

SIKKER KIRURGI TJEKLISTE MANUAL

WHO's Safe Surgery Saves Lives Checklist
Implementation Manual (1st Edition 2008)

UDKAST

DANSK FORKORTET OG BEARBEJDET VERSION 0.3

Dansk Selskab for Patientsikkerhed 120109

INTRODUKTION

I Danmark har de kirurgiske og anæstesiologiske sygehusafdelinger i de senere år arbejdet systematisk med at sikre, at der ikke sker forvekslinger – af patienter, sted på kroppen hvor indgrebet skal foretages eller af højre/venstre side - i forbindelse med operationer. Således har de fleste afdelinger arbejdet med at implementere ”De fem trin”, hvor personalet på operationsstuen systematisk sikrer, at der foreligger informeret samtykke til indgrebet fra patienten, at operationsstedet er entydigt markeret med pen, at patienten har identificeret sig, og at journal og billeddiagnostisk materiale foreligger og vedrører den patient, der skal opereres. Et yderligere led i ”De fem trin” er en ”Time Out” d.v.s. en kort pause umiddelbart før operationen, hvor operationsholdet bekræfter, at det er den rigtige patient, hvilket indgreb der skal foretages og hvor det skal foretages, at patienten er lejret korrekt og at rigtig billeddiagnostisk dokumentation, nødvendige implantater og andet nødvendigt udstyr er til stede.

Initiativet ”Safe Surgery Saves Lives” (Sikker Kirurgi) er i 2008 lanceret af The World Alliance for Patient Safety - en del af Verdenssundhedsorganisationen WHO - som led i organisationens bestræbelser for at reducere antallet af dødsfald i forbindelse med operationer verden over. Hensigten med initiativet er at fremme anvendelsen af adækvate og sikre anæstesimetoder, undgå utilsigtede hændelser og komplikationer i forbindelse med kirurgiske indgreb, og sikre god kommunikation mellem medlemmerne af det kirurgisk-anæstesiologiske hold på operationsstuen. Alle elementer i ”De fem trin” indgår i Safe Surgery. Safe Surgery har imidlertid et bredere sigte, idet strategien ud over forvekslinger også skal forebygge komplikationer ved operation, anæstesi og i den postoperative fase generelt.

Til dette formål har The World Alliance for Patient Safety i samarbejde med kirurger, anæstesiologer, sygeplejersker, patientsikkerhedseksperter og patienter fra hele verden udarbejdet en række sikkerhedsprocedurer, som kan udføres på alle operationsstuer. Disse procedurer, sammenfattet i WHO Safety Surgery Checklist (*Sikker Kirurgi Tjeklisten*) (www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/en/index.html) skal medvirke til at understøtte brugen af alment accepterede sikkerhedsforanstaltninger og forbedre kommunikation og teamwork mellem de kliniske specialer. Tjeklisten er et redskab for de klinikere, der ønsker at optimere sikkerheden ved kirurgiske indgreb og forebygge dødsfald og komplikationer i forbindelse med operationer.

Blandt de vigtigste forebyggende tiltag er forebyggelse af sårinfektioner og andre postoperative infektioner, sikker anæstesi og sikkert samarbejde og kommunikation mellem de personer, der udgør operationsholdet. Sikker Kirurgi skal også medvirke til forbedrede data om operationsaktiviteten, om operativ mortalitet og om komplikationsrater, idet præcise oplysninger er væsentlige med henblik på at forbedre sikkerheden ved kirurgiske indgreb.

TJEKLISTEN

Det centrale element i Sikker Kirurgi er en tjekliste –*Sikker Kirurgi Tjeklisten*. Formålet med tjeklisten er ikke at anvise bestemte procedurer, men at sikre, at nøgleelementer systematisk inkorporeret i rutinerne på operationsstuen. Formentligt vil tjeklisten de fleste steder betyde en ændring af rutinerne, men mange steder vil der i forvejen være implementeret rutiner, der omfatter væsentlige dele af tjeklisten. Det gælder fx de danske operationsafdelinger, hvor man har taget ”De 5 trin” til forebyggelse af forvekslingskirurgi i anvendelse, ligesom der allerede på mange anæstesiaafdelinger arbejdes med tjeklister i forbindelse med tjek af anæstesiudstyr og præoperativ vurdering af patienterne.

