktlig bild av hur följsamhet till detta kommunikationsverktyg ser ut i praktiken och vad det kan tänkas finnas utrymme för förbättring.

## Syfte

Syftet med detta arbete är att undersöka operationspersonalens följsamhet till checklistan för säker kirurgi inom den intraoperativa kontexten.

## Metod

### Design

Uppsatsen har gjorts som en systematisk litteraturöversikt med en deskriptiv ansats. En bra systematisk litteraturöversikt följer en tydlig struktur och innehar vissa principer för att undvika risken att slumpen eller godtycklighet påverkar det slutgiltiga resultatet. Forskningsfrågan ska vara preciserad och det ska tydligt kunna gå att följa sökprocessen. Alla inkluderade studier ska också vara granskade utifrån granskningsmallar och resultaten från dessa studier tydligt sammankopplade till en gemensam kunskapsbild (Rosén, 2017). Forsberg och Wengström (2016) går vidare och beskriver att en systematisk litteraturöversikt innefattar tidigare forskning samt att forskningsfrågan vänder sig till litteraturen istället för enskilda forskningspersoner. Det är viktigt att forskningsfrågan är tillräckligt avgränsad för att den ska kunna besvaras av den tidigare forskning som publicerats.

### Urval

Författarna har haft inklusions- och exklusionskriterier vad gäller arbetsmaterialet. Artiklarna skulle vara "peer-reviewed" och vara skrivna mellan år 2005–2020. De skulle också behandla den kirurgiska checklistan i kontexten intraoperativ vård och innefattas av operationspersonal som jobbar med detta. I studien har utöver WHO:s checklista även modifierade former av den inkluderats i arbetet. Studierna skulle vara originalartiklar för att få ett så legitimt resultat som möjligt, översiktsartiklar har alltså exkluderats. Författarna hade också som krav att artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller svenska. Artiklar som inte gick att få fram i fulltext samt artiklar där det inte framgick om deras undersökning var etiskt godkänd exkluderades också.

### Datainsamling

Författarna använde sig av en systematisk informationssökning via databaser som CINAHL, PubMed och Scopus i syfte att få fram så relevant data som möjligt. Sökordskombinationer

utformades med relevans för valt syfte. Det utfördes en boolesk sökstrategi där sökordskombinationer sammanfogades med OR och AND, i syfte att få en så riktad men samtidigt begränsad sökning som möjligt (Karlsson, 2017). De booleska hjälptermerna AND och OR finns som hjälpmedel för att undersöka hur olika nyckelord kan kombineras. AND används för att rikta sökningen och endast finna artiklar där två eller flera sökord representeras i samma text. Tvärtemot så används OR för att utöka sökningen och finna texter som innehåller antingen eller, exempelvis “anesthesia OR operating room”. Artiklar som genereras är då oberoende av varandra. Vidare användes också en trunkering i form av en asterisk vilket hjälper sökmotorn att hitta alla former av sökordet, exempelvis “anesthe\*” som skulle kunna ta fram orden anesthesia och anestetist (Polit & Beck, 2016).

För att utforma ett syfte användes PEO-modellen för att hitta relevanta sökord. Exempel visas nedan i Tabell 1

P	Population	Operationspersonal	Operating room/Anesthe*
E	Exposure	Användandet av checklistan/strukturerad kommunikation	Structured Communication/Communication/Checklist
O	Outcome	Följsamheten	Adherence/Compliance

Tabell 1. Exempel på sökord enligt PEO-modellen.

Ett exempel på en söksträng som gav resultat var: “(((compliance) AND anesthe\*) AND operating room) AND communication”. Här användes sökord utifrån hela PEO-modellen kombinerat med den booleska metoden, genomförd i databasen PubMed. I databasen PubMed användes MeSH-termer som framtoogs via sökning på hemsidan Svensk MeSH. Dessa kombinerades med ord i fritext som ansågs vara relevanta. I databasen CINAHL togs sökord fram via Subject Headings och kombinerades även här med sökning i fritext. Under kursens gång med workshop fick författarna inspiration att lägga till databasen Scopus för informationssökning. Även här användes den booleska sökstrategin vilket gav resultat.

Databassökningen genererade totalt 692 artiklar varav 423 från PubMed, 109 från CINAHL och 160 från Scopus (se bilaga 1, tabell över söksträngar i olika databaser). Efter borttagna dubletter var det 669 artiklar kvar. Av dessa screenades listan igenom utifrån abstracts vilket exkluderade 646 artiklar. De 23 artiklar som var kvar lästes sedan igenom i fulltext för att exkluderas utifrån relevansbedömning. Artiklar som inte fokuserade på följsamheten till den kirurgiska checklisten valdes bort, vilket blev elva (se bilaga 2, flödesschema över sökning, och bilaga 3, tabell över exkluderade artiklar efter relevansbedömning). Flera av de framsökta artiklar som exkluderades belyste inte följsamheten till den kirurgiska checklisten. I dessa artiklar var inte det primära utfallet att undersöka följsamheten utan fokus var istället på exempelvis vårdpersonalens attityder och upplevelser. Denna exklusion resulterade att det blev tolv artiklar kvar.

## Dataanalys

De tolv artiklarna som var kvar efter relevansbedömningen kvalitetsgranskades utifrån Statens beredning för medicinsk utvärderings granskningsmallar (SBU, 2019). Mallen för observationsstudier var den som användes. Granskningen gjordes för att se om artiklarna höll låg, medelhög eller hög kvalitet (se bilaga 4, SBU:s mall för observationsstudier). Författarna gjorde detta var för sig med alla artiklar för att sedan jämföra med varandra om kvalitetsbedömningen blev likadan. Om oklarheter fanns diskuterades dessa mellan författarna för att komma fram till om studien var relevant för syftet och därav tas med i undersökningen.

Vid läsning av artiklarna markerades relevant data gällande syftet. Dessa markeringar jämfördes sedan för att komma fram till likheter och skillnader i artiklarnas innehåll. Utifrån innehållet skapades sedan gemensamma teman som skulle försöka återspegla och svara på syftet i studien. När artiklarna lästes igenom var det följsamheten som var det intressanta för författarna. Teman bildades utifrån återkommande data som artiklarna presenterade vilket gjorde det möjligt att kategorisera resultatet (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Av de tolv artiklar som utgör resultatet finns det två som hade både en kvalitativ och kvantitativ ansats samt en som har en etnografisk ansats, det vill säga totalt tre kvalitativa artiklar. Ur dessa analyserades både den kvantitativa och den kvalitativa data som hade signifikans för studiens syfte.

Alla artiklar sammanställdes i en översiktstabell enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016) som framhåller att dataanalysen innebär att gå tillbaka till alla de inkluderade artiklarna i studien och belysa den information som bäst besvarar syftet för studien (se bilaga 5, artikelöversikt). Eftersom det slutgiltiga artiklarna utgör resultatet är det viktigt att ta ut all relevant information i relation till syftet för ett så tillförlitligt resultat som möjligt.

## Forskningsetiska överväganden

Helsingforsdeklarationen förklarar att syftet med medicinsk forskning är att skapa nya forskningsdata. Dock kan denna inte äventyra studiedeltagarnas intressen och rättigheter under själva processen. Ett kriterium för att bedriva forskning måste innefatta någon form av grundläggande förståelse och kännedom kring etiska principer hos författaren. Denne ska kunna presentera en lämplig forskningsbakgrund som går att koppla till studiens syfte (World Medical Association, 2020). I en studie är det viktigt att det finns en etisk motivering, och diskussion måste föras kring hur undersökningen kan tänkas vara av värde. Att till exempel ny kunskap kommer att genereras kan vara en sådan motivering. För att uppnå detta är det viktigt att den metod som väljs är relevant och leder till ett värdefullt resultat. Då studien utgick från översikt av redan publicerad vetenskapliga data behövde författarna inte kontakta en forskningsetisk kommitté för godkännande. Detta då inga personliga uppgifter från tidigare publikationer kommer bearbetas i arbetet (Kjellström, 2017). Det som dock togs i beaktande i denna uppsats var att författarna såg till att de artiklar som utgjorde resultatet hade ett etiskt resonemang och godkännande för deras studie.

## Resultat

Resultatet utgjordes i studien av tolv artiklar, sju observationsstudier, två retrospektiva studier, två "mixed-method" studier samt en etnografisk studie. Nio artiklar ansågs vara av medelhög kvalitet, två av hög kvalitet samt en av låg kvalitet. Artiklarna som utgör resultatet är märkta med asterisk\* i referenslistan. Resultatet presenterades i beskrivande text med passande rubriker samt även i tabeller och diagram. Enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016) är detta olika varianter på hur en studies resultat kan presenteras. Efter analys av artiklarna framkom följande fyra tema som återspeglade syftet i studien, se Bild 1.

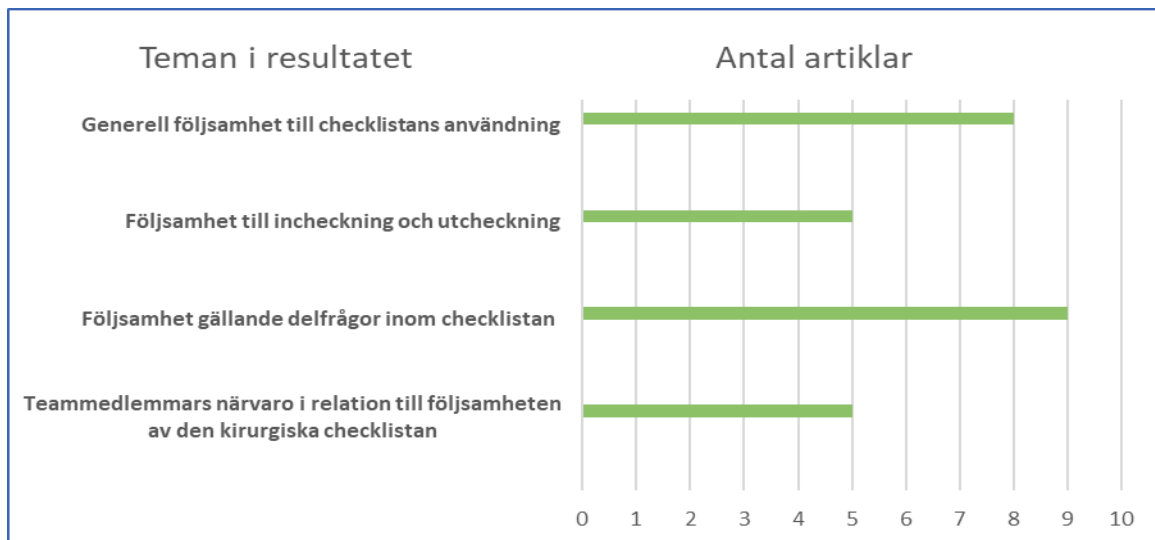


Bild 1. Beskrivning av antal artiklar som påvisar olika teman i resultatet.

