

Trygg Kirurgi. Veileder for gjennomgang av sjekklisten.

Gjelder for: Hele SiV
Dokumenttype: Retningslinje
Sist endret: 14.11.2019

1. HENSIKT

Sjekkliste for Trygg Kirurgi skal fungere som en systematisk metode for kvalitetssikring av kritiske punkter i forbindelse med operative inngrep, for å redusere risiko for pasientskader og komplikasjoner i det perioperative forløp.

2. ANSVAR

- Anestesisykepleier er ansvarlig for gjennomgang av sjekklstens første del.
- Koordinerende operasjonssykepleier er ansvarlig for gjennomgang av sjekklstens andre del.
- Hovedkirurg er ansvarlig for gjennomgang av sjekklstens tredje del.
- Koordinerende operasjonssykepleier er ansvarlig for at gjennomgang av sjekklstens tre deler dokumenteres i DIPS - "Meldeskjema til Operasjon". Det er en forutsetning at alle punkter i sjekklstens tre deler er gjennomgått i sin helhet.

Operasjonsteamet bestående av anestesilege, anestesisykepleier, operatør(er), steril utøvende og koordinerende operasjonssykepleier har et felles ansvar for at sjekklisten blir gjennomgått i sin helhet, på en korrekt og forsvarlig måte. Hovedkirurg har et særskilt ansvar for gjennomgang av sjekklisten, hvis den bestemte ansvarsfordelingen fravikes. Koordinerende operasjonssykepleier har ansvar for at sjekklistetavlen rengjøres når pasienten forlater operasjonsstuen, før stuen settes klar til vask.

3. FREMGANGSMÅTE

- Sjekklisten for Trygg Kirurgi skal brukes ved alle operative inngrep som gjennomføres ved Kirurgisk Klinik, der det er operasjonssykepleier tilstede. Alle punktene skal gjennomgås i sin helhet og besvares i plenum.
- Den som utfører opplesing av sjekkpunktene må påkalle seg oppmerksomhet og deltakelse fra alle i teamet ved gjennomgang. All aktivitet opphører med unntak av livreddende behandling.
- I situasjoner der det står om pasientens liv, prioriteres livreddende behandling før gjennomgang av sjekklisten.

3.1 Sjekklstens tre deler - gjennomgang og ansvarsfordelig:

- 1. Forberedelse** gjennomgås før anesthesiinnledning på operasjonsstuen eller forberedelsesrom. Denne delen av sjekklisten må gjennomgås med anestesisykepleier og operasjonssykepleier til stede, gjerne også anestesilege og hovedoperatør samtidig. Anestesipersonell gir klarsignal for gunstig tidspunkt for gjennomgang av punktene i første del. Anestesisykepleier er ansvarlig for gjennomgang av sjekkpunkter i denne delen.
- 2. Time - out** gjennomgås før operasjonsstart, med hovedoperatør til stede. Hovedoperatør gir klarsignal for gunstig tidspunkt for gjennomgang av punktene i andre del. Koordinerende operasjonssykepleier er ansvarlig for gjennomgang av sjekkpunkter i denne delen.
 - All aktivitet innstilles (unntak ved livreddende behandling).
 - Teamet og andre tilstedeværende på operasjonsstuen (studenter, observatører etc.) presenterer seg med navn og funksjon. Hvis operasjonsteamet er uendret resten av arbeidsdagen, trenger man ikke gjenta dette.

- Kniven gis operatør etter at alle punkter i andre del av sjekklisten er gjennomgått.

- 3. Avslutning** gjennomgås før hovedoperatør forlater operasjonsstuen. Alle i teamet retter oppmerksomheten mot sjekklstens siste fase. Alle punkter gjennomgås, uklarheter oppklares og evt tiltak iverksettes. Hovedoperatør er ansvarlig for gjennomgang av sjekkpunkter i tredje del av sjekklsten.

3.2 Avvik:

Når punkter i sjekklsten ikke er utført men aktuelle, iverksettes tiltak umiddelbart ihht retningslinje/prosedyre. Vurder eventuelt å stoppe aktiviteten inntil avvik er avklart (eks. hvis type / screening ikke er tatt og det er aktuelt).