Det evidensmæssige grundlag for Sikker Kirurgi findes i WHO's *Guidelines for Safe Surgery* (First Edition - <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>). Ekspertter, klinikere og patienter har her vurderet og overvejet en række standarder, der kan anvendes for at forbedre sikkerheden ved kirurgiske indgreb. De evaluerede evidensen for hver enkelt standard, før de besluttede, hvilke af dem der skulle med i tjeklisten. I overvejelserne indgik overslag over den potentielle effekt af de enkelte standarder. Mens WHO's *Guidelines for Safe Surgery* præsenterer evidensen for de væsentligste komponenter i Safe surgery, er tjeklisten et simpelt, praktisk værktøj, som ethvert operationshold i verden kan bruge til at sikre, at præoperative, intraoperative og postoperative procedurer, der skal gøre indgrebet sikkert, udføres effektivt og på rette tidspunkt.

Tjeklisten er udformet efter tre principper. Det første er, at den skulle være simpel, idet den herved ville være nemmere at acceptere og implementere for det involverede personale. Det andet princip er, at listen skulle være bredt accepteret, således at den ville blive taget i anvendelse i alle typer sygehuse, såvel i udviklings- som industrilande. Det tredje princip er målbarhed, således at det vil være muligt at måle ændringer med hensyn til, i hvilket omfang, de enkelte procedurer i tjeklisten er implementeret og registreret.

SIKKER KIRURGI TJEKLISTEN – detaljeret introduktion

Det er afgørende, at en enkelt person står for tjeklisten. Denne "tjeklistekoordinator", som har ansvaret for at afkrydse felterne på listen, vil ofte være "sygeplejersken på gulvet", men kan være en hvilken som helst sundhedsperson, der deltager i operationen.

Tjeklisten deler operationen i tre faser, der hver svarer til en specifik tidsperiode i et normalt operationsforløb: perioden før anæstesi indledes (*Tjek ind/Sign in*), perioden efter anæstesi indledes og før kirurgisk incision (*Time out*), og perioden under eller umiddelbart efter lukning af såret (*Tjek ud/Sign out*). Inden for hver fase skal tjeklistekoordinatoren bekræfte, at operationsholdet har fuldført dets opgaver før det fortsætter. Som nævnt indgår alle elementerne i "De fem trin" også i denne tjekliste.

TJEK IND (SIGN IN)

Tjek ind skal fuldføres før anæstesen indledes – med henblik på at optimere sikkerheden ved selve anæstesen og det kirurgiske indgreb.

Ved "Tjek ind" skal som minimum anæstesipersonale og operationssygeplejerske være til stede. Tjeklistekoordinatoren kan udfylde denne del af tjeklisten på én gang eller trinvist, afhængig af forløbet af forberedelserne til anæstesen.

PATIENTEN HAR BEKRÆFTET SIN IDENTITET, OPERATIONSSTED, INDGREBSTYPE OG SAMTYKKE.

Koordinatoren sikrer ved forespørgsel, at patienten aktivt tilkendegiver sin identitet, operationsstedet (herunder højre/venstre lokalisation), hvilket indgreb der skal foretages, samt at samtykke til operationen er afgivet. Selv om det kan virke som en gentagelse, er dette trin afgørende for, at holdet ikke opererer den forkerte patient det forkerte sted med et forkert indgreb. Hos børn og inhabile patienter kan forældrene eller en værge træde i stedet for patienten ved dette trin. Hvis der ikke er forældre eller værge til stede, og dette trin udelades, fx i hyperakutte situationer, skal feltet ikke afkrydses.

OPERATIONSSTED MARKERET

Tjeklistekoordinatoren bekræfter, at kirurgen har tuschmarkeret det sted på patienten, hvor indgrebet skal foretages ("operationsstedet"), i de tilfælde, hvor operationen kan foretages både på højre og venstre side, eller hvis der er flere valgmuligheder eller niveauer, fx fingre, tæer, hudlæsioner eller ryghvirvler. Markering af midtlinieorganer (fx skjoldbruskkirtlen) eller af uparrede organer (fx milten) følger lokal praksis. Systematisk markering af operationsstedet fungerer som et back-up tjek, der bekræfter, at operationsstedet og – proceduren er korrekt.