### Generell följsamhet till checklistans användning

Generell följsamhet kring användandet av den kirurgiska checklisten ses som återkommande i åtta artiklar. Pickering et al. (2013) beskriver i sin undersökning att avstämning inför kirurgisk start genomfördes i 257 av 294 operationer vilket ger ett utfall på 87 %. Dock beskrivs ett fullständigt genomförande endast vid 141 av 294 (55 %) av dessa incheckningar i samma studie. Detta bekräftas vidare av Bastos (2019) där checklisten finns med i 95 % av eftergranskade journaler, men av dessa redovisar endast 67 % en komplett genomförd checklista. I en svensk studie på endast ett sjukhus utförs kirurgisk timeout vid 23 av 24 fall (96%), men även här beskrivs en lägre fullständig följsamhet då 130 av checklistans totalt 240 delfrågor redovisas, 54 % (Rydenfält, Johansson, Odenrick, Åkerman, & Larsson, 2013). Fourcade, Blache, Grenier, Bourgain, och Minvielle (2012) framhåller i en fransk studie att den generella följsamheten till checklisten var 90 %, men att checklisten endast var komplett genomförd vid 61% av fallen. En annan studie från Australien visar att 102 av 107 (95 %) operationer innefattade en kirurgisk incheckning (Braaf, Manias, & Riley, 2013). Melekie och Getahun (2015) påtalar i en studie från Etiopien att checklisten används totalt i 112 av 282 operationer vilket utgör en följsamhet på 40 %. Av de 112 gånger checklisten används var endast 71 fullständigt genomförda (63%).

## Följsamhet till incheckning och utcheckning

Fyra artiklar visar att följsamheten till incheckningen är högre än följsamheten till utcheckningen (Fourcade et al., 2012; Melekie & Getahun, 2015; Pickering et al., 2013; Schwendimann et al., 2019). Nedan redovisas data från dessa fyra artiklar plus ytterligare en, specifikt relaterad till följsamhet för kirurgisk utcheckning i den kirurgiska checklistan. Pickering et al. (2013) påpekar att av 294 observerade operationer har endast 26 (9 %) av dessa en utcheckning. Av de 26 som redovisas har 20 genomförts på ett fullständigt sätt. I en australiensisk longitudinell undersökning ses det vid första undersökningstillfället att utcheckningen genomfördes i 79,6 % av fallen. Detta jämfört med sex månader senare efter införandet av ett utbildningsprogram, då följsamhet vid utcheckning ökade till 95 % (Gillespie et al., 2018). Schwendimann et al. (2019) tar upp att av 32 observerade utcheckningar sågs det att bara 7, dvs 22 %, genomfördes på ett fullständigt sätt. Fourcade et al. (2012) beskriver i deras studie att flest missade komponenterna i checklistan (47 %) skedde under utcheckningen. Vidare kan detta jämföras med Melekie och Getahun (2015), som redovisar att 46 % av punkterna i utcheckningsprotokollet missades.

## Följsamhet gällande delfrågor inom checklistan

Nio av artiklarna påvisade också ett samband vad gäller de olika delfrågorna inom checklistan, se Bild 2. Patient-ID visade sig vara en av komponenterna som hade högst följsamhet inom checklistan (Bastos, 2019; Biffi, Gallagher, Pieracci, & Berumen, 2015; Fourcade et al., 2012; Freundlich et al., 2020; Johnston et al., 2014; Melekie & Getahun, 2015; Rydenfält et al., 2013; Schwendimann et al., 2019). Antibiotikaproylax tillhörde även den del som hade hög följsamhet (Bastos, 2019; Biffi et al., 2015; Johnston et al., 2014; Rydenfält et al., 2013; Schwendimann et al., 2019). Den sista punkten, typ av ingrepp, en punkt i checklistan där kirurgen förklarar vad operationen innebär, var också kopplad till hög följsamhet (Bastos, 2019; Biffi et al., 2015; Fourcade et al., 2012; Johnston et al., 2014; Melekie & Getahun, 2015; Rydenfält et al., 2013).

Uppskattning av blödning var den första delen som författarna såg hade samband till låg följsamhet (Bastos, 2019; Biffi et al., 2015; Fourcade et al., 2012; Johnston et al., 2014; Melekie & Getahun, 2015). Kirurgisk sidomarkering var också en komponent som togs upp gällande låg följsamhet (Bastos, 2019; Freundlich et al., 2020; Gitelis et al., 2017; Melekie & Getahun, 2015; Rydenfält et al., 2013). Vidare sågs en del samband relaterat till låg följsamhet som enligt författarna inte var lika ofta förekommande men som ändå var av relevans. Dessa är ordination eller behov av ventrombosproylax, luftvägsbedömning samt postoperativa ordinationer (Biffi et al., 2015; Fourcade et al., 2012; Gitelis et al., 2017; Johnston et al., 2014; Melekie & Getahun, 2015; Rydenfält et al., 2013).

En del kring följsamheten noterades i relation till delen i checklistorna som tar upp om patienten har allergier. Det sågs här att sex studier, redovisar en hög följsamhet (Bastos, 2019; Biffi et al., 2015; Fourcade et al., 2012; Freundlich et al., 2020; Gitelis et al., 2017; Johnston et al., 2014). Dock uppmäter en artikel låg följsamhet kring detta (Melekie & Getahun, 2015).

Hög följsamhet	Antal artiklar
Patient ID	8
Antibiotikaprofylax	5
Typ av ingrepp	6
Allergier	6
Låg följsamhet	Antal artiklar
Uppskattning av blödning	5
Kirurgisk sidomarkering	5
Postoperativa ordinationer	2
Ventrombosprofylax	2
Luftvägsbedömning	2

Bild 2. Antal artiklar som redovisar följsamhet till delmoment.

## Teammedlemmars närvaro i relation till följsamheten av den kirurgiska checklistan

Det sågs i fem artiklar att vad gäller följsamheten till checklistan i stor utsträckning berodde på personalens medverkan inne på operationssalen. Pickering et al. (2013) beskriver att av 294 observerade operationer så genomfördes en incheckning 257 gånger. Av dessa genomförda incheckningar var ett komplett team närvarande 199 gånger, vilket motsvarar en närvaro på 77 %. Fortsättningsvis rapporterades att av 26 utförda utcheckningar utfördes endast 18 av dessa med hela teamet på plats, vilket motsvarar 69 %. Det bekräftas vidare av Johnston et al. (2014) som framhåller att vid incheckningen inför kirurgistart var alltid kirurg och eventuell ST-läkare närvarande. Däremot visade det sig att det var mer varierande närvaro vad gäller anestesilog och anestesijusköterska. Braaf et al. (2013) beskriver vidare att det är vid få tillfällen som ett komplett team är närvarande under incheckning. Endast vid 12 gånger av 102 observerade operationer var anestesilog, sjuksköterska och kirurg närvarande vilket motsvarar 12 %. 50 % av incheckningarna genomfördes av kirurg och sjuksköterska samt att 34 % gjordes endast av sjuksköterskor sinsemellan. I studien av Fourcade et al. (2012) framhålls det att kirurg inte är närvarande och lämnar operationssalen innan utcheckning utförs. Det beskrivs också att anesthesiologer inte kommer in till operationssalen förrän efter avslutning av operationen. Enligt artikelförfattarna ovan leder detta till att viktig informationsöverföring missas mellan professionerna vilket kan påverka patienten negativt.

## Diskussion

### Metoddiskussion

Vid litteratursökning användes den booleska modellen för att få ett brett sökresultat. Tre databaser användes och enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016) är det viktigt att vid en systematisk litteraturöversikt försöka få med så många studier som möjligt rörande den aktuella forskningsfrågan. Detta innebär att söka i många olika databaser, både på ett strukturerat sätt och att söka fritt på internet. I denna uppsats sökte författarna mestadels strukturerat i databaser, men möjligen kunde mer material hittats om frisökning på internet utförts. Detta skulle kunna



genererat fler artiklar och utifrån dem möjligen fler referenser. Bettany-Saltikov och McSherry (2016) påpekar vidare en annan anledning till att söka brett på internet är att all forskning inte är publicerad i tidskrifter. Det tar även tid för ny forskning att publiceras i databaser.

I undersökningen användes tre databaser: PubMed, CINAHL samt Scopus. Sökningarna i PubMed och CINAHL gjordes mestadels styckvis inkluderande sökningsstrategier med AND och inte OR. Möjligen med mer användande av OR hade fler artiklar kunnat tagits fram samt även användandet av längre söksträngar. Detta tydliggjordes när sökningen utfördes i Scopus. När en sökning görs i en systematisk litteraturstudie är det viktigt att identifiera alla synonymer relaterat till sökorden och kombinera dessa i booleska operatörer (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Det som dock noterades efter sökningarna i PubMed och CINAHL var att samma artiklar även kom upp i Scopus vilket kan tala för att sökningen var mättad för använda söksträngar. Eftersom studien var tidsbegränsad nöjde sig författarna med att söka i tre databaser, men för att få en ännu större överblick över publicerad forskning skulle kanske ännu fler databaser genomsökts.