Avvik fra retningslinjer/prosedyrer i pasientbehandlingen dokumenteres i pasientens journal.

Vurder melding i TQM.

3.3 Dokumentasjon:

Gjennomført sjekklste for Trygg Kirurgi i sin helhet (3 deler): Avkrysning i DIPS - "Meldeskjema til operasjon".

Oppfølging av evt tiltak dokumenteres i pasientens behandlingsplan / journal. Behandlingsplanen skal ikke godkjennes før etter at siste fase av sjekklsten er gjennomført.

4. GENERELT

Praktiske tips:

Ja, Nei eller Uaktuelt krysses av på tavlen Trygg kirurgi sjekklste fortløpende når man går gjennom punktene. Oppfyller man ikke forventet svar se pkt 3.2.

4.1 Forberedelse

4.1.1 Hvordan skal vi bekrefte at krav som stilles på sjekklsten er oppfylt?

Medlemmene av teamet skal bekrefte høyt og tydelig for hverandre at hvert av punktene på sjekklsten er utført.

4.1.2 Hvordan videreformidle informasjon som allerede er innhentet i resepsjonen til teamet, uten å stille pasienten gjentatte spørsmål?

Hvis man ved henting av pasient på pre-rom har fått ID, operasjonsfelt merket og type inngrep bekreftet av pasienten selv, bekrefte / rapporteres dette til resten av teamet ved gjennomgang av sjekklstens første del. Pasientens navn skrives på tavlen og pasient ID sjekkes opp mot DIPS og PICIS på operasjonsstuen/forberedelsesrom.

4.1.3 Hvordan skal vi bekrefte pasientens identitet når pasienten er et barn eller er ute av stand til å gi en slik bekreftelse?

Når pasienten selv ikke kan gi en slik bekreftelse, kan en verge eller et familiemedlem, evt ansvarlig sykepleier hvis disse ikke er tilgjengelige, overta denne rollen. Det er kun ved livreddende behandling, at dette punktet kan utelates.

4.1.4 Må hovedoperatøren merke operasjonsstedet?

Som hovedregel skal hovedkirurg merke operasjonsfeltet. Merking kan gjøres av annen kirurg dersom vedkommende skal delta i operasjonen og være til stede ved operasjonsstart. Hvis pasienten ikke er merket, skal han/hun ikke tas inn på operasjonsstuen før dette er avklart med operatør.

4.1.5 Hva innebærer det at anestesisjekk er utført og medikamenter er dobbelkontrollert?

Anestesiteamet sikrer at aktuelt utstyr som anesthesiapparat, intubasjonsutstyr, ambubag, sug etc. er kontrollert og fungerer. Aktuelle medikamenter skal være tilgjengelig, og opptrukne medikamenter skal være dobbelkontrollert og signert i PICIS.

4.1.6 Hvilke tiltak bør iverksettes ved for eksempel vanskelig luftvei, aspirasjonsfare eller når det er andre risikofaktorer til stede?

Hvis slike risikofaktorer er til stede, må anestesipersonell forberede seg på de utfordringer som kan oppstå. Eksempelvis må teamet ved vanskelig luftvei, vurdere bytte av anestesimetode (for eksempel bruke regional anestesi, om mulig) og ha nødvendig ekstrautstyr og assistanse tilgjengelig. Når en eller flere risikofaktorer er til stede, skal man ikke innlede anestesi før anestesilegen har bekreftet at hun/han har nødvendig utstyr og assistanse tilgjengelig.

4.1.7 Hva forstås med "Adekvat intravenøs tilgang"?

Ved fare for betydelig blodtap (>500 ml hos voksne, > 7 ml/kg hos barn), skal minst to intravenøse tilganger og/eller et sentralvenøst kateter legges inn før operasjonsstart. I tillegg skal anestesipersonell bekrefte at svar på antistoffscreening foreligger, og at væske og/eller blodprodukter er tilgjengelig.