ANÆSTESISIKKERHEDSTJEK UDFØRT

Koordinatoren udfører det næste tjek ved at bede anæstesipersonalet om at bekræfte, at anæstesisikkerhedstjek er udført. Sikkerhedstjekket er en formel inspektion af anæstesiapparat, udstyr, medicin samt vurdering af patientrelaterede risici før hver enkelt anæstesi.

PULSOXIMETER PÅ PATIENTEN OG FUNGERER

Tjeklistekoordinatoren bekræfter, at pulsoximeter er blevet sat på patienten og fungerer korrekt. Der bør være et visuelt display og lydssignal, der informerer holdet om pulsfrekvens og oxygenmætning. Pulsoximeter er blevet stærkt anbefalet af WHO som en nødvendig del af et sikkert anæstesiforløb. Hvis ikke pulsoximeter er til rådighed, må kirurgen og anæstesipersonalet bedømme, hvor akut patientens tilstand er, og eventuelt overveje at udsætte operationen, til et pulsoximeter er fremskaffet. I hastetilfælde, hvor patientens liv eller en ekstremitet er truet, kan der gives afkald på dette krav. I disse tilfælde skal feltet ikke afkrydses.

HAR PATIENTEN KENDT ALLERGI?

Det er meningen, at tjeklistekoordinatoren skal stille dette spørgsmål til anæstesipersonalet. Først spørger koordinatoren om patienten har kendt allergi, og, i bekræftende fald, overfor hvad. Dette spørgsmål skal stilles også selv om koordinatoren godt kender svaret, idet anæstesipersonalet herved bliver gjort opmærksom på eventuelle allergier, der kan udgøre en risiko for patienten. Herefter afkrydses feltet. Hvis koordinatoren har viden om allergi, som anæstesipersonalet ikke er bekendt med, skal koordinatoren meddele operationsholdet dette.

HAR PATIENTEN VANSKELIGE LUFTVEJE?

Koordinatoren bekræfter ved forespørgsel til anæstesiholdet, at det er vurderet, om patienten har vanskelige luftveje. Der findes en række metoder til at vurdere luftvejene, såsom Mallampati score, thyromental afstand og Bellhouse-Doré score. En objektiv vurdering af luftvejene er vigtigere end

valget af metode. Hvis vurderingen af luftvejene tyder på høj risiko for vanskelige luftveje, fx Mallampati score 3 eller 4, må anæstesiholdet forberede sig på en nødsituation med manglende adgang til luftvejene. Dette kan indebære ændring af anæstesimetoden, fx overgang til regional anæstesi, samt at nødvendigt akut udstyr er klart. En kompetent assistent – hvad enten det er en anæstesilæge, anæstesisygeplejerske eller en kirurg – bør være fysisk til stede for at kunne hjælpe med at indlede anæstesen.

HAR PATIENTEN ASPIRATIONSRISIKO?

Også her bekræfter koordinatoren ved forespørgsel til anæstesiholdet, at risikoen for aspiration er vurderet som en del af vurderingen af luftvejene. Hvis patienten har refluxproblemer eller en fyldt ventrikel, må anæstesipersonalet være forberedt på mulighed for aspiration. Risikoen kan reduceres ved at ændre anæstesiforløbet, fx ved at anvende crush-induction eller ved at en assistent udøver cricoideatryk under indledningen af anæstesen.

Hos patienter med erkendt vanskelige luftveje eller aspirationsrisiko skal felterne kun afkrydses hvis anæstesipersonalet bekræfter, at der er relevant udstyr og assistance til stede på stuen.

HAR PATIENTEN RISIKO FOR FOR > 500 ml BLODTAB (hos børn > 7 ml pr. kg legemsvægt)?

Ved dette sikkerhedstrin spørger koordinatoren anæstesiholdet, om patienten har risiko for at miste mere end 500 ml blod under operationen. Stort blodtab er blandt de mest betydende risici for kirurgiske patienter, idet risikoen for hypovolæmisk shock øges ved blodtab over 500 ml (hos børn over 7 ml pr. kg legemsvægt). Relevant forberedelse og behandling kan afbøde konsekvenserne betydeligt. Kirurger kommunikerer måske ikke systematisk informationer om risikoen for blodtab til anæstesipersonale og operationssygeplejersker. Hvis anæstesilægen eller -sygeplejersken ikke kender risikoen for blodtab ved operationen, bør han/hun vente med anæstesiindledning til kirurgen har givet informationer herom. Hvis der er en kendt risiko for >500 ml blodtab, anbefales det kraftigt at anlægge to solide venøse adgange eller centrale venekatetre før incision. Herudover bør holdet sikre sig, at relevant blod og i.v. væsker er i beredskab til operationen. Bemærk, at det forventede blodtab vil blive nævnt igen af kirurgen under "Time out", således at anæstesipersonalet og operationssygeplejersken også her vil blive opmærksomme på dette spørgsmål.