För att få fram rätt sökord använde författarna PEO-modellen och denna modell styrde hela sökningen. Relevanta inklusions- och exklusionskriterier applicerades också för att få ett så tillförlitligt resultat som möjligt. Bettany-Saltikov och McSherry (2016) beskriver att det är viktigt att vara noga med dessa kriterier innan en sökning börjar då det styr resten av processen för att söka fram artiklarna som inkluderas i studien. Under datainsamlingen hade författarna sin egen förförståelse kring ämnet i åtanke vilket var viktigt att ha i beaktande då detta kunde ha påverkat valet av artiklar. Det ansågs inte relevant att ha med exklusionskriterier som ålder och erfarenhet bland personalen då endast följsamheten av den kirurgiska checklistan undersöktes.

Denna litteraturstudies resultat innefattas av tolv artiklar varav alla var kvalitetsgranskade enligt SBU. Det är viktigt att granska samtliga artiklar i en systematisk litteraturoversikt för att ta reda på hur stor risken är att artikeln har påverkats av bias. Om det föreligger hög risk för bias är sannolikheten stor att resultatet påverkats av stora brister (SBU, 2019). Av studiens tolv artiklar var två av hög kvalitet, en av låg kvalitet samt nio av medelhög kvalitet. Det som dock noterades av författarna var att granskningsmallen från SBU inte alltid var applicerbar på artiklarnas alla delar. De flesta av artiklarna i resultatet var observationsstudier, men det fanns också artiklar som hade en retrospektiv ansats samt några som använde sig av "mixed-method". Trots detta valde författarna att använda sig av mallen för observationsstudier till alla då den var mallen som lämpade sig bäst. Sedan ansågs det vara bra att använda samma mall för alla artiklar och inte ändra för att det möjligen kunde ha påverkat granskningens slutresultat. De delarna i mallen som inte kunde användas till artiklarna bortsågs av författarna som valde att gå vidare till de delar som var relevanta för studien. Författarna valde att inte exkludera någon artikel efter kvalitetsgranskningen trots att en visade sig ha låg kvalitet. Denna artikel belyser viktiga delar för resultatet vilket gjorde att den togs med. Att den visade sig ha låg kvalitet efter granskningen torde bero på att metoddelen inte var helt utförligt beskriven.

Syftet i arbetet var att undersöka personalens följsamhet till den kirurgiska checklistan inom den intraoperativa kontexten. Artiklarna som hittades till resultatet hade alla undersökt följsamheten på ett eller annat sätt. Författarna var noga med att läsa igenom artiklarna och ta

reda om artiklarna hade relevans för syftet. Artiklarna gav viktig information till både generell följsamhet och specifika delfrågor kring följsamheten vilket utgjorde resultatets teman. Enligt författarna besvarade dessa teman studiens syfte, men med hänsyn till arbetets tidsbegränsning hade möjligen fler studier kunnat granskats, samt eventuellt mer information kring följsamhet kunnat extraherats.

En litteraturstudie kring ämnet följsamhet har visat sig väl fungerande till att mäta och sammanställa ett resultat efter granskning av olika studier. Av de artiklar som granskats har majoriteten varit observationsstudier, av vilka enstaka också har varit interventioner. Författarna överväger att en observationsstudie skulle kunna vara ytterligare en relevant metod att använda sig av för att besvara syftet. Observationsstudier kan appliceras när en forskare vill undersöka hur människor samspelar i olika situationer (Carlson, 2017). Författarna såg till att undersöka följsamhet och fann ett resultat som tyder på att operationsteamets sammansättning och interaktioner spelar roll. Observationer kan därför tänkas vara relevant för att få fram liknande resultat. En studies reliabilitet styrs av förmågan att kunna genomföra samma mätning på olika ställen och få liknande resultat (Carlson, 2017). Det kan tänkas att en observationsstudie blir mer koncentrerad till en viss plats eller en grupp människor vilket kan påverka reliabiliteten då studien skulle kunna producera ett annat resultat på annan ort.

## Resultatdiskussion

Resultatet i detta arbete visar att användandet av checklisten för säker kirurgi är högt men har lägre följsamhet i relation till ett fullständigt genomförande. Vidare noteras det att delen i checklisten som innefattas av "sign-out" eller utcheckning har en lägre följsamhet jämfört med incheckningen. Resultatet påvisar också att delar inom den kirurgiska checklisten har olika hög grad av följsamhet. Patient-ID visar sig vara den del som har högst följsamhet medan uppskattning av blödning är lägre. Slutligen redovisar resultatet att närvaro av yrkesprofessioner på sal har betydelse för följsamheten, utebliven närvaro av ett komplett team leder till lägre följsamhet.

Resultatet visar initialt att checklisten inte följs fullt ut. Den används men inte i den utsträckning som är önskvärd för att redovisa hög följsamhet vilket enligt författarna innebär ett komplett genomförande. Detta var något som också upplevdes av författarna vid klinisk praxis. Möjligen finns det omständigheter ute i kliniken som gör att följsamheten inte helt genomsyras av kontinuitet. Wæhle, Haugen, Søfteland, och Hjälmlhult (2012) framhåller att sjuksköterskor ibland upplever checklisten som ett extra moment som tar tid istället för att finnas där som ett hjälpmedel, detta för att operationsschemat ofta är under tidspress. Detta skulle kunna vara en förklaring till att följsamheten inte var helt fullständig. Samtidigt nämner Wæhle et al. (2012) att en del sjuksköterskor också upplever teamdeltagarnas humör som en påverkande faktor kring användandet av checklisten. Exempelvis beskrevs dåligt humör som ett hinder i användandet då det upplevdes ha negativ inverkan på resten av teamet. Det är tidigare nämnt att kontinuitet i team upplevs ha en positiv effekt på hur team kommunicerar. Detta skulle kunna visa sig i att teammedlemmar kan förutse hur en person reagerar i vissa situationer och därför exempelvis implementerar checklisten på ett sätt som är anpassat till situationen.

Gillespie, Chaboyer, Wallis, och Fenwick (2010) påpekar att instabilitet i teamet tillsammans med en dålig sammanhållning och dåligt ledarskap skapar en miljö där det för teamet gör det oklart vem som ska initiera incheckningen inför operation. Detta resulterar i att checklistan används sporadiskt då det inte finns en klar struktur i kommunikationen. Det kan tänkas vara fördelaktigt för en förbättrad följsamhet till checklistan om hinder för kommunikation, exempelvis dålig teamsammanhållning elimineras. Detta skulle kunna uppnås med hjälp av exempelvis ökad kontinuitet bland personal på operationssal. God kontinuitet i teamet kan här bidra till bättre förutsättningar att bilda en gemensam uppfattning om situationen, vilket gör det lättare att tillämpa ett patientsäkert arbete. I en svensk studie av Rönnberg och Nilsson (2015) vidhålls att anestesijuksköterskor ansåg att checklistan var en viktig del i den anesthesiologiska omvårdnaden. De tyckte att checklistan bidrog med en starkare känsla av att ingå i ett team, eftersom en del i checklistan innefattar presentation av personal samt respektive titel inne på operationssal. Ricci och Brumsted (2012) belyser vidare att operationspersonal efter träning i utförande av Crew Resource Management (CRM) blev bättre på att presentera alla teamdeltagare och deras roller, samtidigt som genomgång av situationen och teamdeltagande också ökade i frekvens. I relation till följsamhet av checklistan och förbättrad sammanhållning bland operationspersonalen skulle utbildning av CRM som kommunikationsverktyg, tillsammans med checklistan, kunna ligga till grund för ett förbättrat teamarbete.

Resultatet i studien visade också att följsamheten för utcheckningen är lägre än för incheckningen. Möjligen kan detta bero på att efter utförd operation slappnar personalen av och anser att det inte är lika viktigt att strukturerat gå igenom listans alla delar. Enligt författarna är detta moment lika viktigt som de andra momenten inom checklistan för att kunna få rätt postoperativa ordinationer för fortsatt säker vård för patienten. Detta understryks av Randmaa, Engström, Swenne, och Mårtensson (2017) som rapporterar i sin undersökning att utcheckningen mellan kirurg och anesthesijuksköterska inte var fullständig innan patienten lämnade operationsavdelningen. Detta leder till en risk för patienten i det postoperativa förloppet då felaktiga ordinationer kan uppkomma som en följd av ofullständig informationsöverföring. I artikelns undersökning visar det sig också att om rätt information ges av kirurgen redan inne på operation leder det till förbättring och mer kontinuitet i den fortsatta vården. Giles et al. (2017) påpekar att den kirurgiska utcheckningen hade lägre följsamhet än incheckningen. Detta framhäver ytterligare att utcheckningen efter operationsslut är bristfällig och kan tänkas styrka resultatet i detta arbete. Det kan skapa problem, som nämnts tidigare, att patientens postoperativa vård kan påverkas negativt.

Resultatet i arbetet visade att delmoment i checklistan hade olika grad av följsamhet. Enligt Randmaa et al. (2017) beskrivs det att anesthesijuksköterskan har en skyldighet att vidarebefordra all viktig information om patientens operation till den postoperativa enheten. Utebliven information på grund av en ofullständigt utförd checklista kan därför försvåra denna informationsöverföring och medföra risker för patienten. Exempelvis ses det i resultatet att information kring uppskattad blodförlust och behov av ventrombosprofylax i vissa studier har låg följsamhet. Ett resultat av att dessa punkter i checklistan missas skulle kunna ha negativa effekter under resterande vårdtid vilket kan resultera i vårdskada. Detta kanske till följd av

ofullständiga ordinationer postoperativt då ordinerande läkare inte har hela bakgrunden till patienten att tillgå.