4.2 Time-out

4.2.1 Teamet vårt er ofte sammen hele dagen. Må vi presentere oss for hverandre før hver operasjon?

Den mest kritiske tiden for introduksjoner er ved begynnelsen av en kirurgisk arbeidsdag. Det er ikke nødvendig å gjenta presentasjonene hvis alle har presentert seg for hverandre tidligere. Kommer det nye deltakere inn på operasjonsstuen, inklusive studenter/observatører, bør de og alle de andre medlemmene i teamet presentere seg for hverandre på nytt. Presentasjonen er viktig selv om alle kjenner hverandre, fordi det styrker kommunikasjon og samarbeidsevnen.

4.2.2 Hvor lang tid skal vi bruke på gjennomgangen av potensielt risikofylte hendelser? Hva gjør vi om dette allerede er en innarbeidet rutine?

Teammedlemmene må bruke nødvendig tid til å formidle potensielle risikofylte hendelser som det er viktig at hele teamet er klar over. Ved rutineprosedyrer uten særlige risikofaktorer kan kirurgen bare konstatere at "dette er en rutineprosedyre av X varighet", og deretter spørre anestesipersonell om anestesimetode eller pasientkasus krever spesielle hensyn. Lengre kartlegginger kan bli nødvendig i kompliserte tilfeller eller når det trengs spesielt utstyr eller implantater. Som regel gjøres denne oppsummeringen på mindre enn 2 minutter. Dette kan senere resultere i spart tid under selve inngrepet, ved å unngå forsinkelser på grunn av henting av utstyr, instrumenter eller implantater.

4.2.3 Infeksjonsforebyggende tiltak, hva skal presiseres?

Ordinert antibiotikaproylaks skal defineres med preparat, dose, administrasjonsform og administrasjonstidspunkt ved gjennomgang av dette punktet.

4.3 Avslutning

4.3.1 Når skal punktene under "Avslutning" tas opp? Hvem skal være til stede?

Dette bør gjøres før pasienten flyttes ut av operasjonsstuen, og helst like før eller under lukking av operasjonssåret. Målet er å kvalitetssikre formidling av viktig informasjon til de kliniske teamene som er ansvarlige for pasienten postoperativt. Punktene skal være bekreftet før hovedoperatør forlater operasjonsstuen.

4.3.2 Hvorfor må operatør gjennomgå utført inngrep også under "Avslutning"?

Inngrepet kan ha blitt endret eller utvidet under operasjonen. Kvalitetssikret kommunikasjon av disse forhold er viktig for alle medlemmene av teamet, for korrekt dokumentasjon og postoperativ behandling.

4.3.3 Hva innebærer punktet "Viktige momenter for postoperativ behandling"

Kirurg, operasjonssykepleier, anestesilege og anestesisykepleier skal gjennomgå planen for postoperativ behandling og rehabilitering, spesielt med tanke på perioperative eller anestesirelaterte forhold av betydning for pasientens videre forløp. Hendelser som kan medføre særskilt risiko i den postoperative fase, og som ikke er åpenbare for alle involverte, er spesielt relevante. Målet med dette punktet er kvalitetssikker formidling av viktig informasjon til hele teamet. Dette kan omfatte temaer som postoperative

medikamenter (betablokker, acetylsalicylsyre, seponering av antibiotika innen 24 timer osv.), hvilken diett pasienten skal ha, hvordan dren skal håndteres eller særskilt behov for postoperativ aktivisering etc.

Forslag til endringer

Forslag til endringer i sjekklisten fremmes til samarbeidsutvalgene for Operasjon 3H, Operasjon 4H og Larvik. Leder av samarbeidsutvalgene fremmer endringsforslag til ledergruppen i Kirurgisk klinikk.

5. INTERNE REFERANSER

[1.1.8.3.2.1](#)

[Uønsket hendelse - pasient](#)

[1.6.5.2.2](#)

[Trygg kirurgi. Sjekkliste](#)

[1.6.5.2.4](#)

[Trygg Kirurgi - Veileder for implementering](#)

Læringsportalen, e-læringskurs "Sjekkliste for trygg kirurgi"

6. EKSTERNE REFERANSER

7. VEDLEGG