Herefter indledes anæstesen.

TIME OUT

”Time out” er en kort fælles pause, der holdes lige før incision og som skal bekræfte, at operationsholdet har gennemgået en række væsentlige sikkerhedstjeks.

ALLE TEAMMEDLEMMER HAR PRÆSENTERET SIG

Der kan forekomme udskiftninger på et operationshold. Hvis holdet skal kunne håndtere kritiske situationer effektivt, kræver det, at alle teammedlemmer ved, hvem de øvrige på holdet er og hvilke roller og kompetencer de har. En enkel præsentation vil sikre dette. Koordinatoren beder hver enkelt tilstedeværende på stuen om at præsentere sig med navn og funktion. De medlemmer af holdet, der kender hinanden i forvejen kan nøjes med at bekræfte dette, men nye folk på stuen bør præsentere sig, herunder også studenter og elever.

KIRURG, ANÆSTESI OG OPERATIONSSYGEPLEJERSKE BEKRÆFTER VERBALT PATIENTIDENTITET, OPERATIONSSTED OG INDGREBSTYPE

Dette trin er identisk med den sædvanlige ”Time out” eller ”kirurgisk pause”, som allerede er en del af rutinerne ved operationer i Danmark og i udlandet. Lige før kirurgen inciderer, beder tjeklistekoordinatoren eller en anden person på stuen de øvrige teammedlemmer om at bekræfte patienten navn, hvor på kroppen operationen skal foretages, typen af indgreb samt - hvor det er relevant - hvilken lejrning patienten har. Fx siger kirurgen: *”Lad os tage vores Time out”* og fortsætter: *”Er alle enige i, at dette er patient X, der skal have foretaget en højresidig lyskebrokoperation?”* Dette felt bør ikke afkrydses, før både kirurg, anæstesipersonale og operationssygeplejerske hver for sig har besvaret dette spørgsmål med et ja. Hvis patienten ikke er sederet, kan han/hun også svare bekræftende på spørgsmålet.

FORVENTEDE KRITISKE FASER

Effektiv kommunikation mellem teammedlemmerne er en afgørende forudsætning for sikker kirurgi, effektivt samarbejde og forebyggelse af alvorlige komplikationer. For at sikre, at oplysninger om det planlagte indgreb og forventede vanskelige faser under operationen er kommunikeret ud, vil tjeklistekoordinatoren her tage initiativ til en kortfattet drøftelse heraf mellem kirurg, anæstesi og operationssygeplejerske. Dette kan gøres ved simpelthen at spørge hver enkelt af holdets medlemmer. Rækkefølgen er ikke afgørende, men hvert felt bør først afkrydses efter at hver enkelt medlem af holdet har afgivet deres informationer. I forbindelse med

rutineoperationer eller indgreb, som holdets medlemmer har stor erfaring med, kan kirurgen fx sige: *"Dette er en rutineoperation, der tager X tid"* og derefter spørge anæstesipersonalet og operationssygeplejersken om de har nogen bemærkninger hertil.

KIRURGENS GENNEMGANG

Det forventes, at kirurgen lægger op til en drøftelse af forventet blodtab, herunder hurtigt blodtab, vævsskade eller andre større komplikationer. Kirurgen har herunder mulighed for at informere om forhold, der kræver specialudstyr, implantater eller særlige forberedelser.

ANÆSTESIENS GENNEMGANG

Hvis patienten har risiko for større blodtab, hæmodynamisk instabilitet eller andre komplikationer, gennemgår et medlem af anæstesiholdet hvilke specifikke planer og overvejelser, der er for håndtering af problemerne, herunder for at imødegå blodtab, arytmier og vejrtrækningsproblemer. Hvis der ikke forventes særlige problemer, kan anæstesilægen sige: *"Jeg forventer ingen særlige problemer ved denne anæstesi"*.