Under överrapportering från operationssal till postoperativ enhet tyder det på att strukturerade verktyg, för att vidarebefordra information, har en generell positiv inverkan på personal. Detta relaterat till förbättrat teamarbete, kvalitet på informationen samt ökad patientsäkerhet med komplett dokumentation (Leonardsen, Moen, Karlsøen, & Hovland, 2019). En korrekt och väl utförd checklista skulle ge möjlighet att via kommunikationsverktyget SBAR överföra information till den postoperativa enheten på ett strukturerat sätt. Då SBAR innefattar information rörande aktuell situation och framhäver vidare rekommendationer kan delmoment i checklistan som exempelvis postoperativa ordinationer tydligare redovisas.

Följsamhet var hög till aspekter i checklistan som patientidentifikation och vilken typ av ingrepp som skulle utföras. Det beskrivs av Rönnberg och Nilsson (2015) att anestesijuksköterskor upplever en ökad känsla av patientsäkerhet när patient-ID och operationstyp systematiskt checkas av. Av resultatet att döma i denna uppsats kan det anses att delmoment i checklistan prioriteras olika högt. Det verkar dock finnas en oklarhet i hur denna prioritering sker och vad som bedöms viktigast. Exempelvis kanske uppskattning av blödning prioriteras lågt i de fall där patienten i den preoperativa bedömningen bedöms som relativt frisk. Jämförelsevis kan den höga följsamheten till patient-ID bero på att det kan tyckas svårt att påbörja ett ingrepp utan att vara säker på att det är rätt patient på operationsbordet. Patientens journal ska alltid innehålla information som styrker patientens identitet (Sveriges Riksdag, 2008). Båda dessa delmoment i checklistan har en inverkan på patientsäkerheten, men om följsamheten till vissa moment är lägre kan möjligen checklistan utformas tydligare ur prioritetssynpunkt.

Specialistsjuksköterskan har ett ansvar att tillämpa kvalitetsutveckling i sitt arbete. En grundläggande mening med kvalitets- och förbättringsarbete är att skapa en förutsättning att göra vården tillgänglig och säker för patienter och anhöriga. Tillämpandet och implementeringen av forskningsbaserad kunskap är därför viktigt för att uppnå kontinuerlig positiv förändring och utveckling inom vården (Hommel, Idvall, & Andersson, 2013). Sjuksköterskan har som ansvar att, med patienter och anhöriga i åtanke, ur kritisk synpunkt granska och se över rutiner och tillvägagångssätt. Detta i syfte att tillsammans med arbetskamrater och team ge förslag på förbättring och ge utrymme för utveckling i det kliniska arbetet (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Författarna i detta arbete anser att checklistan kan utgöra en del av förbättringsarbetet eftersom det fortfarande finns brister i den. Vissa punkter följs bättre än andra och det kan ibland te sig som att den subjektiva bilden av checklistan och de olika delmomenten tar över istället för att vara objektiv och följa dess riktlinjer kontinuerligt genom hela. Det kommer alltid att skilja sig från olika arbetsplatser men det ska ändå finnas en gemensam bild om att checklistan togs fram av anledning till att göra vården mer säker och i slutändan gynna patienten.

Som anestesijuksköterskor ligger det i vårt ansvar att se till att riktlinjer och rutiner följs på operation (Riksföreningen anesthesi och intensivsjukvård, 2019). Det åligger oss att reagera om något inte sker korrekt eller följs på rätt sätt. Vad gäller följsamheten till den kirurgiska checklistan skulle denna studie kunna ligga till grund för att vi som anestesijuksköterskor är

uppmärksamma på checklistans utförande och vad dess effekt blir för patientsäkerheten. Anestesisjuksköterskan har en samverkande roll med de andra yrkesprofessionerna i teamet samtidigt som ett eget ansvarsområde innefattas av att vara ansvarig för patientens omvårdnad (Sundqvist & Carlsson, 2014). Denna roll gör det viktigt att vara påläst om patienten vilket samtidigt kan möjliggöra att anestesisjuksköterskan kan upprätthålla ett ansvar över situationen. Det skulle kunna leda till anestesisjuksköterskan bidrar till att följsamheten avseende den kirurgiska checklistan upprätthålls och genomförs på ett korrekt sätt.

## **Slutsats och implikationer**

Följsamhet till checklistan inför kirurgi är nödvändig för att upprätthålla en säker vård på operationssal. Det har setts att nivån på följsamhet varierar bland checklistans olika delar. Generellt initieras användandet, men fullföljs inte fullt ut i samma utsträckning. Resultatet påvisar också att personalens närvaro har en effekt, där följsamheten var lägre när inte ett komplett team var närvarande.

Denna studie kan bidra med att understryka att följsamheten varierar inom den kirurgiska checklistan. Inadekvat utförande skulle kunna ha implikationer som försämrad patientsäkerhet, och kan i slutändan skapa förlängd vårdtid och lidande. Resultatet i detta arbete skulle kunna möjliggöra en insikt för anestesisjuksköterskor och operationspersonal att mer noggrant se över användandet av checklistan, vilket kan göra det lättare att viktig information följer med patienten genom resterande del av vårdkedjan. Vidare skulle resultatet kunna inspirera forskning kring andra användbara verktyg för strukturerad kommunikation. Exempelvis kan följsamhet till verktyget SBAR undersökas vid överrapportering till den postoperativa enheten, då information från genomgången operation vidarebefordras till nästkommande team. Det skulle också vara av intresse att undersöka Crew Resource Management och dess inverkan på följsamhet till checklistan då det har setts att CRM skapar en bättre teamsammanhållning.

## Referenslista

- \*Bastos, Ronaldo Rocha. (2019). Safe surgery checklist: filling adherence, inconsistencies, and challenges. *Rev Col Bras Cir*, 46(5), e20192311.
- Bettany-Saltikov, Josette, & McSherry, Robert. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing : a step-by-step guide*. London: McGraw-Hill Education/Open University Press.
- \*Biffl, Walter L, Gallagher, Annalee W, Pieracci, Fredric M, & Berumen, Crystal. (2015). Suboptimal compliance with surgical safety checklists in Colorado: A prospective observational study reveals differences between surgical specialties. *Patient safety in surgery*, 9(1), 5.
- \*Braaf, Sandra, Manias, Elizabeth, & Riley, Robin. (2013). The 'time-out' procedure: an institutional ethnography of how it is conducted in actual clinical practice. *BMJ Qual Saf*, 22(8), 647-655.
- Carlson, E. (2017). Etnografi och deltagande observation IM. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad* (Andra uppl., ss. 189-204). Lund: Studentlitteratur.
- Cvetic, Elizabeth. (2011). Communication in the perioperative setting. *AORN journal*, 94(3), 261-270.
- Forsberg, Christina, & Wengström, Yvonne. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & kultur.
- \*Fourcade, Aude, Blache, Jean-Louis, Grenier, Catherine, Bourgain, Jean-Louis, & Minvielle, Etienne. (2012). Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Qual Saf*, 21(3), 191-197.
- \*Freundlich, Robert E, Bulka, Catherine M, Wanderer, Jonathan P, Rothman, Brian S, Sandberg, Warren S, & Ehrenfeld, Jesse M. (2020). Prospective investigation of the operating room time-out process. *Anesthesia & Analgesia*, 130(3), 725-729.
- Fudickar, Axel, Hörle, Kim, Wiltfang, Jörg, & Bein, Berthold. (2012). The effect of the WHO Surgical Safety Checklist on complication rate and communication. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(42), 695.
- Giles, Kristy, Munn, Zachary, Aromataris, Edoardo, Deakin, Anita, Schultz, Timothy, Mandel, Catherine, . . . Runciman, William. (2017). Use of surgical safety checklists in Australian operating theatres: an observational study. *ANZ journal of surgery*, 87(12), 971-975.
- Gillespie, Brigid M, Chaboyer, Wendy, Longbottom, Paula, & Wallis, Marianne. (2010). The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: a qualitative study. *International journal of nursing studies*, 47(6), 732-741.
- Gillespie, Brigid M, Chaboyer, Wendy, Wallis, Marianne, & Fenwick, Clare. (2010). Why isn't 'time out' being implemented? An exploratory study. *BMJ Quality & Safety*, 19(2), 103-106.
- Gillespie, Brigid M, Gwinner, Karleen, Chaboyer, Wendy, & Fairweather, Nicole. (2013). Team communications in surgery—creating a culture of safety. *Journal of interprofessional care*, 27(5), 387-393.
- \*Gillespie, Brigid M, Harbeck, Emma L, Lavin, Joanne, Hamilton, Kyra, Gardiner, Therese, Withers, Teresa K, & Marshall, Andrea P. (2018). Evaluation of a patient safety