OPERATIONSSYGEPLEJERSKENS GENNEMGANG

Den operationssygeplejerske, der lægger instrumenter og udstyr mv. frem til operationen bekræfter verbalt, at nødvendige steriliseringsprocedurer er overholdt, og at der anvendes steriliseret udstyr (bekræftet ved steriliseringsindikatorer). Operationssygeplejersken har også lejlighed til at fremføre spørgsmål vedrørende udstyr, andre forberedelser til operationen eller andre overvejelser vedrørende patientsikkerheden, som kirurgen eller anæstesien ikke tidligere har bragt op. Hvis der ikke er særlige problemer, kan operationssygeplejersken fx sige: *"Alt udstyr er sterilt, jeg har ikke særlige problemer ved udstyr eller forberedelser"*.

ER ANTIBIOTIKAPROFYLAKSE BLEVET GIVET INDEN FOR DE SENESTE 60 MINUTTER?

Trods stærk evidens og udbredt konsensus om, at antibiotikaprofylakse mod sårinfektioner er mest effektiv, hvis serum- og vævskoncentrationen er maximal under operationen, er der ikke tilstrækkelig compliance med hensyn til at give antibiotika inden for én time forud for incision. I forbindelse med "Time out" skal tjeklistekoordinatoren spørge højt, om antibiotika er blevet givet inden for de seneste 60 minutter. Det teammedlem, der er ansvarlig for at give antibiotika, sædvanligvis fra anæstesiaafdelingen, skal svare på spørgsmålet. Hvis antibiotikaprofylakse ikke er blevet givet på dette tidspunkt, skal det gives med det samme, før incision. Hvis antibiotikaprofylakse er blevet mere end 60 minutter forinden, bør holdet overveje at gentage

dosis. Hvis antibiotika ikke er relevant, eller er blevet givet som led i længerevarende behandling af infektion, skal feltet ikke afkrydses.

ER BILLEDDIAGNOSTIK PÅ PLADS?

Billeddiagnostik er ofte nødvendig for at sikre den nødvendige planlægning og gennemførelse af operationen. Det gælder også ortopædkirurgiske operationer og operationer på rygsøjlen og brystkassen. Under "Time out" skal koordinatoren spørge kirurgen, om de nødvendige billeddiagnostiske undersøgelser er foretaget. Hvis det er tilfældet skal koordinatoren verbalt bekræfte, at billederne om nødvendigt er hængt op på operationsstuen og kan ses af kirurgen. Hvis det er tilfældet skal feltet afkrydses. Hvis ikke, skal billederne fremskaffes. Kirurgen kan beslutte, om operationen kan begynde uden at billederne er hængt op. I så tilfælde skal feltet ikke afkrydses.

Herefter påbegynder kirurgen operationen

TJEK UD (SIGN OUT)

Tjek ud udføres før patienten forlader operationsstuen. Formålet er at overbringe væsentlige informationer til det team, der skal overtage behandling og pleje af patienten efter operationen.

Sign out kan iværksættes af operationssygeplejersken, "sygeplejersken på gulvet", kirurgen eller anæstesen, og bør være afviklet før kirurgen forlader stuen. Den kan fx gennemføres under lukning af operationssåret.

TJEKLISTEKOORDINATOREN AFKLARER VERBALT MED OPERATIONS HOLDET:

HVILKET INDGREB DER ER FORETAGET

Kirurgen kan have udført et andet indgreb end planlagt, eller have udført supplerende indgreb. Tjeklistekoordinatoren sikrer sig ved forespørgsel til kirurgen og det øvrige hold, hvilket indgreb der er foretaget, fx ved at spørge: "*Hvilken operation er der udført?*"

AT INSTRUMENT- OG SERVIETOPTÆLLING ER UDFØRT OG STEMME

Det er sjældent, at instrumenter, nåle eller servietter glemmes i operationsfeltet, men når det sker, kan det være en potentiel farlig hændelse. Operationssygeplejersken eller ”sygeplejersken på gulvet” skal derfor verbalt bekræfte, at der er foretaget endelig optælling af nåle, servietter og instrumenter. Hvis der ikke er enighed om optællingsresultatet, skal operationsholdet gøres opmærksom på det, så manglende udstyr systematisk eftersøges, herunder i afdækning, affald eller operationsfelt. Om nødvendigt foretages røntgenundersøgelse.