- programme on Surgical Safety Checklist Compliance: a prospective longitudinal study. *BMJ Open Qual*, 7(3), e000362.
- \*Gitelis, Matthew E, Kaczynski, Adelaide, Shear, Torin, Deshur, Mark, Beig, Mohammad, Sefa, Meredith, . . . Ujiki, Michael. (2017). Increasing compliance with the World Health Organization Surgical Safety Checklist—A regional health system's experience. *The American Journal of Surgery*, 214(1), 7-13.
- Gran Bruun, Anne Marie (2013). Anestesisjuksköterskans kompetens II. L. Hovind (Red.), *Anestesiologisk Omvårdnad* (Vol. 2, ss. 17-33). Lund: Studentlitteratur
- Hommel, A. , Idvall, E., & Andersson, A-C. (2013). Kvalitetsutveckling. I E. A-K, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom specialistsjuksköterskans områden* (ss. 147-181). Lund: Studentlitteratur.
- Hull, Louise, Arora, Sonal, Kassab, Eva, Kneebone, Roger, & Sevdalis, Nick. (2011). Assessment of stress and teamwork in the operating room: an exploratory study. *The American Journal of Surgery*, 201(1), 24-30.
- \*Johnston, Fabian M, Tergas, Ana I, Bennett, Jennifer L, Valero III, Vicente, Morrissey, Candice K, Fader, Amanda N, . . . Wick, Elizabeth C. (2014). Measuring briefing and checklist compliance in surgery: a tool for quality improvement. *American Journal of Medical Quality*, 29(6), 491-498.
- Karlsson, E-K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad* (Andra uppl., ss. 81-98). Lund: Studentlitteratur.
- Karolinska Institutet. (2016). Svensk MeSH. Hämtad 2020-06-02, från <https://mesh.kib.ki.se/term/D019983/guideline-adherence>
- Khoshbin, Amir, Lingard, Lorelei, & Wright, James G. (2009). Evaluation of preoperative and perioperative operating room briefings at the Hospital for Sick Children. *Canadian Journal of Surgery*, 52(4), 309.
- Leach, Linda Searle, Myrtle, Robert C, Weaver, Fred A, & Dasu, Sriram. (2009). Assessing the performance of surgical teams. *Health care management review*, 34(1), 29-41.
- Leonardsen, Ann-Chatrin, Moen, Ellen Klavestad, Karlsøen, Gro, & Hovland, Trine. (2019). A quantitative study on personnel's experiences with patient handovers between the operating room and the postoperative anesthesia care unit before and after the implementation of a structured communication tool. *Nursing Reports*, 9(1).
- Manser, Tanja. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), 143-151.
- \*Melekie, Tadesse B, & Getahun, Gashaw M. (2015). Compliance with surgical safety checklist completion in the operating room of University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC research notes*, 8(1), 361.
- Nationalencyklopedin. (2020). Kommunikation. Hämtad 2020-04-03, från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/1%C3%A5ng/kommunikation>
- Paterson-Brown, Simon. (2010). Improving patient safety in the operating room—everyone's responsibility. *Clinical Risk*, 16(1), 6-9.
- Perry, T. R. (2005). The Certified Registered Nurse Anesthetist: occupational responsibilities, perceived stressors, coping strategies, and work relationships. *AANA Journal*, 73(5), 351-356.
- \*Pickering, Sharon P, Robertson, Eleanor R, Griffin, Damian, Hadi, Mohammed, Morgan, LJ, Catchpole, KC, . . . McCulloch, Peter. (2013). Compliance and use of the World

- Health Organization checklist in UK operating theatres. *British Journal of surgery*, 100(12), 1664-1670.
- Polit, Denise F., & Beck, Cheryl Tatano. (2016). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Prati, Gabriele, & Pietrantonio, Luca. (2014). Attitudes to teamwork and safety among Italian surgeons and operating room nurses. *Work*, 49(4), 669-677.
- Randmaa, Maria, Engström, Maria, Swenne, Christine Leo, & Mårtensson, Gunilla. (2017). The postoperative handover: a focus group interview study with nurse anaesthetists, anaesthesiologists and PACU nurses. *BMJ open*, 7(8), e015038.
- Ricci, Michael A., & Brumsted, John R. (2012). Crew resource management: using aviation techniques to improve operating room safety. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 83(4), 441-444.
- Riksföreningen anesthesi och intensivsjukvård. (2019). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijukvård*. Hämtad från [https://aniva.se/wp-content/uploads/2019/11/kompetensbeskrivning-anestesi-2019-slutlig.pdf?fbclid=IwAR0GLStcgHzDyVvsu\\_daEgIB17NYmZjIaPblbi47VTCiS1uL\\_TaFJPY1xJc](https://aniva.se/wp-content/uploads/2019/11/kompetensbeskrivning-anestesi-2019-slutlig.pdf?fbclid=IwAR0GLStcgHzDyVvsu_daEgIB17NYmZjIaPblbi47VTCiS1uL_TaFJPY1xJc)
- Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad* (Andra uppl., ss. 375-389). Lund: Studentlitteratur.
- Rosenberg, Jacob, & Fuchs-Buder, Thomas. (2016). *Why surgeons need to know about anaesthesia*: Springer.
- \*Rydenfält, Christofer, Johansson, Gerd, Odenrick, Per, Åkerman, Kristina, & Larsson, Per Anders. (2013). Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(2), 182-187.
- Rönnerberg, Linda, & Nilsson, Ulrica. (2015). Swedish Nurse Anesthetists' Experiences of the WHO Surgical Safety Checklist. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 30(6), 468-475.
- Sayed, Hanan A, Zayed, Mouchira, El Qareh, Noha M, Khafagy, Hanan, Helmy, Ahmed H, & Soliman, Mona. (2013). Patient safety in the operating room at a governmental hospital. *The Journal Of The Egyptian Public Health Association*, 88(2), 85-89.
- SBU. (2019). Vår metod. Hämtad 2020-04-30, från <https://www.sbu.se/sv/var-metod/>
- \*Schwendimann, René, Blatter, Catherine, Lüthy, Marc, Mohr, Giulia, Girard, Thierry, Batzer, Siegfried, . . . Hoffmann, Henry. (2019). Adherence to the WHO surgical safety checklist: an observational study in a Swiss academic center. *Patient safety in surgery*, 13(1), 14.
- Socialstyrelsen. (2017). Ny nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Hämtad 2020-04-06, från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet>
- Socialstyrelsen. (2019). Kommunikation och informationsöverföring. Hämtad 2020-04-02, från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/riskomraden/kommunikation-och-informationshantering>
- Sundqvist, Ann-Sofie, & Carlsson, Agneta Anderzén. (2014). Holding the patient's life in my hands: Swedish registered nurse anaesthetists' perspective of advocacy. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(2), 281-288.
- Sutton, Gigi. (2009). Evaluating multidisciplinary health care teams: taking the crisis out of CRM. *Australian Health Review*, 33(3), 445-452.



- Svensk Sjuksköterskeförening. (2013). *Kommunikation mellan vårdpersonal* Hämtad från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.kommunikation\\_webb.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.kommunikation_webb.pdf).
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2020). SBAR – Kommunera strukturerat i vården. Hämtad 2020-04-03, från <https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/sbarforkommunikation.748.html>
- Sveriges Riksdag. (2008). Patientdatalag. Hämtad 2020-06-03, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355\\_sfs-2008-355](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355)
- Sveriges Riksdag och Kommuner. (2010). Patientsäkerhetslag. Hämtad 2020-04-03, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659#K6](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659#K6)
- Wæhle, Hilde Valen, Haugen, Arvid Steinar, Søfteland, Eirik, & Hjälmlhult, Esther. (2012). Adjusting team involvement: a grounded theory study of challenges in utilizing a surgical safety checklist as experienced by nurses in the operating room. *BMC nursing*, 11(1), 16.
- Vermeir, Peter, Vandijck, Dominique, Degroote, Sophie, Peleman, Renaat, Verhaeghe, Rik, Mortier, Eric, . . . Vogelaers, Dirk. (2015). Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *International journal of clinical practice*, 69(11), 1257-1267.
- WHO. (2009a). *Bruksanvisning för checklista för säkerhet vid operationer*. Hämtad från [https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl\\_manual\\_swedish.pdf](https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_manual_swedish.pdf).
- WHO. (2009b). *More than words - Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*. Hämtad från [https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf).
- Vårdhandboken. (2019). Teamarbete och kommunikation - Översikt. Hämtad 2020-04-02, från <https://www.vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/samverkan-och-kommunikation/teamarbete-och-kommunikation/oversikt/>
- Vårdhandboken. (2020). Crew Resource Management - CRM. Hämtad 2020-04-03, från <https://www.vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/samverkan-och-kommunikation/teamarbete-och-kommunikation/crew-resource-management---crm/>
- Ziman, Roxanne, Espin, Sherry, Grant, Rachel E, & Kitto, Simon. (2018). Looking beyond the checklist: an ethnography of interprofessional operating room safety cultures. *Journal of interprofessional care*, 32(5), 575-583.
- Öhrn, A. (2013). Säker vård. I E. A-K, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom specialistsjuksköterskans områden* (ss. 29-53). Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 1 Tabell över söksträngar i olika databaser

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
14/4	((checklist) AND (operating room)) AND (compliance)	2005 – 2020 Engelska och Svenska	87	19	3	3
14/4	((checklist) AND (operating room)) AND (adherence)	2010-2020 Engelska och Svenska	83	14	1	1
14/4	((compliance) AND aneste*) AND (operating room) AND communication	2006 – 2020 Engelska och Svenska	31	6	1	1
15/4	((communication) AND (structure)) AND (surgery)) AND (team) AND operating room	2006-2020 Engelska och Svenska	73	3	0	0
15/4	((compliance) OR (guideline adherence)) AND (communication)) AND (operating rooms)	2005 – 2020 Engelska och Svenska	47	10	1	1
15/4	((compliance) AND (structured communication)) AND (surgery)	2005 – 2020 Engelska och Svenska	69	3	2	2
15/4	((communication) AND (operating room)) AND (guideline adherence)	2005-2020 Engelska och Svenska	33	6	1	1
	<b>TOTALT</b>		<b>423</b>	<b>61</b>	<b>9</b>	<b>9</b>

\*Söktabell PubMed

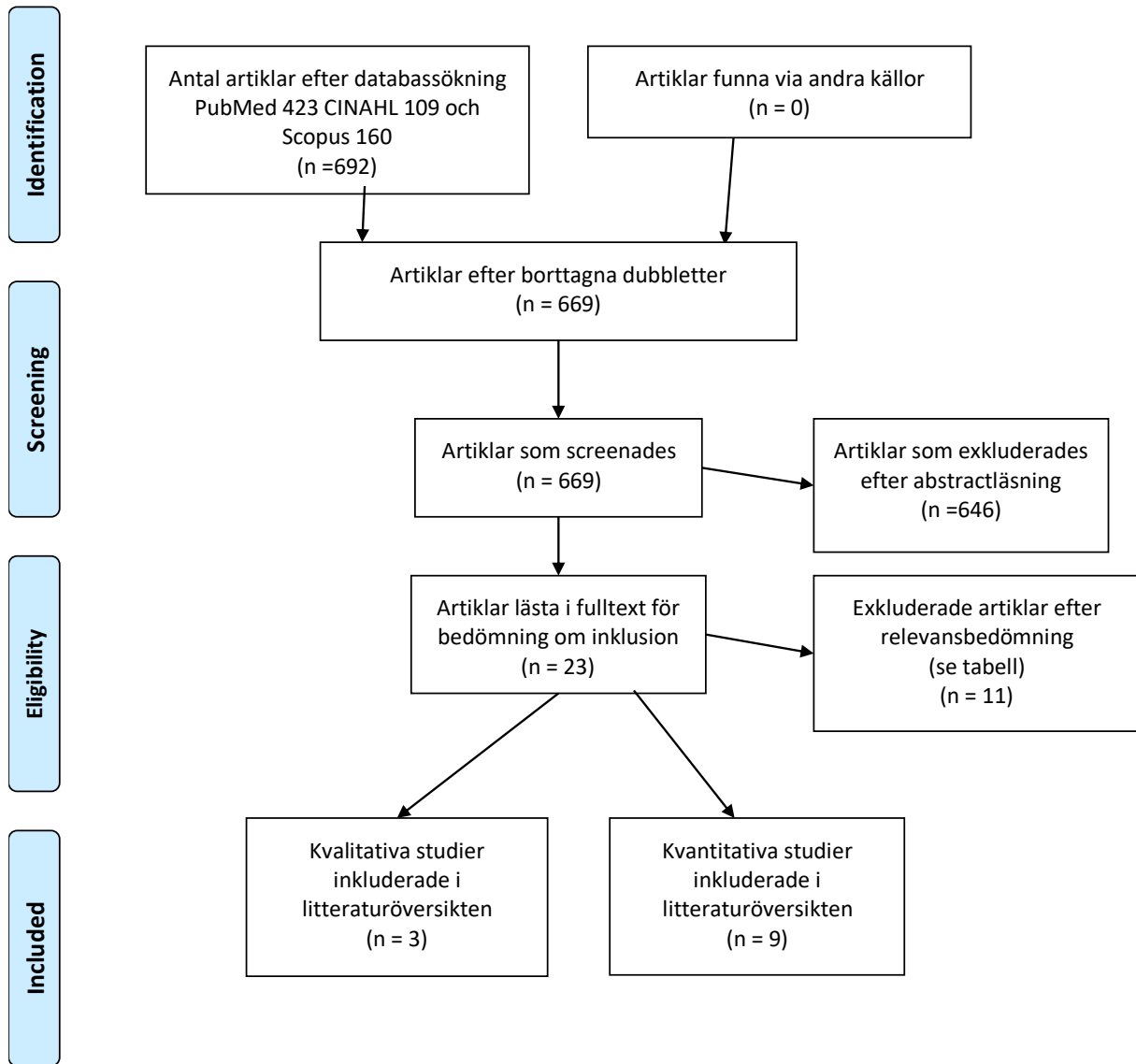
Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
14/4–17/4	MW Communication AND MW Operating rooms AND Nursing	Peer-Reviewed 2007–2020 Skrivna på engelska eller svenska.	57	10	0	0
20/4	MW Anesthe* AND MW Operating rooms AND MW Communication	Peer-Reviewed 2008-2019	36	6	0	0
20/4	MW Guideline adherence AND MW Communication AND MW Anesthe*	Peer-Reviewed 2018-2019	2	0	0	0
21/4	MW Communication AND MW Operating rooms AND Compliance	Peer-Reviewed 2010-2018	9	0	0	0
21/4	MW Checklists AND MW Operating rooms AND Compliance	Peer-Reviewed 2010-2018	5	0	0	0
	<b>TOTALT</b>		<b>109</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

\*Söktabell CINAHL

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
24/4	(compliance OR "Guideline Adherence" OR adherence*) AND (communication OR "Structured Communication") AND ("Operating room" OR "Operating rooms" OR perioperative) AND (checklist)	2005–2020 Engelska som spark. Endast artiklar. Endast "open access".	160	9	3	3
	<b>TOTALT</b>		<b>160</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

\*Söktabell Scopus

## Bilaga 2 Flödeschema över sökning



\*Flödeschema över analysprocess för artiklar

### Bilaga 3 Tabell över exkluderade artiklar efter relevansbedömning

Exkluderade artiklar efter relevansbedömning	Orsak
<b>Improving safety and quality of care with enhanced teamwork through operating room briefings.</b> Hicks et. al., 2014	Syftet i denna studie var inte att undersöka följsamheten av incheckningen utan handlade om effekten av checklistan och påverkan på patientsäkerheten.
<b>Communication and relationships dynamics in surgical teams in the operating room: an ethnographic study.</b> Törning et. al., 2019	Artikeln behandlade teamarbets dynamik inne på operationssal och inte följsamheten till WHO:s checklista.
<b>Surgical teams' attitudes and opinions towards the safety of surgical procedures in public hospitals in the Brazilian federal district.</b> Santana et. al., 2016	Denna artikel undersöker mer attityder kring checklistan mer än följsamheten. Detta var inte relevant för syftet i studien.
<b>Eight-Year Experience With a Neurosurgical Checklist.</b> Lyons., 2010	Exkluderades för att den inte hade tillräckligt med material för syfte i studien och var kort. Enligt författarna innefattade den heller inte alla delar som en vetenskaplig artikel ska ha.
<b>Evaluation of a Preoperative Checklist and Team Briefing Among Surgeons, Nurses, and Anesthesiologists to Reduce Failures in Communication.</b> Lingard et. al 2008	Exkluderades för att syftet var att belysa hur strukturerad kommunikation påverkar effekten på teamkommunikationen, inte följsamheten kring checklistan.
<b>Debriefing: the forgotten phase of the surgical safety checklist</b> Bartz-Kurycki et. al 2017	Exkluderades för att den inte diskuterade etiska aspekter och att det inte framgick om den var etisk godkänd.
<b>The use of the surgical safety checklist to improve communication and reduce complications.</b> Pugel et. al (2015)	Artikeln tar mer upp effekten av checklistan än följsamheten varför den inte var relevant för syftet.
<b>Decreasing intraoperative delays with meaningful use of the surgical safety checklist.</b> Andersson et. al (2017)	Artikeln exkluderades för att följsamheten i sig inte undersöktes utan följsamheten relaterad till förseningar i schemat var det som var fokus.
<b>Impact of the World Health Organizations checklist on safety culture in the operating theatre: a controlled intervention study.</b> Haugen et. al (2013)	Studien beskriver följsamhet till checklistan men har som mål att beskriva effekten av hur checklistan påverkar personalens upplevelser av säkerhetskultur.
<b>Surgical safety checklist: Implementation in an ambulatory surgical facility</b> Morgan et. al (2013)	Artikeln beskriver endast lite om följsamheten till checklistan vilket inte ansågs vara tillräckligt för studiens syfte. Fokus låg på upplevelser och följsamheten är mer ett bifynd.
<b>A pilot study of the implementation of WHO Surgical Checklist in Finland: improvements in activities and communication.</b> Takala et. al. (2011)	Artikeln fokuserade inte på följsamheten i sig utan syftet var att ta reda på fördelarna med den genom att göra en enkätundersökning till operationspersonal.

# Bilaga 4 SBU:s granskningsmall för observationsstudier

## Bilaga 3. Mall för kvalitetsgranskning av observationsstudier

REVIDERAD 2014

Granskningen av en studie gäller i första hand studiekvalitet, det vill säga risk för systematiska fel och risk för intressekonflikter (A). I den sammanvägda bedömningen av alla inkluderade studier enligt GRADE inkluderar man också studiernas överensstämmelse (B), överlappbarhet (C), precision (D), publikationsbias (E), effektorlek (F), dos-respons-samband (G) och sannolikhet att effekten är underskattad (H).

Författare: \_\_\_\_\_ År: \_\_\_\_\_ Artikelnummer: \_\_\_\_\_

Alternativt "oklart" används när uppgiften inte går att få fram från texten. Alternativt "ej tillämpligt" väljs när frågan inte är relevant.

A. Granskning av studiens begränsningar – eventuella systematiska fel (bias)	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpligt
<b>A1. Selektionsbias</b>				
a) Var de observerade grupperna rekryterade på ett tillräckligt likartat sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Var de jämförda gruppernas sammansättning tillräckligt lika vid studiestart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Har korrigering av obalanser i baslinjevariabler mellan grupper med olika exponering/behandling gjorts på ett adekvat sätt i den statistiska analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer: _____				
Bedömning av risk för selektionsbias: Låg / Medelhög / Hög				
<b>A2. Behandlingsbias</b>				
a) Var villkoren (utöver den behandling eller exponering som studerades) för grupperna under behandlings-/exponeringstiden tillräckligt likartade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Var följsamhet gentemot behandling/exponering acceptabel i grupperna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer: _____				
Bedömning av risk för behandlingsbias: Låg / Medelhög / Hög				

A. fortsättning	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpligt
<b>A3. Bedömningsbias (per utfallsmått)</b>				
a) Var utfallsmåttet okändligt för bedömningsbias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Var personerna som utvärderade utfallet <i>blindade</i> för studiedeltagarnas exponeringsstatus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Var personerna som utvärderade utfallet <i>spärtska</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Var utfallet definierat på ett lämpligt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Mättes utfallet på ett adekvat sätt med standardiserade/definierade mätmetoder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Mättes utfallet på ett adekvat sätt med validerade mätmetoder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Har variationer i exponering över tid tagits med i analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Har utfallet mätts vid optimal(a) tidpunkt(er)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Var observatöroverensstämmelsen acceptabel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Har studien tillämpat ett lämpligt statistiskt mått för rapporterad effektsamband?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer: _____				
Bedömning av risk för bedömningsbias: Låg / Medelhög / Hög				
<b>A4. Bortfallsbias (per utfallsmått)</b>				
a) Var bortfaller tillfredsställande låga i förhållande till populationens storlek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Var bortfaller lika stora inom grupperna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Var relevanta baslinjevariabler lika fördelade mellan bortfallen i interventions- och kontrollgruppen alternativt mellan olika exponeringsgrupper?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Var relevanta baslinjevariabler lika fördelade mellan analys- och bortfallgruppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Var den statistiska hanteringen av bortfallet adekvat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer: _____				
Bedömning av risk för bortfallsbias: Låg / Medelhög / Hög				