AT UDTAGNE PRØVER ER KORREKT MÆRKEDE

Forkert mærkning af udtagne prøver kan være katastrofalt for patienten og har vist sig at være en hyppig kilde til laboratoriefejl. ”Sygeplejersken på gulvet” skal bekræfte, at prøverne er korrekt mærkede, ved at sige patientens navn, prøvebeskrivelsen og eventuel højre/venstre sidemarkering højt.

OM DER ER KONSTATET FEJL OG MANGLER VED UDSTYR

Fejl og mangler ved udstyr er almindeligt forekommende ved operationer. Præcis identifikation af fejl og af instrumenter og udstyr, der ikke har fungeret tilfredsstillende, er nødvendig for at forhindre, at defekt udstyr går tilbage i brug efter rengøring uden at være udskiftet eller repareret. Det bør under dette tjekpunkt præciseres, hvem der skal sørge for, at denne opgave udføres.

KIRURG, ANÆSTESI OG OPERATIONSSYGEPLEJERSKE GENNEMGÅR VÆSENTLIGE FORHOLD AF BETYDNING FOR PATIENTENS FORTSATTE BEHANDLING OG PLEJE

Kirurg, anæstesipersonale og operationssygeplejerske bør herunder gennemgå planen for og forventningerne til det umiddelbare postoperative forløb, med særligt henblik på forhold, der er konstateret under operation og anæstesi. Særligt forhold, der udgør en særlig risiko for patienten, og som ikke alle involverede kan forventes at være bekendte med, er relevante.

Hermed er tjeklisten fuldt udfyldt. Den kan eventuelt lægges i patientens journal, eller lægges til side med henblik på kvalitetsmålinger mv.

HVORDAN TJEKLISTEN KAN MODIFICERES

Sikker Kirurgi Tjeklisten kan ændres, så der kan tages højde for forskelle mellem de sygehuse og afdelinger med hensyn til fremgangsmåde, kulturen på operationsstuen og i hvor høj grad medlemmerne af operationsholdet kender hinanden. Det frarådes dog at fjerne nogle af punkterne ud fra en antagelse om, at de ikke kan forventes at blive opfyldt.

Sikker Kirurgi Tjeklisten skal være kortfattet, og har ikke til formål at dække alle sikkerhedsforhold i forbindelse med operationer. Nogle afdelinger vil måske gerne have tilføjet punkter vedrørende specifikke procedurer, som allerede er indarbejdet i rutinen på stedet. Nogle afdelingerne kan have behov for at tilføje punkter om forebyggelse af tromboemboliske komplikationer, om nødvendigt udstyr, fx mesh eller proteser, er til stede eller om afgørende biopsisvar eller blodprøvesvar foreligger. De enkelte sygehus eller afdelinger kan således tilpasse tjeklisten efter de lokale forhold, hvilket bidrager til at sikre, at alle trin fuldføres. Der advares dog mod at gøre tjeklisten meget kompleks og detaljeret.

SÅDAN INTRODUCERES TJEKLISTEN PÅ OPERATIONSSTUEN

Tjeklisten skal anvendes nogle gange, før et operationshold har lært at bruge den effektivt. Nogle teammedlemmer kan finde anvendelsen overflødig eller måske endda spild af tid. Formålet er ikke, at den skal læres udenad, eller at brugen skal virke tidsrøvende. Tjeklisten har til formål at give holdet et simpelt værktøj til sikkerhedstjek, at forbedre teamwork og kommunikation, og at øge opmærksomheden på patientsikkerheden ved alle operationer. Mange af tjeklistens punkter indgår allerede i sikkerhedstjek på operationsstuer verden over, men det er kun få steder, hvor alle punkterne er fuldt implementerede. Tjeklisten har to formål: At sikre konsistens i patientsikkerheden og at introducere eller vedligeholde en kultur, der prioriterer patientsikkerhed.

Succesfuld implementering forudsætter, at tjeklisten tilpasses lokale rutiner og forventninger. Tjeklisten vinder kun indpas, hvis ledelsen er engageret i sagen. Ledelsen ved kirurgiske og anæstesiologiske afdelinger må åbent støtte ideen om at sikkerhed er højt prioriteret, og at anvendelse af Sikker Kirurgi Tjeklisten kan medvirke hertil. De bør derfor selv bruge tjeklisten ved deres egen operationer, og interessere sig for hvordan implementering skrider frem i afdelingen. Hvis ikke ledelsen bakker op, vil indførelse af tjeklisten støde på modstand. Tjeklister har vist sig

nyttige i mange sammenhænge, også i forbindelse med patientbehandling. WHO's Sikker Kirurgi Tjekliste har været anvendt en række steder med forskelligt ressourcegrundlag verden over. Erfaringer viser, at det med tilstrækkelig uddannelse, praktisk erfaring og ledelsesopbakning er muligt at overkomme barrierer mod dens ibrugtagning. Med passende planlægning og engagement vil brug af tjeklisten kunne gøre en væsentlig forskel med hensyn til øget patientsikkerhed ved operationer.