A. fortsättning	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpligt
<b>A5. Rapporteringsbias</b>				
a) Följde studien ett i förväg fastlagt studieprotokoll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Var utfallsmåttet relevantt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mättes biverkningar/komplicationer på ett systematiskt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Var tidpunkterna för rapporterad analys relevanta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer: _____				
Bedömning av risk för rapporteringsbias: Låg / Medelhög / Hög				
<b>A6. Intressekonfliktbias</b>				
a) Föreligger, baserat på författarnas angivna bindningar och jäv, lag eller obefintlig risk att studiens resultat har påverkats av intressekonflikter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Föreligger, baserat på uppgifter om studiens finansiering, lag eller obefintlig risk att studien har påverkats av en finansiering med ekonomiskt intresse i resultatet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Föreligger lag eller obefintlig risk för annan form av intressekonflikt (t ex att författarna har utvecklat interventionen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer: _____				
Bedömning av risk för intressekonfliktbias: Låg / Medelhög / Hög				
<b>Sammanvägning av risk för bias (per utfallsmått)</b>				
A1. Selektionsbias	Låg	Medelhög	Hög	
A2. Behandlingsbias	Låg / Medelhög / Hög			
A3. Bedömningsbias	Låg / Medelhög / Hög			
A4. Bortfallsbias	Låg / Medelhög / Hög			
A5. Rapporteringsbias	Låg / Medelhög / Hög			
A6. Intressekonfliktbias	Låg / Medelhög / Hög			
Kommentarer: _____				
Sammanfattande bedömning av risk för systematiska fel (bias): Låg / Medelhög / Hög				

## Bilaga 5 Artikelöversikt

	<b>Författare År Land Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Studiedesign Intervention Förhållningssätt</b>	<b>Urval Bortfall</b>	<b>Datainsamlingsmetod Dataanalysmetod</b>	<b>Uppföljnin gstid</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet enl. SBU:s granskningsmall för observationsstudier. Etiskt godkännande</b>
1.	Författare: Pickering, S. P. Roberstson, E. R. Griffin, D. Hadi, D. Morgan, L. J. Catchpole, K. C. New, S. Collins, G. McCulloch, P. År: 2013 Land: Storbritanien Titel: <b>Compliance and use of the World Health Organization checklist in UK operating theatres</b>	Syftet med artikeln var att göra en översikt av följsamheten av WHO:s checklista för under operation för elektiv och akut kirurgi	Observationsstudie på operationssal.	Observation av totalt 294 operationer på fem sjukhus rörande 4 kirurgiska specialiteter.	Observationerna gjordes genom att fem specialistläkare och en specialistsjuksköterska på operationssal observerade användandet och följsamheten av WHO:s checklista för kirurgi, med fokus på utcheckning och timeout vid slutet av varje ingrepp. Data samlades in i par, vilket gjordes via inspelning. Data som samlades in från observationerna sammanställdes genom en statistisk analys.	Januari 2011 – September 2012.	Timeout genomfördes vid 257 av 294 operationer = 87,4 % av fallen. Utcheckning gjordes 26 gångar av 294 = 8,8 % av fallen. Timeout genomfördes fullständigt 141 gånger av 294 = 54,9 %. Hela operationsteamet var närvarande vid 199 tillfällen av 294 = 77,4 %. Aktivt deltagande av operationspersonal observerades 187 gånger av 294 = 72,8 %.	Medelhög  Etiskt godkännande från Oxfords etiska kommitté.
2.	Författare: Biffi, W. L. Gallagher, A. W. Pieracci, F. M. Berumen, C. År: 2015 Land: USA Titel: <b>Suboptimal compliance with surgical safety checklists in Colorado: A prospective observational study reveals</b>	Syftet med artikeln var att observera följsamheten av olika komponenter i SSC (Surgical safety checklist) på operationssal.	Observationsstudie på operationssal	Tio sjukhus utvalda av COPIC (Colorado medical society) och CHA (Colorado hospitalassociation) med mål att få ett representativt urval från storstäder och landsbygd.	Det användes en modifierad version av WHO:s checklista för kirurgi, där följsamheten observerades av en medlem i operationsteamet. Denna person var inte aktivt deltagande i ingreppet. Observatörerna dokumenterade teammedlemmars roller, deltagande samt deras upplevda hinder för korrekt kontinuerligt användande.	September 2012 – April 2013.	Totalt gjordes 854 observationer uppdelat bland elektiv-, akut- och traumakirurgi. Det sammanslagna resultatet mellan de olika sjukhusen visar på variation inom de olika delarna i checklistan. Exempelvis gjordes presentation av teamet endast vid 30% av fallen och uppskattning av blodförlust vid 19% av fallen. Resultatet visar följsamhet vad gäller olika delar i checklistan, vilket redovisas procentuellt i flertalet diagram.	Medelhög  Studien var ett kvalitetsförbättringspr ojekt och tog inte del utav patientuppgifter, vilket friade den från behov av godkännande från ”Institutional review board”



	<b>differences between surgical specialties</b>				Data analyserades med hjälp av ett statistikprogram. Resultatet redovisades i form av tabeller och diagram.			
3.	Författare: Ribeiro, L. Fernandes, G. C. Gonzaga de Souza, E. Costa Souto, L. Pereira dos Santos, A. S. Rocha Bastos, R. År: 2019 Land: Brasilien Titel: <b>Safe surgery checklist: filling adherence, inconsistencies, and challenges.</b>	Syftet med artikeln är att identifiera följsamheten till "Safe surgery checklist" under operation. Vidare söktes att identifiera faktorer som kan associeras kring användandet av listan.	Retrospektiv tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats.	Urvalet är randomiserat från en elektronisk databas där alla patienter som genomgick operationer på rörande institution 2015 var registrerade. Ålder på patienterna skulle vara över 18, med en sjukhusvistelse på över 24 timmar. Det valdes ut totalt 423 journaler som uppfyllde dessa kriterier. Studien genomfördes på ett privatsjukhus där generell kirurgi utfördes.	Genom granskning av valda patienters journaler identifierades och genomsöktes den kirurgiska checklisten där man undersökte hur väl denna var ifylld med följsamhet som huvudmål. Då checklisten inte kunde nås på elektroniskt sätt fick denna begäras ut efter godkännande vid varje individuellt fall. Data analyserades genom deskriptiv statistik och utökad dataanalys och redovisades i form av tabeller. Det gjordes en skattning av hur många checklistor som var komplett ifyllda och en rangordning av teman i icke komplett ifyllda checklistor.	Insamlade data från år 2015.	Checklisten fanns med i 95 % av alla journaler, men det var endast 67,4% som var fullständigt ifyllda. Närvaro av checklisten i journal var starkt associerad med den preoperativa risken för anestetiska komplikationer. Följsamhet redovisades för de olika delarna i checklisten separat. Under incheckning förelåg det exempelvis lägst följsamhet till uppskattad blödningsrisk som var 87,7%, och kontroll av patient-ID på 85,8%.	Medelhög Godkänd av etisk kommitté.
4.	Författare: Gillespie B-M., Harbeck E-L., Lavin J., Hamilton K., Gardiner T., Withers T-K., Marshall A-P. År: 2018 Land: Australien Titel: <b>Evaluation of a patient programme on</b>	Att studera effekten av ett patientsäkerhetsprogram över tid vad gäller användandet av checklisten inför kirurgi och incidensen för kliniska misstag.	En prospektiv longitudinell studie med strukturerade observationer och en retrospektiv analys av en elektronisk databas. Interventionsprogrammet bestod av strategier för att uppmuntra till beteendeförändringar. Denna intervention leddes av sjuksköterskor. Båda	Studien gjordes på ett sjukhus med 750 platser. 150 av operationspersonalen bjöds in för att delta i programmet. Operationerna som valdes för studien gjordes genom att konsekutivt urval.	Data samlades in med hjälp av strukturerade observationer. Observatörerna spelade in hur många gånger på operationssalen de olika delarna av incheckningen gjordes. Den retrospektiva analysen gjordes genom att avvikelssystemet på sjukhuset analyserades, denna information var krypterad och kodad. All	Oktober 2014–2015 innan interventionen och november 2015–2016 efter interventionen.	Följsamheten till checklisten varierade mellan 75,9% till 82,8% under studiens gång. Signifikanta förbättringar sågs under "sign-out" där följsamheten steg från 79,3 % till 94,5 % efter införandet av interventionsprogrammet. 33 019 operationer utfördes och från ett urval av 64 av dessa så utgjordes kliniska fel av 0,13 % innan interventionen och 0,25 % efter. Dessa resulterade dock inte i någon skada för patienterna.	Hög Studien godkändes av sjukhusets- och universitetets etiska kommitté. Deltagarna fick ge skriftligt godkännande innan observationerna startades.

	<b>Surgical Safety Checklist Compliance: a prospective longitudinal study</b>		observationerna och genomgången av avvikelssystemet gjordes före och efter interventionen.		data analyserades med hjälp av ett statistikdataprogram och presenterades som deskriptiv statistik.			
5.	Rydenfält C., Johansson G., Odenrick P., Åkerman K., Larsson P-A. År: 2012 Land: Sverige Titel: <b>Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements</b>	Syftet i denna studie var att undersöka det faktiska användandet av checklisten ute i kliniken och lista avvikelser för att kunna förbättra den.	En observationsstudie med en passiv ansats.	Studien innefattar 24 operationer gjorda på 1 svenskt sjukhus. 4 olika typer av kirurgi valdes ut för att få en spridning av olika kirurgiska ingrepp.	Data samlades in med hjälp av videokamera som sattes i hörnen av operationssalarna. En observatör var också hela tiden inne på sal och försökte vara så passiv som möjligt. All data analyserades av en av studien deltagare med hjälp av ett särskilt observationsprotokoll. Datan analyserades sedan med hjälp av ett dataprogram för statistik.	December 2009- November 2010	Time-out gjordes i 23 utav 24 fall (96 %). Personalintroduktion gjordes i 14 av 24 fall. Av totalt 240 olika delar i checklisten var 130 med i alla 24 fallen, 54 %. Högst följsamhet var associerad med patient-ID (83 %) och lägst följsamhet till bekräftad sidomarkering (25 %).	Medelhög  Studien godkändes av etiska kommittén i Lund.
6.	Fourcade A., Blache J-L., Grenier C., Bourgain J-L., Minvielle E. År: 2011 Land: Frankrike Titel: <b>Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist</b>	Syftet med studien var att identifiera hinder för effektiv implementation av en kirurgisk checklista och utveckla en bra strategi för detta.	”Mixed method” med individuella intervjuer, enkät via email och direkta observationer.	På 18 sjukhus analyserades 80 olika mätningar.	Data samlades in genom att först göra intervjuer, 30 min, med olika specialiteter inom kirurgi och sedan genom en enkät, 25 frågor, som skickades ut via email till de olika sjukhusen. Sist gjorde en av studiedeltagarna direkta observationer i över 20 h på 2 olika sjukhus. Data analyserades genom att sätta ihop resultatet från alla mätningar och göra en kodtypologi.	11–29 januari 2011	Studien innefattade 1440 kirurgiska procedurer, 1299 checklistor och 28 578 delar inom checklisten. Följsamheten generellt sätt var 90, 2%. Hela listan var fullständigt ifylld i 61 % av fallen. Mest missade delar inträffade vid ”sign-out”, 47 %. 11 hinder för implementering av checklisten hittades och de viktigaste var b.l.a. att listan hade med samma punkt flera gånger samt en dålig kommunikation mellan kirurg och anestesilog.	Medelhög  Studien initierades av den franska federationen för cancercenter i samarbete med ett specialiserat team för hälsofrämjande åtgärder.
7.	Braaf S., Manias E., Riley R. År: 2013 Land: Australien	Syftet i denna studie var att undersöka hur ”time-out” proceduren	En institutionell etnografisk studie.	Observationer gjordes på 3 allmänna sjukhus. 125 sjukhuspersonal	Data samlades in genom cirka 350 h av observationer, två fokusgrupper och 20	Januari 2010- Oktober 2010	107 kirurgiska procedurer observerades och 102 ”time-out” noterades. Av dessa ”time-out” gjordes endast 10 % i enlighet	Medelhög



9.	<p>Melekie, T. B. Getahun, G. M. År: 2015 Land: Etiopien. Titel: <b>Compliance with surgical safety checklist completion in the operating room of University of Gondar Hospital, Northwestern Ethiopia.</b></p>	<p>Syftet med artikeln var att utvärdera följsamheten av "Surgical safety checklist" på operationssal samt att redovisa eventuella barriärer för korrekt användande.</p>	<p>Prospektiv observationsstudie</p>	<p>282 patienter som genomförde elektiv och akutkirurgi. Studien genomfördes på ett universitetssjukhus i Etiopien.</p>	<p>Undersökningen omfattande observation av användande av en modifierad version av WHO:s checklista för kirurgi. En sjuksköterska som cirkulerade mellan operationer ansvarade för genomförandet av checklistan, där denne fick kryssa i de moment som genomfördes. Relevant data samlades in till författare efter genomförd operation av en sjuksköterska i kliniskt arbete, och kodades via ett dataprogram. Statistik i resultatet framställdes i tabellform. Vidare samlades sekundära data rörande barriärer för användande av checklista in i form av ett individuellt frågeformulär som gavs till alla medlemmar i sjukhusets olika operationsteam.</p>	<p>Januari 2013 – Mars 2013</p>	<p>Checklistan användes totalt under 112/282 operationer = 39,7 %. 71/112 = 63,4 % var komplett ifyllda och 41/112 = 36,6 % var ifyllda till viss del. Analys av checklistor visade att av totalt 112 checklistanvändningar missades 36,3 % av innehållet. Totalt missade punkter för respektive incheckningsmoment följer nedan procentuellt: Incheckning inför anestesi: 30,5 % Kirurgisk timeout: 35,4 % Utcheckning: 45,7 %</p>	<p>Medelhög.  Etisk styrelse vid universitetssjukhuset i Gondar gav tillåtelse för genomförandet av studien.</p>
10	<p>Johnston, F. M Tergas, A. I. Bennet, J. L. Valerio, V. Morrisey, C. K. Fader, A. M Hobson, D. B. Weaver, S. J. Rosen, M. A. Wick, E. C. År: 2014 Land: USA Titel: <b>Measuring briefing and checklist compliance in</b></p>	<p>Syftet med studien var att mäta följsamhet till briefing och checklista intraoperativt genom ett nytt framtaget audit tool.</p>	<p>Observationsstudie där ett arbetsprotokoll för mätande av följsamhet vid briefing och incheckning intraoperativt togs fram.</p>	<p>Totalt observerades 63 operationer med varierande kirurgi. Insamlingarna gjordes på ett universitetssjukhus.</p>	<p>Studien bygger på utvecklandet av ett mätinstrument för att mäta följsamheten av briefing och checklista peroperativt. Det framtagna protokollet innehöll fyra sektioner som avsåg att mäta följsamhet till checklistan men också följsamhet till teamdeltagande och rutingenomförande. Operationsfall valdes av forskargruppen ut efter tillgänglighet av operationspersonal i fråga.</p>	<p>December 2012 – Mars 2013</p>	<p>Artikeln redovisar följsamhet via protokollet i fyra olika underrubriker. Dessa benämndes som Briefing logistics, Briefing basics, Specific briefing content och Briefing participation. 100% av alla 63 patientfall påvisade användande av incheckningsverktyg. Exempel på delar som redovisade hög följsamhet var patient-ID 94 %, Typ av ingrepp 95 % och allergier 83%. Exempel på delar med låg följsamhet var risk för peroperativ blödning 21 %,</p>	<p>Medelhög.  Studien ingick i sjukhusets kvalitetsförbättringsprojekt vilket enligt artikelförfattarna friade dem från behov av ansökande om etiskt godkännande från sjukhusets styrelse.</p>

	<b>surgery: A tool for quality improvement.</b>				samt efter forskargruppens egna scheman. Dataanalys genomfördes med hjälp av statistiska dataprogram. Resultatet redovisades i text och i tabellform.		positionering av patient 25 % och aktiv kroppsuppvärmning 13 %.	
11	Gitelis, M. E. Kaczynski, A. Shear, T. Deshur, M. Beig, M. Sefa, M. Silverstein, J. Ujiki, M. År: 2016 Land: USA <b>Increasing compliance with the world health organization surgical safety checklist – a regional health system’s experience</b>	Syftet med studien var att undersöka hur en elektronisk ”safe surgical checklist” har inverkan på följsamhet och patientsäkerhet jämfört med den tidigare checklisten i pappersform.	Retrospektiv kohortstudie. Intervention där jämförelse sker mellan checklista i pappersform och införande av elektronisk checklista. Observationer före och efter.	Observerade operationer innan implementering av elektronisk lista: 167, samt efter implementering: 50. Observationer gjordes på 4 universitetssjukhus under samma koncern.	Metoden avser att mäta en förändring i grad av följsamhet efter implementering av en elektronisk checklista för kirurgi jämfört med den tidigare pappersformen. Det gjordes slumpmässiga observationer både före och efter implementering där en anonym observatör använde sig av ett protokoll för att registrera följsamhetsgrad.	Mars 2013 – Oktober 2014	Resultatet visar att generell följsamhet innan implementering av elektronisk checklista är 48 % Efter implementering av elektronisk checklista steg följsamheten till 92 % i den nya kontrollgruppen. Resultatet redovisar tabeller där följsamhet jämförs relaterat till olika moment i checklisten. Jämförelser görs också mellan de olika sjukhusen där liknande resultat ses. Det ses en generell ökning i följsamhet efter implementering av den elektroniska checklisten.	Hög  Studien var finansierad som ett förbättringsprojekt inom koncernen de fyra sjukhusen omfattar. Studien startades av ett multidisciplinärt team av operationspersonal.
12	Schwendimann R., Blatter C., Luthy M., Mohr G., Girard T., Batzer S., David E., Hoffman H. År: 2019 Land: Schweiz Titel: <b>Adherence to the WHO surgical safety checklist: an observational study in a swiss academic center</b>	Syftet i studien var att utvärdera följsamheten av WHO:s checklista två år efter implementeringen av denna.	”Mixed method” med observationer och intervjuer. En prospektiv ansats.	104 observationer på 1 sjukhus genomfördes.	Observationer gjordes av två experter som inte var medlemmar i operationsteamet. Här användes ett eget protokoll för anteckningar. Data analyserades genom beskrivande statistik med hjälp av Excel.	April 2017- Augusti 2017	Totalt observerades 104 operationer varav 72 inkluderade ”time-out” och 32 inkluderade ”sign-out”. Vad gäller ”time-out” var följsamheten till utförda checklistor 96–100 % och vad gäller ”sign-out” var den 30 %. Av 32 utcheckningar genomfördes endast 7 stycken (22%) på ett fullständigt sätt. Resultatet sammanställdes i tabeller där olika delar av checklista redovisades.	Låg  Studien godkändes av den regionala etiska kommittén i landet.