BILAG: TEKSTBOXE

BOX 1: Definitioner

Større kirurgiske indgreb defineres her som procedurer, der udføres på en operationsstue og som indebærer incision, excision, manipulation eller suturering af væv, som sædvanligvis kræver regional eller fuld anæstesi eller dyb sedation med henblik på smertelindring.

Et operationshold omfatter her kirurger, anæstesipersonale, operationssygeplejersker og andet plejepersonale med opgaver på operationsstuen, samt teknikere og andet personale med opgaver i forbindelse med operationen.

BOX 2: Formål med Sikker Kirurgi

Ti essentielle mål med Sikker Kirurgi

- 1. Holdet opererer den rigtige patient det rigtige sted med det rigtige indgreb*
- 2. Holdet anvender sikker og effektiv anæstesi*
- 3. Holdet er forberedt på luftvejs- og respirationsproblemer*
- 4. Holdet er forberedt på større blodtab*
- 5. Holdet undgår at anvende medicin, der fremkalder allergiske reaktioner eller andre alvorlige bivirkninger*
- 6. Holdet anvender procedurer, der minimerer risikoen for kirurgiske infektioner*
- 7. Holdet undgår, at der utilsigtet efterlades kirurgiske instrumenter, servietter og andet materiale i operationssår.*
- 8. Holdet sikrer, at alt udtaget biologisk materiale til nærmere undersøgelse er korrekt mærket*
- 9. Holdet har effektivt udvekslet vigtige informationer om det planlagte indgreb*
- 10. Sygehuse og sundhedsmyndigheder kan i forbindelse med implementeringen styrke overvågningen af kirurgisk kapacitet, kirurgiske aktiviteter, resultater og komplikationsfrekvens*

BOX 3. Kortfattet instruks til brug af WHO's Sikker Kirurgi Tjekliste

Ved *Tjek ind (Sign in)*, før anæstesi indledes, sikrer tjeklistekoordinatoren ved mundtlig forespørgsel til patienten dennes identitet, operationsstedet og –proceduren samt at der er indhentet samtykke til indgrebet. Tjeklistekoordinatoren bekræfter visuelt, at operationsstedet er blevet markeret (hvis det er relevant), og gennemgår sammen med anæstesipersonalet risikoen for blodtab, vanskelige luftveje/aspiration, om patienten er allergisk samt om der er udført tjek af anæstesiudstyr og –medicin. Ideelt set vil kirurgen være til stede ved *Tjek ind*, da kirurgen kan have mest præcise bud på forventet blodtab, allergi og komplikationer, men kirurgens fysiske tilstedeværelse er ikke afgørende for denne del af tjeklisten kan færdiggøres.

Ved *Time out* holder operationsholdet en pause umiddelbart før incision for at bekræfte verbalt at der vil blive udført den rigtige operation det rigtige sted på den rigtige patient. Alle på operationsholdet gennemgår derefter verbalt med hinanden deres planer for håndtering af kritiske faser under operationen. De bekræfter ligeledes, at profylaktisk antibiotika (hvis indiceret) er blevet givet inden for de seneste 60 minutter, og at nødvendigt billeddiagnostisk materiale er tilgængeligt på operationsstuen.

Ved *Tjek ud (Sign out)* gennemgår operationsholdet sammen den operation, der blev gennemført, opregner resultatet af kontroloptælling af servietter mv. og instrumenter, og sikrer, at udtaget biologisk materiale til nærmere undersøgelse er mærket med labels. Holdet gennemgår tillige om der har været anvendt ikke-velegnede udstyr, og hvordan eventuelle problemer håndteres. Afslutningsvist gennemgår operationsholdet planen for og forventningerne til det umiddelbare postoperative forløb /opvågningsfasen, før patienten flyttes fra operationsstuen.